Racconti e Opinioni
lavoroesalute
www.lavoroesalute.org
Anno 29 * n.1 febbraio 2013 Periodico finanziato da promotori e lettori * Diretto da *franco cilenti*

URGENTE!
UN COMMISSARIO in piazza Castello

Conti in rosso e svendita delle proprietà pubbliche, iniziando dagli ospedali, a banche e assicurazioni, e i cittadini pagheranno l'affitto per curarsi. Sanità senza un programma di lavoro e di gestione. Di fronte a questo stato di cose è forse insensato un Commissariamento, per una gestione decente prima delle elezioni regionali?

a pagina 8

VIAGGIO IN SANITA' NEGLI OSCURI MEANDRI AMMINISTRATIVI
a pagina 9

Il malessere professionale nelle asl piemontesi *a pag. 13*

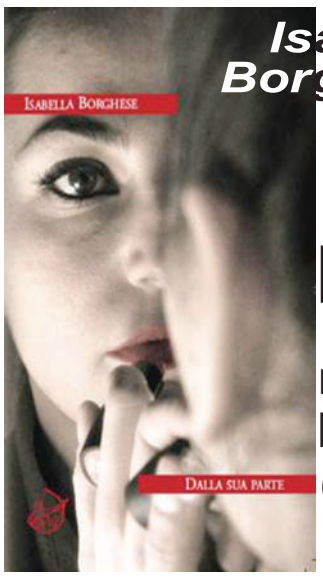
GESTIONE SANITA'
BRUTTO PASTICCIO
Eleonora Artesio
a pag. 12

ANNI INFAMI
a pag. 2

Un medico ci scrive: "*il metadone serve*" Altri operatori: "*fa male*"
a pag. 20

Il futuro del sindacato *Lettera aperta a Susanna Camusso*
a pag. 27

6 L'anno incivile regalatoci dal governo PD-PdL-UdC
7 *Lettera agli infermieri di un nuovo povero per strada*
10 Ribellioni nella sanità di Ovada, Novi, Tortona
11 *La Regione sfratta l'assistenza psicologica ai migranti*
17 Storie. Se una donna incontra un medico obiettore
18 *Salute mentale: elettroshock, una vergogna che continua*
24 Sindacati in crisi e lo stato di necessità dei lavoratori
25 *Referendum sul lavoro: vorrebbero cestinare le firme*
- *altri articoli, notizie e commenti nelle pagine interne*



Isabella Borghese
Dalla sua parte
Una ragazza e la malattia del padre
a pag. 30

O ti racconti O sei raccontato Scrivi a
info@lavoroesalute.org
La firma non pubblicata su richiesta

cafè rebelde
a domicilio
info. a pag. 31

Elezioni politiche febbraio 2013
vota

RIVOLUZIONE CIVILE
INGROIA

Gente pulita

Chi siamo e perchè presentiamo questa lista alle elezioni?
Siamo tanta gente del mondo del lavoro stabile e precario, dei diritti sociali, dell'associazionismo, del volontariato, della società civile impegnata nella difesa della Costituzione.
Siamo persone, giovani e meno giovani, impegnate nella politica di sinistra e nel sindacato, volti conosciuti e volti nuovi, insieme a persone di ogni professione che ora ha deciso di non stare più a guardare lo sfascio prodotto da questa politica protesa solo all'affarismo, all'egoismo di chi ha già troppo, al malaffare, a discapito di chi ha poco o niente.

a pagina 3

Paolo Ferrero candidato in Piemonte

a pagina 4 e 5

Il Programma di Rivoluzione Civile

IL DENTISTA SOCIALE a Torino
prezzi popolari
info. a pag. 31

Suppl. rivista dell'Associazione Onlus " Medicina Democratica " Dir. resp. *fulvio aurora* * Edizione del Piemonte

editoriale di franco cilenti

"La Speranza ha due bellissimi figli: lo sdegno e il coraggio ..... Lo sdegno per la realtà delle cose, il coraggio per cambiarle"
Pablo Neruda

ANNI INFAMI

Chi vive il suo quotidiano scorrere della vita a difesa dei diritti civili e sociali, a difesa del libero pensiero e di espressione verbale e scritta, è deriso, e se non si deprime *(come vorrebbero i derisori: i singoli sono persone inquiete che usano in tal modo il vanto puerile di non pensare, mentre i gruppi che hanno in mano la comunicazione sono inquietanti per la libertà)* ***viene anche calpestato con la violenza propria degli strumenti di potere, da persone senza personalità propria ma forte del suo stare dentro la cerchia della commistione affaristica e clientelare. Si possono definire, o essere incaricati, come politici, sindacalisti, manager, funzionari, dirigenti, ma anche persone senza ruolo apicale, sempre pessime persone e impostori rimangono.***

Come discernere tra i primi e i secondi?
Semplice: i secondi stanno zitti, ben che ci vada, sulle condizioni di vita dei primi, ma spesso parlano e analizzano da saccenti indottrinati, e sentenziano l'ineluttabilità di questo stato di cose presenti mischiando parole come crisi economica e meritocrazia, guarda caso sono sempre loro che ne escono favoriti, nel lavoro e nel benessere. A questi favoriti importa vagamente dei problemi di lavoratori esclusi dal benessere, dei lavoratori licenziati o precari, dei cassintegrati, disoccupati, studenti, famiglie impossibilitati anche a qualche sprazzo di benessere, ad esempio qualche giorno di vacanza fuori casa.

Secondo l'Istat nel 2011 in Italia il rischio di povertà o esclusione sociale è più elevato rispetto a quello medio europeo (24,2%).

E' bene ricordare che quando si parla di beni essenziali parliamo dei servizi sociali come scuola, università, sanità, trasporti, fondamentali per una vita dignitosa. Tutte quelle cose vitali che i saccenti prima citati non considerano degni di nota nel loro giustificare la vita degli altri, finché non toccherà a loro sfiorare la povertà.
Risulta evidente che pochi hanno troppo e troppi hanno briciole per sopravvivere.

La crisi imposta alle fasce popolari, per finanziare le banche, la finanza parassitaria e la speculazione, ha di fatto accentuato la disuguaglianza tra le classi sociali, ma a ricaduta anche quella, comunque già esistente a causa dei contratti negli ultimi dieci anni, tra le diverse figure professionali governate da istituti contrattuali utilizzati in forma clientelare per favorire pochi fidati e altri da fidelizzare con migliaia di euro, *(sono percorsi più infami nel servizio pubblico che nel lavoro privato, perché rendono le persone più inclini all'egoismo sul lavoro e più indifferenti ai bisogni dei cittadini, ai quali è impedita una fruizione facile e qualitativa del diritto, facendoli sentire più poveri e sfiduciati).*

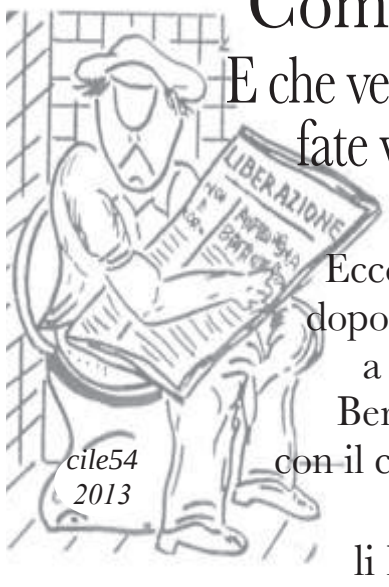
L'Istat ci dice che alla fine del 2010 la metà più povera delle famiglie italiane deteneva il 9,4% della ricchezza complessiva, mentre il 10% più ricco aveva da solo ben il 45,9%.
Vero che la crisi è stata imposta a livello europeo ma in Italia ha determinato una situazione molto più ineguale.

I poveri sono più poveri di quelli di altri Paesi e i ricchi sono più ricchi.

Siamo di fronte a uno squallido teatrino della politica *(una verità inconfutabile come quella del calcio truccato, come quella delle mafie legate a pezzi dello Stato e istituzioni locali)* ***ma chi assiste in silenzio a questo mercanteggiamento della loro vita?***
In questo paese d'impostori e di conflitti d'interesse non fa più scandalo niente? Non s'indigna più nessuno? Non ci crediamo!

Nonostante la politica dei governanti attuali, di governo e locali, e dei partiti che li tengono in piedi, hanno infamato i valori della civiltà (destrutturando la Costituzione) e le condizioni di vita (distruggendo decenni di conquiste sociali) e nonostante le miserie dei sindacati Cisl e Uil, divenuti appendici dei governi nazionali (Berlusconi e Monti) e locali, e anche della dirigenza Cgil che si è nei fatti volontariamente handicappata per non disturbare il PD sostenitore di Monti/Fornero, insieme a Berlusconi.
Nonostante queste scelte dei maggiori sindacati e del partito votato dalla maggioranza dei cittadini democratici e di sinistra, non crediamo che questi tempi così infami possano continuare a lungo.

I dolori da tanti anni prodotti da queste scelte e lo schifo per l'arroganza della casta degli affaristi potrebbero avviare una rivoluzione civile!



Come votare ?

E che ve lo dico a fare, fate voi che sapete!

Eccome se lo sapete, dopo essere stati presi a calci dai governi Berlusconi e Monti, con il consenso da ultrà dei partiti che li hanno sostenuti

ELEZIONI POLITICHE 24/25 febbraio 2013

Gli obiettivi di Rivoluzione Civile

- ripristino dell'art. 18 dello statuto dei lavoratori;
- abrogare la controriforma pensionistica di Fornero;
- eliminare l'Imu sulla prima casa ed istituirla per gli immobili commerciali della Chiesa e delle banche
- no al fiscal compact Ue;
- fine del precariato;
- premiare le imprese che investono in ricerca e creano occupazione a tempo indeterminato;
- reddito minimo per i disoccupati;
- abbattere il tasso di interesse sul debito pubblico;
- tetto massimo alle pensioni d'oro;
- istituire una patrimoniale sulle grandi ricchezze, colpire l'evasione e alleggerire la pressione fiscale nei confronti dei redditi medio-bassi;
- detassazione delle tredicesime;
- impedire la privatizzazione dei beni comuni a partire dall'acqua pubblica;
- archiviare progetti come la Tav in Val di Susa e il ponte di Messina;
- valorizzare l'agricoltura di qualità libera da Ogm;
- una nuova politica antimafia;
- una legge sul conflitto di interessi;
- contrastare l'omofobia e riconoscere i diritti civili;
- contrastare il razzismo;
- cittadinanza per tutti i nati in Italia;
- ritiro delle truppe italiane impegnate nelle guerre;
- taglio spese militari a partire dall'acquisto dei caccia bombardieri F35;
- libero accesso a internet;
- solo due mandati parlamentari e consiglieri regionali

Paolo Ferrero
candidato in Piemonte alla camera dei deputati

QUALCOSA DI PIU' SUL PROGRAMMA DI GOVERNO DELLA LISTA INGROIA a pagina 4

sul blog *http://blog.libero.it/lavoroesalute*
Racconti e Opinioni di Lavoro, Salute, Politica, Cultura, Relazioni sociali

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE
Medicina Democratica
Associazione onlus
iscriviti. 50 euro: tessera e abbonamento alla rivista
Iniziative nella sanità, la sicurezza sul lavoro, indagini e analisi scientifiche, progettualità.
www.medicinademocratica.it

Liberazione.it
Quotidiano online
L'informazione dipendente, dai fatti
Nel Paese della bugia la verità è una malattia
(Gianni Rodari)

Il Programma Elettorale per un governo di Rivoluzione Civile

"PER RICOSTRUIRE IL PAESE"

Vogliamo realizzare una rivoluzione civile per attuare i principi di uguaglianza, libertà e democrazia della Costituzione repubblicana.
Vogliamo realizzare un "nuovo corso" delle politiche economiche e sociali, a partire dal mezzogiorno, alternativo tanto all'iniquità e alla corruzione del ventennio berlusconiano, quanto alla distruzione dei diritti sociali, del lavoro e dell'ambiente che ha caratterizzato il governo Monti/Fornero

1 - Per l'Europa dei diritti, contro l'Europa delle oligarchie economiche e finanziarie. Vogliamo un'Europa autonoma dai poteri finanziari e una riforma democratica delle sue istituzioni. Siamo contrari al Fiscal Compact che taglia di 47 miliardi l'anno per i prossimi venti anni la spesa, pesando sui lavoratori e sulle fasce deboli, distruggendo ogni diritto sociale, con la conseguenza di accentuare la crisi economica. Il debito pubblico italiano deve essere affrontato con scelte economiche eque e radicali, finalizzate allo sviluppo, partendo dall'abbattimento dell'alto tasso degli interessi pagati. Accanto al Pil deve nascere un indicatore che misuri il benessere sociale e ambientale;

2 - Per la legalità e una nuova politica antimafia che abbia come obiettivo ultimo non solo il contenimento ma l'eliminazione della mafia, che va colpita nella sua struttura finanziaria e nelle sue relazioni con gli altri poteri, a partire da quello politico. Il totale contrasto alla criminalità organizzata, alla corruzione, il ripristino del falso in bilancio e l'inserimento dei reati contro l'ambiente nel codice penale sono azioni necessarie per liberare lo sviluppo economico;

3 - Per la laicità e le libertà. Affermiamo la laicità dello Stato e il diritto all'autodeter-mi-nazione della persona umana. Siamo per una cultura che riconosca le differenze. Aborriamo il femminicidio, contrastiamo ogni forma di sessismo e siamo per la democrazia di genere. Contrastiamo l'omofobia e vogliamo il riconoscimento dei diritti civili, degli individui e delle coppie, a prescindere dal genere. Contrastiamo ogni forma di razzismo e siamo per la cittadinanza di tutti i nati in Italia e per politiche migratorie accoglienti;

4 - Per il lavoro. Non vogliamo più donne e uomini precari. Siamo per il contratto collettivo nazionale, per il ripristino dell'art. 18 e per una legge sulla rappresentanza e la democrazia nei luoghi di lavoro. Vogliamo creare occupazione attraverso investimenti in ricerca e sviluppo, politiche industriali che innovino l'apparato produttivo e la riconversione ecologica dell'economia. Vogliamo introdurre un reddito minimo per le disoccupate e i disoccupati. Vogliamo che le retribuzioni italiane aumentino a partire dal recupero del fiscal drag e dalla detassazione delle tredicesime. Vogliamo difendere la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro;

5 - Per le piccole e medie imprese, le attività artigianali e agricole. Deve partire un grande processo di rinascita del Paese, liberando le imprese dal vincolo malavitoso, dalla burocrazia soffocante. Vanno premiate fiscalmente le imprese che investono in ricerca, innovazione e creano occupazione a tempo indeterminato. Vanno valorizzate le eccellenze italiane dall'agricoltura, alla moda, al turismo, alla cultura, alla green economy;

6 - Per l'ambiente. Va cambiato l'attuale modello di sviluppo, responsabile dei cambiamenti climatici, del consumo senza limiti delle risorse, di povertà, squilibri e guerre. Va fermato il consumo del territorio, tutelando il paesaggio, archiviando progetti come la TAV in Val di Susa e il Ponte sullo Stretto di Messina. Va impedita la privatizzazione dei beni comuni, a partire dall'acqua. Va valorizzata l'agricoltura di qualità, libera da ogm, va tutelata la biodiver-sità e difesi i diritti degli animali. Vanno creati posti di lavoro attraverso un piano per il risparmio energetico, lo sviluppo delle rinnovabili, la messa in sicurezza del territorio, per una mobilità sostenibile che liberi l'aria delle città dallo smog;

7 - Per l'uguaglianza e i diritti sociali. Vogliamo eliminare l'IMU sulla prima casa, estenderla agli immobili commerciali della chiesa e delle fondazioni bancarie, istituire una patrimoniale sulle grandi ricchezze. Vogliamo colpire l'evasione e alleggerire la pressione fiscale nei confronti dei redditi medio-bassi. Vogliamo rafforzare il sistema sanitario pubblico e universale ed un piano per la non-autosufficienza. Vogliamo il diritto alla casa e il recupero del patrimonio edilizio esistente. Vogliamo un tetto massimo per le pensioni d'oro e il cumulo pensionistico. Vogliamo abrogare la controriforma pensionistica della Fornero, eliminando le gravi ingiustizie generate, a partire dalla questione degli "esodati";

8 - Per la conoscenza, la cultura, l'informazione libera. Affermiamo il valore universale della scuola, dell'università e della ricerca pubbliche. Vogliamo garantire a tutte e tutti l'accesso ai saperi, perché solo così è possibile essere cittadine e cittadini liberi e consapevoli, recuperando il valore dell'art. 9 della Costituzione, rendendo centrali formazione e ricerca. Vogliamo valorizzare il patrimonio culturale, storico e artistico. Vogliamo una riforma democratica dell'informazione e del sistema radiotelevisivo che ne spezzi la subordinazione al potere economico-finanziario. Vogliamo una legge sul conflitto di interessi e che i partiti escano dal consiglio di amministrazione della Rai. Vogliamo il libero accesso a Internet, gratuito per le giovani generazioni e la banda larga diffusa in tutto il Paese;

9 - Per la pace e il disarmo. Va ricondotta la funzione dell'esercito alla lettera e allo spirito dell'articolo 11 della Costituzione a partire dal ritiro delle truppe italiane impegnate nei teatri di guerra. Va promossa la cooperazione internazionale e l'Europa deve svolgere un'azione di pace e disarmo in particolare nell'area mediterranea. Vanno tagliate le spese militari a partire dall'acquisto dei cacciabombardieri F35;

10 - Per una nuova questione morale ed un'altra politica. Vogliamo l'incandidabilità dei condannati e di chi è rinviato a giudizio per reati gravi, finanziari e contro la pubblica amministrazione. Vogliamo eliminare i privilegi della politica, la diaria per i parlamentari, porre un tetto rigido ai compensi dei consiglieri regionali e introdurre per legge il limite di due mandati per parlamentari e consiglieri regionali. Vogliamo una nuova stagione di democrazia e partecipazione.

Il candidato a Presidente del Consiglio Antonio Ingroia

(nato il 31 marzo 1959) è un magistrato e giornalista.

Si forma professionalmente a Palermo, sua città natale, a partire dal 1987, nel pool di Falcone e Borsellino. Sostituto procuratore a Palermo dal 1992, diviene pubblico ministero della Procura antimafia, si occupa di noti casi legati alla malavita organizzata e conduce processi rilevanti sui rapporti tra la mafia e il mondo della politica e dell'economia.
Nel 2009 è stato nominato procuratore aggiunto della procura distrettuale antimafia di Palermo. Nel 2011 ha ricevuto un premio dall'ANPI (Associazione Nazionale Partigiani d'Italia). Il 26 luglio smette le vesti di PM per un anno per andare a dirigere in Guatemala, su incarico dell'ONU, un'unità di investigazione per la lotta al narcotraffico.
Il 29 ottobre ha tenuto la sua ultima udienza in occasione del processo sulla Trattativa Stato-Mafia.

Per conto di PD-PdL-UdC

ECCO UN ANNO DI MONTI

È trascorso poco più di un anno da quando Napolitano incaricò Monti. Le loro parole chiave: rigore, crescita, equità, sono state declinate in: tanto rigore per i redditi medi e bassi, poca crescita e scarsa equità.

> **I CONTI PUBBLICI SONO PEGGIORATI** *(- Pil, + debito pubblico, - incasso di Iva, + fuga di capitali)*

> **I CONTI IN TASCA DEGLI ITALIANI NON BENESTANTI** *(+ tasse, - salari, - consumi, - risparmio, + indebitamento, + tagli a Comuni e Regioni, + costi per la corruzione, + povertà)*

> **PIU' DECLINO PRODUTTIVO** *(- fatturato e produzione, - investimenti, + crisi industriali, + cassa integrazione, - risorse per lo sviluppo, + disoccupazione, + precari, stop art. 18,)*

> **TAGLI ALL'ISTRUZIONE E ALLA SANITÀ**

> **SOLDI ALLE BANCHE A SPESE DEL CONTRIBUENTE.**

> **MILIONI DI EURO AL GIORNO IN SPESE MILITARI.**

> **ABBIAMO SPESO TROPPO? FALSO!** *(spesa pubblica inferiore alle entrate dal 92; dal 1980 meno salari; spesa sociale storicamente inferiore alla media dell'Europa Occidentale).*

PER NOI, MENO SANITA' E MOLTO MENO DI TUTTO

In piena sintonia con l'errore liberista che ha dominato gli ultimi decenni, Monti ha proseguito nell'azione di taglio della spesa sociale, pur essendo l'Italia all'ultimo posto tra i paesi dell'Ocse per quota di finanziamento del welfare.
Monti ha ignorato il fatto che il taglio alla spesa aumenta la recessione perché riduce la domanda e fa cadere la produzione.

Ad esempio, gli stipendi pagati a insegnanti o infermieri, nonché gli acquisti di beni e servizi, sono tutti soldi che entrano nel circuito dell'economia al pari di ogni altra spesa, trasformandosi in domanda, crescita e occupazione, dunque rappresentano un formidabile antidoto alla crisi. Altra cosa sono invece gli sprechi, gli abusi, la corruzione, le esternaliz-zazioni improprie fatte solo per favorire amici, stipendi e consulenze d'oro, ecc.

Siamo un Paese che spende per la sanità solo il 7,1 % del Pil. I dati dell'Università Bocconi, dicono che in Italia la spesa nazionale pro capite è di 2.964 euro mentre la media europea è di 3.765. Ma nonostante ciò la sanità pubblica ha subìto tagli per 26 miliardi tra il 2010 e il 2014, che col 2015 arriveranno a 30, come conferma una relazione della Corte dei conti. Ci sono

state ben 6 manovre in 5 anni: quattro di Berlusconi e due di Monti: i tagli di quest'ultimo, tra spending review e legge di stabilità, ammontano a 6,3 miliardi, di cui 0,9 nel 2012, 2,4 nel 2013 e 3 nel 2014. Che si vanno a sommare agli oltre 19 miliardi delle altre quattro manovre di Berlusconi e Tremonti. Con Monti abbiamo avuto un taglio lineare del 3,5% per la spesa "farmaceutica", e, se si continua così, ben presto saremo costretti a pagare i farmaci.

Abbiamo avuto la riduzione lineare di altri 7.389 posti letto e dei servizi ospedalieri senza potenziare i presidi sul territorio; c'è stato il licenziamento dei precari nella sanità, il taglio lineare del 5% per acquisti di beni e servizi del sistema sanitario e la ricontrattazione degli appalti per prezzi di beni e servizi oltre il 20% a quanto disposto dall'Osservatorio per i contratti pubblici.

Questi tagli lineari di Tre-montiana memoria, sono del tutto ingiusti-ficati, dal momento che il nostro Servizio Sanitario Nazionale è tra i migliori ed i meno costosi al mondo.

La spesa che il cittadino effettua per avere ciò di cui avrebbe gratuitamente diritto è altissima: nel 2011 le famiglie hanno tirato fuori di tasca loro, per acquistare beni e servizi sanitari, 28 miliardi di euro (Censis). Per questo è insensato il progetto delle franchigie.

Francesco Pinerolo
(Stralci di un contributo via mail)

OSPEDALI NUOVI E SPECULAZIONE EDILIZIA

Di fronte ai tagli al posti letto e al Servizio sanitario nazionale, in Italia si stanno costruendo decine di nuovi ospedali in project financing, costano due miliardi e settecento milioni di euro e per decenni le ASL sranno legate ai consorzi privati che costruiscono le strutture e pagheranno un canone, per la disponibilità della struttura, quindi infrastrutture ma non per garantire servizi come gli hospice regionali per garantire cure palliative e per gli anziani: mancano 250mila posti nelle strutture residenziali assistite a fronte di 350mila anziani che non possono fruire di un'assistenza domiciliare.

NEL NUMERO DI MARZO

Quattro vaccini contro il cancro

Dal sistema sanitario pubblico cubano l'ennesima lezione scientifica all'Europa e alle ingorde aziende farmaceutiche

LE DEVIAZIONI DEL SISTEMA AZIENDALISTICO

Era il 1978 (per i più giovani: l'anno dell'istituzione del servizio sanitario nazionale in Italia). Gli anni che seguirono segnarono l'egemonia del neo-liberismo anche in sanità, con la conseguenza di cancellare i principi dell'universalità, sostituiti dalle "tendenze attuali":
Tutti coloro che si preoccupano della sostenibilità del nostro sistema sanitario, dovrebbero considerare quali sono i fattori che hanno reso così costoso e insieme così iniquo il sistema sanitario americano, al quale queste tendenze vorrebbero arrivare..

Al primo posto c'è la logica del profitto che pervade gran parte del sistema, dalle assicurazioni agli ospedali: nel decennio 1999-2009 il prezzo delle assicurazioni sanitarie è cresciuto mediamente del +131% a fronte di un incremento del +28% dell'inflazione generale e del +38% delle retribuzioni dei lavoratori.

Poi c'è la frammentazione del sistema con l'estrema molteplicità di attori privati, privati non-profit, pubblici. Una delle conseguenze di ciò è il peso della burocrazia amministrativa e dei costi delle transazioni e della litigiosità; la polarizzazione sull'assistenza specialistica e ospedaliera e un uso eccessivo delle bio-tecnologie.

Lorsignori, di sanità pubblica non ne vogliono sentire più parlare. La salute nostra la vorrebbero legare al possesso della carta di credito. Anzi non basterebbe nemmeno quella, perché è ormai storicamente dimostrato dai fatti che la sanità privata non cura bene nemmeno chi ha i soldi perché è legata a interessi perversi.
La spending review ha comportato un taglio alla sanità di 600 milioni per il 2013 (500 in beni e servizi non sanitari e 100 in dispositivi medici), e un miliardo per il 2014 e per il 2015, con la riduzione di 500 milioni annui per i dispositivi medici.

La sanità viene colpita anche attraverso la continua riduzione dell'Irap.

Da questa imposta, in realtà la parte del salario destinata ai contributi sanitari, lo stato ricava il 40% del finanziamento della sanità. Nel 2007 ammontava a 39,4 miliardi in euro correnti nel 2011 a 33 miliardi (Istat, Conti dello Stato). Il governo Monti ha previsto una ulteriore riduzione.

Infine va considerato l'aumento dei costi a carico dello stato per sostenere la sanità privata cui si esternalizzano sempre di più prestazioni e ricoveri. La spesa pubblica (prestazioni di protezione sociale) rivolta ai privati) ammonta nel 2011 a 40,6 miliardi, di cui 9,8 a cliniche private. Rispetto al 2010 la spesa per l'assistenza in case di cura private aumenta di 348 milioni, quella in ospedali pubblici di soli 48 milioni.

Ecco uno dei motivi vitali perché oggi votare per la lista Rivoluzione Civile è diventata una questione di vita o di morte. E non solo in senso figurato.
Spieghiamolo a tutti!

redazione

LA FONTE DEI MALI

Il virus dei DRG (pagamento a prestazione)sui quali ecco il giudizio di un medico al di sopra di ogni sospetto:
Gino Strada " ***farei una sanità d'eccellenza, spendendo la metà di quello che si spende oggi, eliminando il conflitto di interesse introdotto nella mia professione dalla casta politica: il pagamento a prestazione."***

Lettera di un lavoratore licenziato da cinque anni. Si definisce "nuovo barbone" perchè non ha più una casa da quando è stato sfrattato e a 55 anni non trova neanche più un lavoro, qualsiasi, per la minima sussistenza. Ha fatto sua questa testimonianza che ha letto su un volantino appeso in ospedale e l'ha trasformata in un appello agli infermieri. Una testimonianza che condividiamo totalmente come redazione di LavoroeSalute.

IMMOBILIARI, BANCHE, ASSICURAZIONI, OSPEDALI E LA MIA POVERTA'

E' *sempre più frequente entrando in un ospedale vedere vecchi e nuovi poveri che cercano un riparo dal freddo. Cercano luoghi dove nessuno li cacci, un edificio pubblico, sicuramente al centro commerciale non li troverai. Sono un monito vivente al nostro incerto futuro al quale questo balordo sistema economico ci obbliga. Oggi non è poi così difficile trovarsi senza casa e senza nessuno che si prenda cura di te, basta perdere il lavoro o non farcela a pagare l'affitto con la pensione minima.*
Così l'ospedale e il pronto soccorso diventano quello che non si trova più altrove, un rifugio, un bagno per i bisogni, un posto caldo per dormire, qualcosa da mangiare, bisogni essenziali che le istituzioni non garantiscono più e con essi una vita dignitosa. La forbice della diseguaglianza si allarga, sintomo subdolo di un male che lentamente ci sta entrando nelle ossa.
Il governo dice che la ripresa è dietro l'angolo, il rimedio? Tagliare i servizi. Bravi. Ci hanno fatto credere che gli effetti nefasti dei mercati finanziari avrebbero colpito solo i paesi del Sud del mondo, invece ora aggrediscono anche i paesi occidentali, la Grecia e un vero è proprio laboratorio dove il popolo fa da cavia. La crisi indotta dai mercati è un'arma di distruzione di massa che mira a disintegrare il tessuto sociale che ha bisogno di salute e istruzione.
Infermieri non rimanete in disparte, la vostra ribellione a questa deriva economico-politica è prendersi cura delle persone. Assistere è un atto politico che ogni giorno praticate nei vostri luoghi di lavoro.

G. T. impiegato licenziato e ora barbone 29 dicembre 2012

Con i conti in rosso la Regione Piemonte conclude la privatizzazione della sanità svendendo le proprietà pubbliche, prima di tutto gli ospedali.

COMMISSARIO IN ARRIVO?

Redazione

Conti in rosso nella sanità piemontese? Diciamo piuttosto che siamo al compimento del progetto di privatizzazione iniziato con le Giunte Ghigo, e solamente bloccato durante la Giunta Bresso con gli assessori alla sanità Valpreda e Artesio. Oggi, con questa idea della svendita degli immobili alle banche e alle assicurazioni, viene svelato il disegno prima mascherato dalle ingegneristiche lezioni (le insane economie di scala) su razionalizzazione delle spese su acquisti e personale.

Esilasante, se non fosse tragica, è la storiella della boutade della lotta agli sprechi. Le scelte compiute potrebbero essere raccolte in un libro bianco intitolato "Lo spreco della lotta agli sprechi".
Un caso su tutti il Valdese, dove si sono rifatte di recente le sale operatorie ora chiuse. Ma anche la costosa disdetta degli accordi sulle Case della Salute con progetti già avviati o quelli sul polo della riabilitazione a Cuneo. Allora, a chi la raccontate la storiella delle vostre scelte fatte per "ridurre i costi" quando in realtà ne produrranno ulteriori, tagliando nel contempo i servizi.

E così, con la legge regionale in Piemonte si creano sei nuove società consortili private, le Federazioni sanitarie. Ogni Federazione ha a capo un amministratore unico e aggrega un certo numero di aziende sanitarie o ospedaliere che diventano soci (proprio secondo lo schema delle SpA) della Federazione e ad essa devono cedere tutte le funzioni amministrative gestionali e tecnico logistiche. Con lo Statuto della Società consortile nei fatti c'è la creazione di altre sei strutture stabili, con amministratori strapagati con contratto triennale (gli amministratori unici incasseranno qualcosa come 130mila euro annui) e legami di fedeltà politica alla Giunta.

Quindi, la Regione Piemonte da un lato taglia servizi e personale e dall'altro si mette a creare nuove strutture, private, che duplicano funzioni già di competenza di enti pubblici creati con legge nazionale.
La messa in rete e la unificazione dei servizi amministrativi nelle Federazioni evidenzia però il problema degli esuberi del personale, soprattutto degli amministrativi, ma anche dei sanitari. Secondo stime per difetto si tratta di almeno 6 mila esuberi in tutto il Piemonte.

Però, sulla probabile incostituzionalità delle Federazioni sovrazonali il 30 gennaio 2013 il Tar dovrà pronunciarsi a seguito di un ricorso presentato da Fedir Sanità.

Con la costituzione delle federazioni sanitarie (legge regionale n. 3/2012) perdono autorità gestionale le Asl e Aziende ospedaliere e si consente a Monferino un controllo ferreo sulla sanità attraverso manovre che impoveriscono il sistema istituzionale e la proprietà pubblica. Da questo controllo dittatoriale è nata l'idea della vendita del patrimonio immobiliare della Regione (cioè dei piemontesi) con la certezza di indebitamenti e mutui per 20 anni. In parole povere, con procedure di ingegneria finanziaria, saranno messe sul mercato le Aziende ospedaliere e le proprietà delle ASL, e la Regione (cioè i piemontesi) dovrà pagare l'affitto al fondo gestito alle banche e alle assicurazioni.

Ovviamente l'ideatore di tutta l'operazione proviene anche lui, come Monferino, dalla Fiat (un certo Luppi della finanziaria Ifil-Fiat dal 2009 anche nel direttorio di Générale de Santé, il gruppo ospedaliero a capo del settore della sanità privata, nonchè membro del cda del più grande ente di gestione fondi immobiliari, Idea-Fimit.
C'è forse da dubitare sulle intenzioni liquidatorie della sanità pubblica da parte di questa Giunta?

Ricapitolando seguendo un ragionamento logico.
Se il Comune di Torino si è salvato dal commissariamento, la Regione Piemonte è quasi certo che non ce la farà neanche se l'ex ministro Balduzzi ha dichiarato che non si prospetta un commissariamento, perchè " il disavanzo che ha accumulato non è dovuto a cattiva organizzazione ", una domanda sorge spontanea: è forse causato dalle cure ai cittadini e dallo stipendio dei lavoratori della sanità?
Comunque, il commissariamento potrebbe arrivare da un momento all'altro per controllare i conti.

Quindi è lampante che lo stato della sanità regionale è drammatico anche considerando che il Piemonte è l'unica regione del Nord ad essere sottoposta al controllo con il Piano di rientro, insieme a Lazio, Campania, Sicilia e Calabria. Risulta che l'indebitamento è di 4 miliardi e 585 milioni di euro, una cifra impressionante e i debiti con le banche sono aumentati in dieci anni dai 113 milioni agli 801 attuali; i debiti con i fornitori da un miliardo e 20 milioni a 2 miliardi e 643 milioni. Questa è cattiva amministrazione o finanza creativa?

VIAGGIO NEGLI OSCURI MEANDRI AMMINISTRATIVI DELLA SANITA'

Abbiamo chiesto a un funzionario di un'asl piemontese come funzionano alcuni meccanismi che "regolano" appalti, acquisti e convenzioni. Cosa ci ha raccontato è quanto genericamente supponevamo di fronte a tanti scandali che hanno coinvolto dirigenti e funzionari amministrativi della sanità piemontese. Ora ne distinguiamo meglio i passaggi e ringraziamo l'autore per la disponibilità a parlare dall'interno del mondo sanitario di quegli aspetti di malagestione indagati dalla magistratura e che la politica e i vertici aziendali dovrebbero prevenire. Il nostro interlocutore ha chiesto di non comparire col nome, ne conprendiamo i motivi.

Distinguiamo intanto, escludendo ciò che è palesemente illegittimo, tra ciò che è forzatamente legittimo e ciò che è legittimo ma delegittimato dal clientelismo. Il confine spesso è labile per chi bene o male ne mastica un pò, ma diventa impercettibile agli occhi delle persone comuni. Quel che conta conta è la destrezza dei tecnici della burocrazia.

Prendiamo le gare di appalto per beni o servizi, molto dipende da come il disciplinare tecnico viene scritto; ovvero io posso benissimo chiedere una penna biro, ma tra le varie caratteristiche metterci un qualcosa che solo una ditta è in grado di fornire.
Sempre rimanendo sul settore cosa poi conta veramente è il controllo quotidiano del bene o del servizio pagato dall'ASL.

Esempio: impresa di pulizie. Generalmente nel disciplinare tecnico viene riportata la formula metri quadri per operatore, vale a dire che il pagamento del servizio viene fatto a mq. ma si sancisce anche che il massimo "pulibile" da un operatore in 8 ore è diciamo 100 mq. la formula quindi è che per 1000 mq. occorrono 10 lavoratori.

Se nessuno controlla le effettive presenze giornaliere la ditta anche se ti presenta un "durc" attestante che tu hai assunto 10 lavoratori e per i quali paga regolarmente i contributi, ma se di questi 10, 5 li manda a pulire una banca o una ditta che non ha quel tipo d'appalto, è evidente che i 5 lavoratori effettivamente impiegati in ASL non potranno eseguire a regola d'arte il lavoro.

Risultato: l'ASL paga per un lavoro mal fatto, l'azienda appaltatrice ci guadagna 2 volte sui 5 lavoratori che"figurano" in ASL e alla fine chi ci rimette sono i lavoratori sovrautiliz-zati se non sfruttati. Quindi da un semplice omesso controllo possono derivarne un pessimo servizio, lavoro pagato in nero (banca, ditta) con conseguente evasione fiscale, e eventualmente un interesse economico di chi i controlli non li effettua

Stesso discorso vale per il vitto dei degenti, tutto sui capitolati è disciplinato al grammo, la qualità (carne italiana, fresca e non surgelata o sottovuoto) frutta idem (provenienza, pezzatura etc.) se poi nessuno materialmente controlla, anche qui il gioco è fatto. Banalmente in un sugo al pomodoro per la pastasciutta bisognerebbe controllarne la percentuale di pomodoro e di acqua, perché teoricamente con un lt. di passata ne posso far uscire 5 di sugo.

Stesso discorso vale per la raccolta rifiuti, alle operazioni di pesatura non assiste mai nessuno per poi sentirti dire che loro controllano lo "storico" ma se lo storico è quello che la ditta si autocertificava?

Altro discorso quello della fornitura di biancheria: oggi va di moda il noleggio, nel contratto è scritto il quantitativo giornaliero che la ditta deve fornire, stesso discorso degli altri servizi.

Poi c'è il versante convenzioni e ricoveri presso strutture.
Convenzioni: di fatto oggi il dr. A dell'ASLx, diciamo otorino, è convenzionato con l'ASLy (territorio), se poi uno va a verificare scopre che il dr. B (otorino) dell'ASLw è convenzionato con l'ASLy (territorio). Basterebbe che ognuno pagasse i propri con una piccola maggiorazione e il risparmio sarebbe enorme.

Ricoveri presso strutture: un paziente anziano può essere ricoverato presso una struttura convenzionata con intensità bassa, media, alta.
Chiaramente un paziente con intensità bassa non richiede un "minutaggio" d'assistenza come uno con intensità alta, quindi cambia il costo della retta giornaliera. Teoricamente un paziente potrebbe entrare con intensità alta, per poi passare a media o bassa, ma se nessun medico va fisicamente a controllare l'intensità resta alta e il servizio pagato è superiore alle reali necessità, è un po' come il discorso dei mq. per le pulizie.

Lo spreco clientelare è classicamente quello perpetrato negli anni con indennità di posizione, selezioni, nomine di coordinatori senza uno straccio di selezione. Questo aspetto non disgiunge da quello degli appalti, perché……" io ti ho fatto vincere la selezione, io ti do l'indennità di posizione e io ti metto a fare i controlli su appalti e servizi, o ti metto nelle commissioni per gara d'appal-to.....è tutto perfettamente lineare.

UN PIANO SANITARIO CHE METTE TUTTI D'ACCORDO, NEL SENSO CHE SONO TUTTI CONTRARI..., CON QUALCHE ECCEZIONE

IL DISASTRO DELLA SANITÀ PIEMONTESE CONCEPITO DA UN "MECCA" DELLA FIAT

Andrea Guenna
Alessandria

Il Piano Socio Sanitario Regionale che scontenta tutti. O quasi. A Ovada sono pronti a fare le barricate per difendere l'ospedale.
In un comunicato stampa diramato dal Comune si legge a chiare lettere che le decisioni a livello regionale sono state prese "senza aver mai accettato il confronto con le rappresentanze democraticamente elette, nonostante l'invito ricevuto in questo anche del Ministro della Salute. Queste determinazioni – si legge ancora nel comunicato - non possono che impoverire l'ovadese, ridurre la qualità di vita e la sicurezza dei cittadini, tra l'altro si genereranno nuovi costi a carico del sistema sanitario in forza della mobilità passiva che verrà a determinarsi verso la Liguria".

A Ovada si spera in un ripensamento anche attraverso un confronto con le Istituzioni interessate (Assemblea dei Sindaci e Regione Piemonte) altrimenti sarà mobilitazione generale: "Mobiliteremo il territorio – si legge alla fine nel comunicato -, utilizzeremo tutti gli strumenti garantiti dalla nostra Costituzione per evitare che si faccia scempio della Sanità Ovadese".

Ancora più tranchant, se possibile, padre Ugo Barrani, rettore dei padri scolopi di Ovada e Presidente dell'Osservatorio Attivo della Sanità: "Se fossi il tricolore al Presidente della Repubblica".
Padre Barrani ha lavorato sodo per tirar su l'ospedale di Ovada, una struttura quasi indispensabile per un territorio fatto di tanti piccoli centri che orbitano intorno al capoluogo di zona. Ovada conta 10.000 abitanti che diventano 30.000 con tutti i comuni attaccati.
Ovada perderà la Chirurgia trasferita a Novi mentre il reparto di Recupero e Riabilitazione Funzionale finirà a Tortona. Sarà chiuso il Laboratorio e al suo porsto partirà un point of care, mentre il Pronto Soccorso sarà trasformato in Punto di Primo Intervento.
Per quanto riguarda la provincia di Alessandria sono previsti trasferimenti, riconversioni, unificazioni, attivazioni e cessazioni.
Per l'Ospedale riunito Novi – Tortona si parla di destinare ad un solo nosocomio i reparti di Ortopedia e Urologia, nonché la direzione del presidio medico, mentre Ostetricia e Ginecologia è già operativo a Novi Ligure. Ad Acqui Terme è prevista l'unificazione delle degenze dell'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica e della Rianimazione, mentre per il reparto di Pediatria si prevede la trasformazione in ambulatorio dipendente dal reparto di Pediatria di Tortona.

De profundis per l'ospedale ex Mauriziano di Valenza che sarà chiuso lasciando il posto ad un'unità sanitaria con 30 posti letto per le cure intermedie.
Fra tutti, gli ospedali meno interessati dalla ristrutturazione sono l'ospedale di Alessandria e quello di Casale Monferrato. Alessandria avrà un Ospedale "hub" che dovrà assorbire attività dismesse da altri ospedali minori. Inoltre dovrà offrire il massimo di eccellenza specialistica per la Cardiologia, l´ictus, il trauma grave, la Neurochirurgia e l´Oncologia. L'ospedale di Casale subirà solo una riconversione del reparto di Pediatria in pediatria ambulatoriale afferente alla Pediatria dell'ospedale di Tortona.

12/2012 www.alessandriaoggi.it

SPROFONDO COTA

VIAGGIO TRA I DANNI DELLE POLITICHE REGIONALI SULLA VITA DEI PIEMONTESI

Il materiale raccolto è sul canale You Tube
http://www.youtube.com/user/sprofondocota
e fatto circolare sul web e attraverso i social media.
Segnalateci i temi da affrontare.

Parliamo dell'improvvisa e immotivata chiusura del Centro Franz Fanon di Torino che offriva assistenza psicologica agli immigrati, in convenzione con la Asl1.

Chiuso il Fanon.
Ma il Fanon non chiude

Da oltre dieci anni offre servizi di counseling, psicoterapia e supporto psicosociale a immigrati, rifugiati e vittime di tortura. All'improvviso e insensatamente è stato chiuso. Che fine faranno i 250 pazienti in carico?

Dal 15 gennaio il Centro Franz Fanon è senza casa. I locali della Asl-1, che lo ospitava, si devono spostare ma per gli altri servizi della stessa sede (Centro diurno e Gruppo residenze del Dsm, il dipartimento salute mentale) sono state trovate, pur a fatica, delle soluzioni. Per il Fanon chissenefrega.

Il Fanon spiega cosa sta accadendo in queste ore: «250 pazienti (adulti, minori, nuclei familiari seguiti nel 2012 e al momento in carico presso il Centro Fanon), molti dei quali affetti da gravi patologie, non potranno più essere seguiti dal nostro gruppo di lavoro, la cui esperienza, prima e unica in Italia, è stata oggetto in questi anni di apprezzamenti e riconoscimenti nazionali e internazionali. Lo ricordiamo senza alcuna presunzione, solo per dire dell'indifferenza e della miopia delle istituzioni al cospetto delle risorse esistenti e dei bisogni di cura dei cittadini stranieri: un'altra espressione della violenza delle istituzioni e dei loro dispositivi burocratici». Poco burocratese e molta chiarezza.

Non si arrende il Fanon e si organizza chiedendo aiuto anche alle molte persone (italiane e non) che ritengono indispensabile questo tipo di servizio pubblico; se volete saperne di più potete rivolgervi ad *associazione.fanon@infinito.it* o al telefono 011 70954214.

Le ragioni tutte politiche di un taglio spacciato per tecnico. «Tutto, ancora una volta, sembra essere fatto in nome del nuovo dogma politico-economico di cui un capitalismo perverso e criminale non smette di invocare l'esigenza: ridurre i costi della spesa pubblica.

In un vortice che si abbatte indifferentemente e ciecamente su rami secchi (molti dei quali, per altro, continueranno a riprodursi grazie a privilegi intoccabili) e centri d'eccellenza, a pagare il prezzo più alto saranno ancora una volta i più vulnerabili: coloro che meno di altri hanno accesso alle risorse pubbliche, coloro la cui sofferenza rima ne spesso invisibile. È il momento, tuttavia, di dire (di ripetere) qualcosa intorno alla logica di questi tagli, una logica che non è mai oggettiva né, come ipocritamente si sostiene, efficace nel ridurre sprechi e distorsioni.

Il costo dell'attuale convenzione fra Asl-1 e l'associazione Frantz Fanon è, per anno, meno di 65.000 euro. Il gruppo di lavoro è composto di circa 15 operatori (psicoterapeuti, medici, psichiatri, psicologi, mediatori culturali, educatori). Si tratta di un costo irrisorio se si considera il lavoro realizzato dal Centro Frantz Fanon: nel corso di questi anni abbiamo potuto seguire oltre 1600 pazienti anche perché buona parte del lavoro svolto è stato realizzato in modo volontario o ricorrendo ad altre sorgenti di finanziamento.

Si tratta di un costo, quello del Centro Fanon, irrilevante in particolare se lo si confronta con altre tipologie di spesa: quella, ad esempio, relativa ai costi per il ricovero annuo di un solo paziente (!) presso una comunità psichiatrica, e irrilevante se misurato con quello di altre spese di un'Azienda sanitaria. È tuttavia evidente che questi dati non bastano a sostenere la nostra esperienza né l'urgenza di un intervento specialistico rivolto a vittime di tortura, rifugiati, richiedenti asilo, a coloro che non troverebbero in altri servizi dell'Asl analoghe risorse terapeutiche.

Non ne siamo affatto sorpresi, tutt'altro, e ciò per almeno due motivi:il primo inesorabilmente contingente e miserabile, il secondo più complesso. Il primo: non c'è da stupirsi che un'azienda sanitaria operante in una Regione il cui governatore appartiene a un partito come la Lega Nord sia del tutto indifferente ai problemi posti dalla sofferenza della popolazione immigrata.

Sulla chiusura del Fanon l'unica interrogazione in Consiglio regionale è della consigliera Artesio.
Ecco uno stralcio:

"Il Centro Fanon da molti anni ha sviluppato la propria attività di sostegno psicologico e psichiatrico specificatamente nelle condizioni di disagio e di trauma connesse alle esprerienze migratorie, affininando non soltanto la qualità scientifica dell'accoglienza e del trattamento terapeutico, ...
.....intervenendo anche in situazioni di emergenza oltre che in ambulatorio.....
La necessità e la qualità di questo intervento sono state confermate dai rapporti di collaborazione col Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl To1....."

Garantire un lavoro clinico complesso all'altezza della loro domanda di cura non è certo una preoccupazione per un gruppo politico che ha offeso ripetutamente la condizione degli immigrati, approvando nel precedente governo una legge che infrange i più elementari diritti umani (l'istituzione dei Cie), giungendo a privare per un periodo che può durare sino a 18 mesi della propria libertà donne e uomini che hanno commesso la sola colpa di sognare un destino migliore o che, più drammaticamente, hanno voluto sottrarsi alla morte e alla violenza.

Coloro che sono interessati a riprodurre il proprio potere nei meandri di un potere cieco e indifferente ai bisogni reali, coloro che rappresentano l'Altro solo nei termini di un disprezzo sistematico se non razzista, non possono essere certo interlocutori di un simile progetto.

Una classe politica ubriaca del suo potere, sostenuta da un ceto di burocrati pronto a offrire servile il suo armamentario di leggi, circolari e commi, prolifica all'ombra di un'oggettività che finisce per colpire, ormai lo sappiamo, sempre e solo i più deboli. "L'uomo parla troppo. Occorre insegnargli a riflettere. E per questo occorre fargli paura. Molta paura. Conoscere da vicino il quotidiano impegno del Fanon non gioverà solo agli "specialisti" perché chiunque lavora a lenire le sofferenze delle persone si sta impegnando per l'umanità intera.

Daniele Barbieri

www.corriereimmigrazione.it

Eleonora Artesio
Consigliera regionale del Piemonte
Rifondazione Comunista/fds
Già Assessora alla sanità
Giunta Bresso

ASSESTAMENTO BILANCIO, ENNESIMO REGOLAMENTO DI CONTI INTERNO ALLA MAGGIORANZA. SCARICATI SULL'ARESS I MALCONTENTI PER LA GESTIONE FALLIMENTARE DELLA POLITICA SANITARIA

PASTICCIACCIO BRUTTO

Il 27 dicembre è stato votato l'assestamento di bilancio, quando lo strumento è previsto per consentire entro l'anno la correzione di misure sottosti-mate e di politiche da rifinanziare per evitare sofferenze nei territori e nei servizi, emblematico è il caso del fondo sociale per i consorzi e la ridestinazione delle entrate alle politiche culturali.
Un'assegnazione nell'ultimo giorno dell'anno ha comunque comportato un'esposizione finanziaria dei soggetti a cui sarebbero state destinate le risorse oppure una dilazione nell'anno successivo di interventi che sarebbero stati necessari.
Quindi ancora una volta la Giunta dimostra una grave mancanza di programmazione accompagnata da indifferenza nei confronti delle esigenze.
In realtà il bilancio di assestamento è stato un ennesimo regolamento di conti interno alla maggioranza e l'ennesimo uso improprio delle leggi finanziarie utilizzate per veicolare decisioni che dovrebbero essere invece scritte in leggi di settore. In particolare la vicenda Aress ha rappresentato una brutta pagina del Consiglio regionale.
La decisione di abrogare un istituto presente in tutte le regioni e funzionale all'istruttoria tecnica delle decisioni di programmazione è avvenuta non tanto su un principio di utilità o di economicità, ma di ostilità verso singole persone e specifiche decisioni.
La maggioranza, originariamente sostenuta anche dal Pd, non osando mettere in discussione la politica sanitaria e l'assessore Monferino ha scaricato sull'agenzia i propri malcontenti finendo con il liquidare un'organizzazione per non avere il coraggio di liquidare la politica sanitaria fallimentare della Giunta.
La norma transitoria che proroga fino al 30 giugno 2013 i contratti del personale collaboratore a vario titolo è una piccola parentesi per gli interessati, ma la vicenda continua da essere un pasticciaccio brutto.

OSPEDALI VALDESI E SAN LUIGI, SE MONFERINO NON ACCETTA LA PARTECIPAZIONE,LA PARTECIPAZIONE VA DA MONFERINO

Se Monferino non accetta la partecipazione la partecipazione va a Monferino. Sotto il palazzo del Consiglio Regionale si sono avvicendate le delegazioni di amministratori e di cittadini interessati dalle conseguenze del piano sanitario regionale.
In particolare sono state posti all'attenzione le riconversioni dei presidi di Pomaretto e Torre Pellice e il riordino delle reti delle emodinamiche nella provincia di Torino, specificamente per l'Aso San Luigi di Orbassano. Il filo conduttore di entrambe le vicende riguarda la mancata consultazione delle rappresentanze istituzionali e delle forze sociali, particolarmente grave anche sul piano giuridico per le strutture del Pinerolese in quanto la legge di trasferimento dei presidi valdesi al sistema sanitario regionale prevede la convocazione del tavolo rappresentante la comunità valdese a fronte di ogni riordino delle funzioni degli ospedali valdesi.
L'assenza di riguardo e di ascolto non è soltanto un fatto di educazione, ma un possibile fattore di efficienza in quanto acquisire dai diretti interessati gli elementi di conoscenza sia dei territori sia delle attività consentirebbe una valutazione più puntuale e più sensibile rispetto alla mera trascrizione di dati statistici. Questa obiezione è risultata particolarmente fondata nelle relazioni rese dai clinici del San Luigi relativamente alle attività pluriennali del servizio di emodinamica e ai conseguenti rischi, in primis per le garanzie di tutela ma anche per i costi derivanti da un trasferimento presso Rivoli. Entrambe le vicende, ma purtroppo quelle che seguiranno, dimostrano che al momento la conclamata efficienza manageriale è soltanto un esercizio autoritario. L'opposizione istituzionale e l'opposizione sociale dovranno proseguire per contrastare questi disegni.

Torino, 29 Gennaio 2013

L'articolo a fianco ci offre una completa visione dei problemi, a volte madornali causa incapacità gestionali, vissuti dalle professioni sanitarie e non.

L'autore, un dirigente sanitario asl, esprime concetti e valutazioni di ordine generale perchè sono comuni a tutte le aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere del Piemonte, e le stesse peculiarità di ognuna di esse rappresentano eccezioni che confermano la regola. Ne consegue una domanda: come garantire, a fronte di tagli lineari, una risposta appropriata e, in qualche modo, garantire un controllo generale sulle azioni politiche della Giunta e sulle conseguenti azioni gestionali delle terne manageriali esautorate dalle neonate Federazioni sovrazonali?

L'autore ci dice che, in parte, ci si troverà di fronte all'obbligo di mediazione sui costi (diretti o attraverso le assicurazioni) ma, ci chiediamo, il conteni-mento dei costi non è uno strumento per favorire la appetibilità del prodotto, la sua congruità in termini economici?

Se il prodotto viene mal fornito o costa troppo ne risente tutto il sistema che sta dietro alla offerta sanitaria, domanda: le risposte professionali sono congrue?

A proposito di congruità vogliamo parlare di farmaci? In Paesi di sanità privata come gli USA l'industria farmaceutica e delle tecnologie sanitarie detta al "mercato sanitario" le linee guida. Oggi, per fare un esempio, un farmaco tecnologico che consente a un bambino ammalato di emofilia costa centinaia di volte di più rispetto a una linea di trattamento precedente, quindi un sistema in crisi può trovarsi nella impossibilità di mantenere i costi entro limiti predefiniti anche solo se, in quel territorio, vi siano pochissimi malati che necessitano di quel trattamento.

Lo stesso dicasi per le tecnologie. Un esame che consenta di guadagnare qualche settimana sulla diagnosi, a costi elevati, può scontrarsi contro la realtà economica del sistema se deve (giustamente) essere fornito a tutti. Ne consegue che anche "il politico" si trova di fronte alla impossibilità o alla estrema difficoltà di scelta, e scarica sul professionista la responsabilità tecnica della scelta, responsabilità che, dal suo canto, obbliga il professionista a non esimersi dall'impiegare quella nuova tecnologia o quel nuovo farmaco anche se lo stesso medico sa bene che il guadagno "in salute" è minimo.

Un altro problema interessa le strutture aziendali i manufatti sanitari e i servizi ivi allocati. Un servizio sanitario come quello piemontese deriva da secolari impianti geograficamente localizzati, hanno una redditività, sono capaci di svilupparsi?

Resta quindi la questione principale da risolvere, prima di pensare a costi, soldi, spese e responsabilità (si è arrivati a incolpare i malati perché chiedono "troppo"!!!!), infatti prima di tentare di pensare a quanto vogliamo risparmiare o siamo costretti a risparmiare dobbiamo necessariamente chiederci "cosa abbiamo fatto finora, cosa stiamo facendo e soprattutto cosa vogliamo fare".

URGE UN PROGETTO MIGLIORE

Noi professionisti con l'acqua alla gola. Riformiamo la sanità regionale

Da qualche tempo si discute, di solito timidamente sulla necessità di razionalizzare e razionare l'utilizzo delle risorse in Sanità. L'attuale Giunta della Regione Piemonte ha intrapreso, non senza grandi tentennamenti, un percorso tendente a questo scopo, ma si tratta di un percorso, a nostro parere inadeguato, insufficiente, e iniquo.

Il progetto regionale è certamente noto a tutti ma si può riassumere nel concetto che concentrando e aumentando i volumi di attività in alcuni Ospedali e Reparti si ottengano rilevanti risparmi e un miglioramento della qualità assistenziale, e che centralizzando gli acquisti si possano ottenere prezzi migliori e quindi importanti economie.

Prima di concentrare l'attività su alcuni Ospedali e Reparti sarebbe stata indispensabile un'accurata analisi di qualità e di resa economica delle Strutture che dovranno essere il fulcro dell'assistenza ospedaliera regionale. Quest'analisi non solo non è stata fatta, ma la scelta si è basata sulla "nobiltà" di Reparti ed Ospedali commettendo così veri e propri misfatti, vedremo inoltre come questo approccio sia inconcludente anche da un punto di vista economico. Poiché viviamo in un mondo reale, dobbiamo anche a malavoglia, accettare il concetto delle "risorse finite" quindi dobbiamo accettare il concetto di definire gli obiettivi di risparmio e la metodologia per raggiungerli. Non affrontare l'argomento vorrebbe dire ritrovarsi con una violenta mancanza di risorse che finirebbe, col colpire in maniera sleale i più deboli.

Il diritto ad avere le cure di base è inalienabile: il nutrirsi, l'igiene, un ambiente di vita decoroso, in sintesi il rispetto della persona; purtroppo talvolta la Sanità svolge anche una funzione sostitutiva dell'assistenza sociale, ma questo non è il suo compito altre entità devono svolgere questa funzione, l'assistenza sanitaria deve restare concentrata sul suo core business: la salute.

Sostanzialmente sono due le cause dell'esplosione dei costi sanitari: l'invecchiamento della popolazione e lo sviluppo di nuove tecnologie. Per certo il medico deve un'assoluta fedeltà a ciascun paziente indipendentemente dal costo delle cure, ma nel momento in cui mancassero risorse, la carenza colpirebbe indiscriminatamente persone reali. Esiste quindi il problema di come allocare le risorse, lo strumento usato fino ad oggi è stato il taglio strisciante: di servizi, di prestazioni, di strutture, tagli negli stipendi del personale medico, infermieristico e di assistenza. Per di più la classe politica ostinatamente nega l'evidenza, cioè che i tagli siano stati programmati e attuati.

In realtà sono possibili un programma e un progetto migliori: tagliare gli sprechi.

CONTINUA A PAG. 14

Noi professionisti con l'acqua alla gola

CONTINUA DA PAG. 13

Il taglio degli sprechi offre un'enorme opportunità alla Sanità; la letteratura (Kelley R, Thorpe EK) ha, da qualche tempo, identificato molte fonti di spreco e ne ha quantizzato il costo. Si possono identificare sei principali categorie di spreco:

1) incapacità a somministrare le cure migliori: lo spreco, che deriva da cure e interventi di bassa qualità, la mancata adozione delle cure riconosciute come migliori o peggio l'utilizzo di trattamenti inefficaci è importante, provoca danno al paziente ed un peggioramento della prognosi. Le cure migliori sono un diritto dei malati, sono eticamente dovute e consentono di risparmiare denaro.

2) incapacità a coordinare le cure: la frammentazione e l'incoordinazione dei trattamenti generano complicanze, sono causa di rientri in ospedale e declino dello stato funzionale particolarmente per i malati cronici pluripatologici di conseguenza i costi lievitano. Particolarmente grave in Italia è l'incoordinazione e l'incomprensione fra Ospedale e Territorio, il Medico di Medicina Generale talvolta non è in grado o non vuole farsi carico di malati complessi o al termine della vita, così come gli specialisti ospedalieri non amano recarsi al domicilio dei pazienti da loro stessi dimessi, per consulenze domiciliari.

3) overtreatment: trattamenti sproporzionati alle necessità del paziente comportano gratuite sofferenze ai malati e inutili costi; esempi tipici sono l'uso eccessivo di farmaci, il forzare l'indicazione alla chirurgia, il ricorso alla Terapia Intensiva per malati terminali o che avrebbero una qualità di vita migliore se seguiti al domicilio o in hospice.

4) complessità amministrativa: è comunissimo imbattersi in procedure amministrative inutilmente complesse che comportano un'inutile perdita di tempo e quindi di efficienza del sistema.

5) prezzi incongrui: il costo di prestazioni, farmaci e dispositivi medici in sanità sovente non è equo, ma è stato gonfiato, il prezzo deve essere legato al costo di produzione più un congruo margine di profitto

6) frodi e abusi: occorre considerare non solo lo spreco legato al raggiro, ma anche il costo per contenerlo.

Negli Stati Uniti è stato stimato che i sei fattori prima esposti valgano circa il 30% della spesa sanitaria complessiva, cioè circa 900 miliardi di dollari l'anno. In Italia non esistono stime a proposito, ma è improbabile che sia minore; quindi il 30% della spesa sanitaria annuale è evitabile perché ha origine solo da spreco.

Laddove non si volesse intervenire, è facile prevedere una catastrofica crescita dei costi della sanità che nell'arco di pochissimi anni diverrebbe insostenibile. Una crescita del costo sanitario sarebbe sostenibile se si allineasse alla crescita del prodotto interno lordo (PIL) in modo da mantenere costante la percentuale di PIL dedicata alla Sanità. Ora poiché è nozione comune che il PIL del nostro paese ha visto un grave declino negli ultimi anni mentre la spesa sanitaria è cresciuta inesorabilmente è inevitabile intervenire e siamo in grave ritardo. Una sola tipologia d'intervento non può essere sufficiente per stabilizzare i costi è necessaria una strategia complessa che preveda interventi su tutti i fattori che è possibile aggredire tutelando il diritto alla salute.

L'approccio adottato dall'attuale Giunta Regionale non è adeguato al problema, la chiusura dei piccoli Ospedali abbiamo già detto ci trova d'accordo, ma il risparmio si otterrà una sola volta; quando il sistema sanitario sarà a regime con la nuova organizzazione i costi riprenderanno a crescere da un livello lievemente inferiore. La nascita delle Federazioni cerca di rispondere all'esigenza di ottenere prezzi congrui per farmaci, dispositivi medici e servizi (punto 5), ma la Federazione genera un costo di per sè, infatti richiede un "Amministratore Unico di Federazione" e del personale amministrativo. Il controllo dei prezzi di gare e appalti si sarebbe potuto fare utilizzando le strutture amministrative già esistenti e suddividendo i compiti.

Se non vogliamo cadere in baratro d'ingiustizia sociale e d'iniquità, dobbiamo fuggire la strada dei tagli, sia quelli impliciti, cioè negati e camuffati sotto mentite spoglie, che quelli espliciti, cioè resi evidenti e in qualche modo condivisi con la popolazione. Non resta che tornare a un approccio che porti a evitare gli sprechi. Dei sei punti di spreco evidenziati da Kelley e Thorpe i primi tre riguardano problematiche sostanzialmente mediche, i restanti coinvolgono la parte politica e amministrativa.

E' facile criticare l'uso di terapie inutili a posteriori, difficile è astenersi al momento di decidere al letto del malato. Una notevole quantità di denaro è spesa nell'esecuzione di esami inutili, anche in questo caso è facile sottoscrivere il principio, difficile è negare l'esame che il paziente insiste nel voler fare. Utilizzare questi soldi per cure appropriate migliorerebbe la qualità del trattamento riducendo nello stesso tempo i costi. Una grave questione etica si porrebbe inoltre se si venisse a privare un paziente di un trattamento efficace, anche se molto costoso, ma nel frattempo si sprecasse denaro in cure inutili.

A questo punto una concreta lotta agli sprechi è obbligatoria sia da un punto di vista economico sia da un punto di vista etico; resta il problema di implementare un siffatto programma e come si è accennato, non sarà facile. Occorre un completo coinvolgimento delle Società Scientifiche così come delle Associazioni dei Malati, occorre l'assoluta convinzione che sia un fatto necessario e trattandosi di un processo complesso e difficile richiede il coinvolgimento delle migliori energie del Paese. Pensiamo solo a quanto sia difficile per un medico non fare ricorso alla medicina difensiva, ma lavorare solo nell'interesse del malato liberando la mente dai condizionamenti dell'autotutela.

Le ultime tre categorie di spreco della nostra lista rivestono problematiche di carattere organizzativo e poiché è la politica a dettare le regole in campo sanitario rivestono un carattere squisitamente politico. Per la verità anche il problema di coordinare la Medicina Territoriale con quella Ospedaliera è un problema politico che non si può più fingere di ignorare.

Ogni anno nel periodo invernale assistiamo alla crisi del Pronto Soccorso, sistematicamente si verifica un iperafflusso di malati, in realtà si tratta soprattutto di crisi della Medicina Territoriale che non è in grado di assistere i pazienti a casa, si tratta di uno specchio impietoso delle difficoltà delle famiglie e infine è la crisi dei reparti di Medicina Generale, di Geriatria e di Lungodegenza che hanno subito pesanti tagli nel numero di letti ed ora non sono in grado di ricoverare in maniera adeguata alle necessità di una popolazione che invecchia e

CONTINUA A PAG. 15

Noi professionisti CONTINUA DA PAG. 14

che quindi ha maggiore bisogno di assistenza. In questo periodo è assai frequente assistere al paradosso di pazienti che usciti dalla fase di acuzie restano ricoverati in letti ad alta o altissima intensità di cure e quindi ad altissimo costo, per la mancanza di spazi in reparti a bassa intensità e quindi a basso costo. Su questo problema l'attuale Assessorato della Regione Piemonte ha organizzato riunioni d'emergenza e gruppi di lavoro (con grande sciupio di tempo e denaro) senza raggiungere alcun risultato concreto.

Tornando alle ultime tre categorie di spreco è la politica che deve farsi carico di una vera semplificazione delle procedure burocratiche rendendole funzionali alle esigenze della popolazione, è la politica che deve controllare i prezzi, che deve lottare duramente contro le frodi, gli abusi e la corruzione.

Un programma di questo genere è certamente ambizioso e complesso, richiede una leadership impegnata e responsabile da parte di professionisti esperti in Sanità che siano in grado di distinguere accuratamente ciò che è necessario da ciò che è spreco. Ridurre istantaneamente del 20-30% la spesa sanitaria non è fattibile e nemmeno desiderabile in quanto indurrebbe una durissima crisi economica; possiamo facilmente immaginare quanti lavoratori perderebbero il posto e quante Aziende chiuderebbero.

Ma l'opportunità che ci si offre è enorme, risparmiare anche solo una frazione dello spreco stimato consentirebbe nell'immediato di stabilizzare la spesa senza allarmare i pazienti. Si tratta di affrontare un percorso che porti dalla filosofia del fare di più alla logica del fare ciò che serve veramente. Ma se come abbiamo detto, è inevitabile affrontare il problema dando vita ad una Sanità accessibile e votata a soddisfare le esigenze dei pazienti e delle famiglie la lotta agli sprechi è di gran lunga la migliore strategia. L'infedeltà di un servitore dello Stato va perseguita duramente, altro che depenalizzare il falso in bilancio.

Riteniamo che gli amministratori della Cosa Pubblica debbano rispondere dei propri insuccessi, per quale motivo il Direttore Generale di ASL o di ASO ha potuto fino ad oggi produrre debito e sfondare il tetto del bilancio senza dover rispondere attingendo al patrimonio personale di questi misfatti? Perché gli è stato permesso, e talvolta è stato istigato a farlo da una politica ormai senza etica. Solo riacquistando dignità i politici possono sperare di tornare ad avere il dovuto rispetto dei cittadini.

Riteniamo assurdo quello che ormai è un concetto universalmente accettato: non può esistere un'attività produttiva pubblica perché sarebbe in passivo e quindi avrebbe bisogno di assistenza. Dobbiamo liberarci di questo preconcetto, il Paese torni ad avere attività produttive pubbliche, ma che generino ricchezza non che producano debito pubblico; il manager di Stato deve rispondere personalmente del buon andamento dell'Azienda. Cedere ai coreani ANSALDO Energia o distruggere FINMECCANICA non è accettabile vuol dire privare il Paese di altissime tecnologie, frutto del duro lavoro dei nostri genitori, a metterci completamente nelle mani di forze e poteri che certamente non hanno a cuore il benessere dei cittadini italiani.

La spesa sostenuta per il Servizio Sanitario potrà tornare a crescere, beninteso per trattamenti utili, quando il PIL del nostro paese tornerà a crescere.

E' imperativo tornare a produrre ricchezza per migliorare la condizione sociale dei cittadini. Non ci si può lamentare di non vendere automobili in Italia, come usa fare il signor Marchionne, e nello stesso tempo non costruirne.

Solo generando ricchezza, distribuendola con equità e utilizzandola con scrupolo il finanziamento alla Sanità potrà crescere, e quest'ultima migliorare così da offrire servizi idonei a soddisfare le necessità dei cittadini.

La redazione di Lavoro e Salute ha chiesto a Eleonora Artesio di farsi promotrice in Consiglio Regionale di azione a favore delle centinaia di infermieri stranieri per dare loro un'opportunità di lavoro, riqualificandoli come OSS, per affrontare con urgenza la forte carenza di questa figura nella sanità piemontese.

Corso OSS

Dopo 10 mesi nessuna risposta!

Al Presidente del Consiglio regionale del Piemonte

INTERROGAZIONE

OGGETTO: ***riconoscimento titolo di studio e corsi per OSS***

Premesso che:

- per ottenere il riconoscimento del titolo di studio sanitario straniero è necessario seguire il procedimento di riconoscimento dei titoli professionali come previsto dai relativi decreti legislativi. Il titolo di studio straniero viene comparato a un titolo analogo se attesta un livello di qualifica professionale equivalente in Italia, tenendo conto della durata degli studi compiuti nel paese di provenienza e dei contenuti disciplinari analitici

Considerato che:

- tale percorso di riconoscimento presso il Ministero della Salute di fatto certifica l'impedimento all'esercizio della professione infermieristica per molti richiedenti, in particolare per chi proviene dai Paesi dell'Est Europa in possesso di percorsi di scuola dell'obbligo non corrispondenti a quelli italiani;

Valutato che:

- Un possibile sblocco di riconoscimento, e relativo impiego lavorativo, per queste figure viene previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 18 febbraio 2001 con il raggiungimento di una qualifica professionale quale l'operatore socio-sanitario. In Italia il titolo di OSS viene conseguito in seguito alla frequentazione di un corso di qualifica teorico-pratico della durata di almeno 100 ore

Visto che:

- la formazione è di competenza delle Regioni e delle Province autonome, le quali nel contesto del proprio sistema della formazione devono quantificare il credito formativo da attribuire in base ai titoli pregressi, come previsto dall'Art. 13 dell'Accordo, prevedendo misure compensative nei casi in cui la formazione pregressa risulti insufficiente; in sede di Conferenza Stato-Regioni il 14 dicembre 2006 è stato approvato il documento relativo ai "Criteri per la predisposizione dei percorsi complementari finalizzati al rilascio della qualifica di Operatore Socio Sanitario rivolti a soggetti con crediti professionali in ambito sanitario", per i titoli acquisiti nei diversi Paesi UE ed extra UE

Valutato che:

- nella Regione Piemonte l'attivazione dei corsi ricade sotto la competenza degli Assessorati alle Politiche sociali, alla Sanità e all'Istruzione e formazione professionale. Nel recente passato i diversi Assessorati hanno effettuato incontri in sede di Conferenza dei Servizi per l'attivazione dei corsi complementari della durata di 200 ore

INTERROGA

la Giunta regionale, per sapere:

- per sapere quali impedimenti sono intervenuti nel frattempo, mentre, ad oggi, alcune centinaia di infermieri, che non hanno avuto il riconoscimento del titolo professionale del Ministero, attendono un'opportunità di lavoro nel servizio sanitario del Piemonte già fortemente carente di OSS, che si potrebbe concretizzare utilizzando le risorse interne alle Asl per l'effettuazione dei corsi complementari.

30 Marzo 2012 PRIMO FIRMATARIO ***Eleonora Artesio***

Riceviamo e volentieri pubblichiamo

ASL TO 2: BILANCIO DI ATTIVITÀ DEL CODICE ROSA IN PRONTO SOCCORSO

In prima linea contro la violenza sulle donne

Servizio attivato per primo in Piemonte, impegno conforme alla Convenzione No More!

La ASL TO 2, che proprio in questi giorni ha sottoscritto con Comune di Torino, Aziende Sanitarie, Centri Universitari, Associazioni e Organismi che si adoperano per i diritti civili, la Convenzione No More! contro la violenza maschile sulle donne - femminicidio, rinnova il proprio concreto impegno a favore delle donne comunicando il bilancio del primo semestre di attività del "Codice Rosa".

Dal 2 giugno scorso l'ASL TO 2, per prima in Piemonte, ha infatti introdotto al Pronto Soccorso, oltre ai tradizionali codici di triage, uno specifico codice rosa per le donne vittime di aggressioni, che evidenzia immediatamente a tutti gli operatori la necessità di attivare l'equipe antiviolenza, presente sin dal 2009 all'ASL TO 2, coordinata dalla Dott.ssa Teresa Emanuele della Direzione Sanitaria dell'Ospedale Maria Vittoria, composta dai diversi specialisti -ginecologi, pediatri, chirurghi, medici d'urgenza, internisti, assistenti sociali, psicologi- che lavorano insieme per supportare le vittime, in sinergia con le forze dell'ordine, le associazioni territoriali che si occupano di supporto e prevenzione e una casa protetta convenzionata con l'ASL per i casi di impossibilità di rientro al domicilio.

"*Nel 2012 nei Pronto Soccorso del Maria Vittoria e del San Giovanni Bosco sono state assistite 182 donne vittime di violenza, alcune delle quali si trovavano in una fase particolarmente delicata in quanto gravide o puerpere* – spiega la Dott.ssa Teresa Emanuele – *la maggioranza delle donne assistite risultano italiane, nella fascia di età tra i 21 e i 50 anni, che giungono al Pronto Soccorso dei nostri ospedali in qualsiasi fascia oraria, con un quadro di media gravità e una prognosi fino a 10 giorni, soprattutto per aggressione da parte del marito o del convivente. Questi numeri fanno riflettere sull'importanza di esplicitare come azienda l'impegno nella lotta contro la violenza sulle donne, incoraggiando la comunicazione con il Pronto Soccorso, che è fondamentale, tanto che in triage sono affissi manifesti in cui, con lo slogan «pronto soccorso … per te è rosa» viene spiegato che segnalando la violenza si ha accesso a un percorso di tutela ad hoc*".

Donne e violenza

"*Abbiamo fortemente sostenuto la sperimentazione del codice rosa all'Ospedale Maria Vittoria in quanto Polo Materno Infantile di riferimento per tutta l'ASL TO2 e l'intera area nord di Torino* – precisa il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero, Dott. Paolo Mussano – *con l'obiettivo di assistere globalmente le vittime di violenza nella fase più delicata del primo momento dopo il trauma*".

Questa modalità di triage è in estensione quest'anno anche al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Giovanni Bosco.

"*L'incremento di accessi dall'avvio del codice rosa ad oggi è il segnale che un'accoglienza dedicata e il giusto approccio possono spingere molte donne a trovare la forza per segnalare il loro dramma* – conclude il Direttore Generale ASL TO 2, Dott. Maurizio Dall'Acqua – *uscendo dal circolo della violenza, cosa che avveniva più difficilmente negli anni passati; per questo i nostri operatori sanitari vengono formati costantemente con corsi specifici, in modo da essere addestrati a riconoscere anche i segnali non sempre evidenti e ad affrontare situazioni complesse come la violenza nel periodo della gravidanza o in presenza di minori*".

Dall'ASL TO 2 azioni tangibili a favore delle donne, che hanno trovato l'ideale suggello proprio nella sottoscrizione della Convenzione No More!, documento che impegna concretamente i sottoscrittori anche nella formazione degli addetti dei pronto soccorso e che lo stesso Capo della Stato ha elogiato per la finalità di individuare azioni concrete per diffondere una concezione del ruolo femminile che ne rispetti la dignità di persona e l'integrità fisica e psicologica.

www.nomoreviolenza.it

Dott.ssa **Silvana Patrito** Ufficio Stampa ASL TO 2

Riceviamo e volentieri pubblichiamo

ASL TO 2: BILANCIO DI ATTIVITÀ DEL CODICE ROSA IN PRONTO SOCCORSO

In prima linea contro la violenza sulle donne

Servizio attivato per primo in Piemonte, impegno conforme alla Convenzione No More!

La ASL TO 2, che proprio in questi giorni ha sottoscritto con Comune di Torino, Aziende Sanitarie, Centri Universitari, Associazioni e Organismi che si adoperano per i diritti civili, la Convenzione No More! contro la violenza maschile sulle donne - femminicidio, rinnova il proprio concreto impegno a favore delle donne comunicando il bilancio del primo semestre di attività del "Codice Rosa".

Dal 2 giugno scorso l'ASL TO 2, per prima in Piemonte, ha infatti introdotto al Pronto Soccorso, oltre ai tradizionali codici di triage, uno specifico codice rosa per le donne vittime di aggressioni, che evidenzia immediatamente a tutti gli operatori la necessità di attivare l'equipe antiviolenza, presente sin dal 2009 all'ASL TO 2, coordinata dalla Dott.ssa Teresa Emanuele della Direzione Sanitaria dell'Ospedale Maria Vittoria, composta dai diversi specialisti -ginecologi, pediatri, chirurghi, medici d'urgenza, internisti, assistenti sociali, psicologi- che lavorano insieme per supportare le vittime, in sinergia con le forze dell'ordine, le associazioni territoriali che si occupano di supporto e prevenzione e una casa protetta convenzionata con l'ASL per i casi di impossibilità di rientro al domicilio.

"*Nel 2012 nei Pronto Soccorso del Maria Vittoria e del San Giovanni Bosco sono state assistite 182 donne vittime di violenza, alcune delle quali si trovavano in una fase particolarmente delicata in quanto gravide o puerpere* – spiega la Dott.ssa Teresa Emanuele – *la maggioranza delle donne assistite risultano italiane, nella fascia di età tra i 21 e i 50 anni, che giungono al Pronto Soccorso dei nostri ospedali in qualsiasi fascia oraria, con un quadro di media gravità e una prognosi fino a 10 giorni, soprattutto per aggressione da parte del marito o del convivente. Questi numeri fanno riflettere sull'importanza di esplicitare come azienda l'impegno nella lotta contro la violenza sulle donne, incoraggiando la comunicazione con il Pronto Soccorso, che è fondamentale, tanto che in triage sono affissi manifesti in cui, con lo slogan «pronto soccorso … per te è rosa» viene spiegato che segnalando la violenza si ha accesso a un percorso di tutela ad hoc*".

Donne e violenza

"*Abbiamo fortemente sostenuto la sperimentazione del codice rosa all'Ospedale Maria Vittoria in quanto Polo Materno Infantile di riferimento per tutta l'ASL TO2 e l'intera area nord di Torino* – precisa il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero, Dott. Paolo Mussano – *con l'obiettivo di assistere globalmente le vittime di violenza nella fase più delicata del primo momento dopo il trauma*".

Questa modalità di triage è in estensione quest'anno anche al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Giovanni Bosco.

"*L'incremento di accessi dall'avvio del codice rosa ad oggi è il segnale che un'accoglienza dedicata e il giusto approccio possono spingere molte donne a trovare la forza per segnalare il loro dramma* – conclude il Direttore Generale ASL TO 2, Dott. Maurizio Dall'Acqua – *uscendo dal circolo della violenza, cosa che avveniva più difficilmente negli anni passati; per questo i nostri operatori sanitari vengono formati costantemente con corsi specifici, in modo da essere addestrati a riconoscere anche i segnali non sempre evidenti e ad affrontare situazioni complesse come la violenza nel periodo della gravidanza o in presenza di minori*".

Dall'ASL TO 2 azioni tangibili a favore delle donne, che hanno trovato l'ideale suggello proprio nella sottoscrizione della Convenzione No More!, documento che impegna concretamente i sottoscrittori anche nella formazione degli addetti dei pronto soccorso e che lo stesso Capo della Stato ha elogiato per la finalità di individuare azioni concrete per diffondere una concezione del ruolo femminile che ne rispetti la dignità di persona e l'integrità fisica e psicologica.

www.nomoreviolenza.it

Dott.ssa **Silvana Patrito** Ufficio Stampa ASL TO 2

Donne e diritti

Ho incontrato un medico obiettore

Martedì notte ho avuto un "incidente" durante un rapporto sessuale. Io e il mio ragazzo siamo entrati nel panico dato che in questo periodo non uso la pillola. Mercoledì a causa di problemi universitari non mi sono potuta recare dal mio medico di base dato anche il fatto che è chiuso il pomeriggio, quando mi sono liberata dagli impegni. Giovedì lo studio del medico di base è chiuso e il medico è irraggiungibile. Mi reco in farmacia per fagli presente l'urgenza, dato che dovevo prenderla entro il giorno dopo, cioè giovedì, e il farmacista non ne vuole sapere: ci vuole la ricetta medica perché è un farmaco di fascia C. e in Italia la legge vuole che le donne facciano la fila per un contraccettivo di emergenza! cosa che negli altri paesi essendo "di emergenza" li danno senza ricetta se non anche gratis o a prezzi contenuti.

Io disperata- erano le 9,30 di sera- gli chiedo come avrei potuto fare e mi spedisce dalla guardia medica.

Mi sono fatta accompagnare dal mio ragazzo perché non ho la macchina e la guardia medica è dall'altra parte della città. Arrivata alla guardia medica, la sala d'attesa era semi-vuota.

Erano le 9,55. Dopo una persona entro io e accedo in un ambulatorio praticamente pieno di crocifissi, madonne e immaginette di ogni tipo.

Mi sento a disagio. Gli chiedo alla dottoressa: "potrebbe farmi la ricetta per la pillola del giorno dopo?" mi guarda malissimo e mi dice che è un medico obiettore di coscienza. Io le rispondo che è urgentissimo che ho avuto rapporti sessuali martedì.

Lei mi fa una lavata di capo e mi risponde "nel 2013 esistono i metodi contraccettivi, perché non li ha usati?" io le rispondo che li uso e che si è rotto il condom. Lei mi ha risposto "perchè non sei andata martedì anziché pensarci all'ultimo momento?".

Io le ho risposto che avevo degli impegni e lei mi ha detto di arrangiarmi. Poi io cerco di convincerla in ogni modo e lei comincia a dirmi che la pillola del giorno dopo può far venire una trombosi letale e posso rischiare la morte. Poi mi ha detto che ci sono tante malattie perchè è una bomba di ormoni..Allora io la ascolto e le dico che è a mio rischio e pericolo. Poi mi dice "ma poi denunciano me".

Allora io spazientita le ho detto "Senta ascolti mi faccia la ricetta, non posso rischiare una gravidanza, se il farmaco è in vendita non ci sono rischi io l'ho già presa in passato".

Poi lei mi risponde che a maggior ragione che l'ho presa non la devo più prendere per la seconda volta perché è "una bomba di ormoni" Poi la riconvinco e mi dice "Non posso va contro i miei principi è un OMICIDIO!!, un OMICIDIO". Io le rispondo che non è possibile che è un metodo anticoncezionale.

Lei si altera un pò e mi fa presente che non è un metodo anticoncezionale ma un anti-annidamento e praticamente è simile ad un aborto e sto come commettendo un omicidio. Mi ha perfino detto che avrei dovuto fare il test di gravidanza e che lei sarebbe perfino contraria alla pillola anticoncezionale e ammette solo il preservativo come contraccettivo!!

Poi mi fa il disegnino su un foglio e mi fa vedere come funziona la pillola del giorno dopo trattandomi un pò da scema.

Poi siccome entrava un'altra dottoressa in ambulatorio ha preso il foglio della ricetta a ha detto "Per questa volta io te la faccio ma non tornare più qui".

Mi chiede i documenti, mi chiede perfino se sono maggiorenne, e compila il foglio scrivendo il farmaco che non è più in commercio :LEVONELLE. Io non lo sapevo. Poi mi fa firmare e mi sgrida dicendomi di firmare in modo più chiaro e mi saluta in malo modo dall'ambulatorio.

Mi reco in farmacia non credendo ai miei occhi di essere riuscita a convincerla, quando la farmacista, l'unica aperta a quell'ora, mi fa "Levonelle non è più in commercio da un pò". Io rispondo "Lo sapevo lo ha fatto apposta".

Le racconto di essere andata alla guardia medica e di aver incontrato un medico obiettore e lei risponde indignata "Che vergogna, che maleducata, io invece obiettore non sono e ti dò la pillola anche se la ricetta indica un altro farmaco, ma la ricetta te la rendo e facciamo finta di nulla".

Una farmacista molto gentile, un grande esempio di solidarietà femminile!

Poi dice che medici così non dovrebbero nemmeno esercitare che non è possibile che ci sia gente così ignorante. Dopo aver pagato, sono uscita e mi viene incontro consigliandomi di prenderla subito e che prima la prendo meglio è. Sono stata contenta di aver trovato una donna così solidale. Mi ero quasi commossa.

Mary 11 gennaio 2013 *comunicazionedigenere.wordpress.com*

storie ospedaliere quotidiane

Manuale di sopravvivenza

Sul tema dell'obiezione di coscienza e della sessualità femminile me ne occupo per anni sul blog, portando esperienze e storie di altre donne. Ieri invece questa bruttissima esperienza mi è capitata personalmente e da vicino ho dovuto fare i conti con la mentalità sempre più integralista del nostro Paese che limita le donne l'autodeterminazione del proprio corpo e della propria sessualità. Questa condizione è in linea con la posizione svantaggiata della donna nel nostro Paese. Assistiamo ad una progressiva privazione dei nostri diritti. Purtroppo poche donne sono informate di questa situazione. Io stessa che l'ho vissuta vi metto in guardia dai medici obiettori con un manuale di autodifesa:

- State attente se vi fanno vedere che vi prescrivono la pillola è una falsa mossa. Vi prescriveranno pillole inesistenti, mai commercializzate o fuori dal commercio. State attente perché a me è andata bene, ho trovato una brava farmacista ma non è sempre così. Cosa fare?

***nota aggiuntiva: La pillola del giorno dopo in Italia è NORLEVO e ELLAONE (pillola dei 5 giorni dopo). Per la pillola dei 5 giorni dopo vi consiglio di acquistarla in rete perché in Italia è obbligatorio il test di gravidanza e la pillola è pure cara quindi vi costa più di 40 euro in tutto se non trovate obiettori. Per abortire, se non potete fare costose trasferte, vi consiglio sempre la rete, ma fate occhio e assicuratevi che i siti siano sicuri e che siano farmacie online.**

- Vi umilieranno, vi faranno passare per assassine. Fategli capire che state esercitando il vostro diritto e che è un vostro diritto essere libere di gestire il proprio corpo;

- Se gli avete fatto presente che il farmaco che vi ha scritto nella ricetta non è quello e continua ad esercitare obiezione di coscienza minacciateli di denunciarli. Un medico che si rifiuta di prescrivere la pillola può essere denunciato in quanto l'obiezione di coscienza per un metodo contraccettivo di emergenza costituisce reato di omissione di atti d'ufficio e soccorso.

Elettroshock
una vergogna che continua

Sono ancora più di mille i pazienti psichiatrici curati, in ospedali pubblici e cliniche private, con un metodo ottocentesco e controverso. Spesso per loro basterebbe essere seguiti meglio, con terapie farmacologie e assistenza costante, nei centri di salute mentale. Che però non hanno abbastanza risorse.

Maria ogni settimana cura la depressione cronica che l'affligge da quando era una ragazzina. Ma non si rivolge ad un centro di salute mentale né tantomeno allo studio di uno psichiatra. No, lei ogni sette giorni viene sottoposta ad un trattamento di elettroshock. Maria è una delle quattrocento persone che nel 2010 è stata sottoposta alla T.e.c., la terapia elettroconvulsivante, detta anche elettroshock. Oltre 1400 pazienti nel triennio dal 2008 al 2010 (secondo gli ultimi dati presentati dal ministero della Salute), in cura per depressione e psicosi.

Non è una pratica scomparsa con la riforma di Franco Basaglia che ha portato, grazie alle legge che porta il suo nome, alla chiusura dei manicomi e all'apertura delle porte dei reparti psichiatrici. Nell'Italia del terzo millennio sono ancora nove le strutture pubbliche e private che la praticano: l'ospedale di Montichiari in provincia di Brescia, in quello di Oristano, al Santa Trinità di Cagliari, a Brunico, Bressanone, Pisa e in tre cliniche private convenzionate (San Valentino di Roma, Santa Chiara di Verona e alla clinica Baruziana di Bologna). Una denuncia partita dalle parlamentari Pd Delia Murer, Luisa Bossa e Maria Antonietta Farina Coscioni che lo scorso luglio hanno presentato un'interrogazione parlamentare al ministro della Salute Renato Balduzzi. "Non abbiamo ancora ricevuto risposta" dice Delia Murer "Nonostante le linee guida su come intervenire preventivamente su questa pratica, che dovrebbe essere l'ultima ratio".
Le linee guida sono state dettate dal ministero della Sanità quando al dicastero sedeva Rosy Bindi (siamo nel 1999) e prevedono che l'elettroshock possa essere somministrato solo dopo che per più volte sia stata tentata la via farmacologica e mai prima di un esame da parte di esperti esterni alla struttura psichiatrica in cui il paziente viene curato.

Le stesse linee guida rilevano però che è tutta da dimostrare la superiorità della T.e.c. rispetto ad alcune cure farmacologiche e che frequenti sono i rischi di ricadute.

Proprio per questo si incrementano i controlli e si richiedono consensi informati, affinchè la T.e.c. sia l'ultima spiaggia e solo in casi di pazienti gravi (depressione maggiore, ipertermia maligna, sindrome maligna da neurolettici). "E' un metodo che non rispetta la dignità della persona, ed è anche un intervento violento sul corpo. Abbiamo chiesto a Balduzzi che ci chiarisse se siano state adottate tutte le modalità previste dalle linee guida" conclude la Murer.

I pazienti si sottopongono alla terapia per cicli, col ricovero e un'anestesia di cinque minuti. Ogni ciclo prevede 10-15 sedute con ogni volta lo stesso procedimento: elettrodi, il gel applicato sopra le tempie per non provocare bruciature e la scossa elettrica a basso voltaggio che attraversa il cervello per un tempo variabile da due a otto secondi. Ecco la cura per uomini e donne che convivono con la depressione, manie, schizofrenie, psicosi.

Ma non è solo la poetessa Alda Merini a raccontare quella scossa, ma anche la casalinga pescarese, il dirigente scolastico sardo, la ragazza triestina, il quarantacinquenne sudtirolese e il suo conterraneo che ora lavora in un'associazione per il sostegno ai malati di mente. Tutte persone che hanno bisogno di cure mirate e assistenza continua e che invece periodicamente vengono sottoposti a queste sedute. "Una terapia ascientifica, ottocentesca e abbrutente, che spegne le persone senza curarle", spiega Enzo Lupo di Psichiatria democratica, il movimento fondato dallo stesso Basaglia nel 1973 per liberare il malato dalla segregazione in manicomio.
Per il prossimo anno è in cantiere la campagna di Psichiatria democratica "No elettroshock" per raccontare, attraverso questa testimonianza, cosa significa realmente: "Se fossi matto vi parlerei degli elettroshock subiti negli anni addietro, dei terribili momenti dell'attesa prima dell'applicazione degli elettrodi, delle urla, dell'intenso odore di urine, della voce dell'infermiere che ti chiama per nome e del medico che questo nome nemmeno conosce".

Una realtà quotidiana praticata per decenni sulla pelle di migliaia di pazienti. Ancora oggi la comunità scientifica sul tema è fortemente divisa. E' una pratica empirica non scientificamente provata, dicono i detrattori, tesi che i sostenitori negano dicendo che all'estero c'è fior di letteratura sulla T.e.c. Lo psichiatra Ernesto Venturini, del dipartimento di salute mentale di Imola, racconta la sua esperienza: "Negli anni Sessanta la praticai con convinzione, da assistente universitario, poi vidi cosa accadeva ai malati che venivano curati con assistenza 24 ore su 24 a Gorizia da Basaglia e capii che l'elettroshock non solo è un trattamento umiliante ma che i miglioramenti sono solo legati alla perdita temporanea della memoria: ci si dimentica dell'elemento ossessivo salvo poi avere peggiori ricadute legate anche alla distruzione dell'autostima".

Ma nonostante questi risultati i casi più frequenti di ricorso a questo trattamento si hanno nei reparti guidati da "elettroshockisti" convinti: medici riuniti nell'associazione italiana per la terapia elettroconvulsivante (Aitec) che hanno chiesto ufficialmente ai ministri della Sanità di incrementare le risorse utili a diffondere la T.e.c. Secondo il primario del reparto psichiatrico dell'ospedale di Brunico, Roger Pycha è una terapia "salvavita nei casi gravi di catatonia maligna e guaritrice nel 50 per cento dei casi di depressione maggiore".

CONTINUA A PAG. 19

Elettroshock CONTINUA DA PAG. 18

Sulla stessa linea l'ex presidente di Aitec Athanasios Koukopoulos: "Mentre nel resto d'Europa abbiamo centinaia di strutture che la praticano, noi siamo fermi per ragioni ideologiche, con un paradosso: noi l'abbiamo inventata ma non curiamo i nostri malati. L'elettroshock è una terapia assolutamente senza effetti collaterali e anche la perdita di memoria si ha solo con trattamenti prolungati nel tempo. Non è l'ultima ratio come prescrive il ministero della Salute ma la prima perché per molti pazienti è l'unico trattamento possibile".

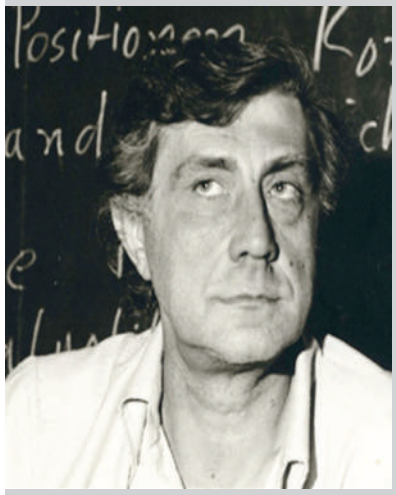
Peccato che studi pubblicati nel 2005 sul British Medical Journal (una delle quattro riviste mediche più autorevoli al mondo) delinea un quadro completamente diverso: "L'uso dell'elettroshock in altre malattie come la schizofrenia, oltre che alla depressione grave, non è giustificato dalle evidenze". Ma non è tutto: il suo uso è stato largamente oggetto di abuso e un terzo dei pazienti intervistati racconta di non aver dato un consenso veramente libero a ricevere il trattamento, anche se avevano firmato il modulo del consenso informato.

Insomma i punti oscuri e controversi sono ancora molti. "Pensare che il cervello sia malato come dicevano gli psichiatri nell'Ottocento, non è più possibile - sottolinea Luigi Attenasio, presidente di Psichiatria democratica - . E' incontrovertibile quanto le pratiche di salute mentale hanno dimostrato: l'unica strada maestra è la presa in carico globale del paziente e non la costrizione, la chiusura". Per questo Psichiatria democratica sostiene che la soluzione per superare questo trattamento è aumentare le risorse necessarie ai centri di salute mentale, le 707 strutture pubbliche per attività ambulatoriale aperte 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana. Una fatica quotidiana per seguire i pazienti fino a renderli il più possibile autonomi facendoli vivere in case-famiglia, dandogli la possibilità di lavorare, di fare sport, di vivere delle relazioni stabili e inserirli nella società.
Puntando su questi presupposti alcune regioni come la Toscana, Piemonte, Marche hanno provato a vietare l'elettroshock ma sono andate incontro alla bocciatura della Corte Costituzionale. Il divieto di una terapia medica non rientra nei poteri di un ente locale, nonostante la riforma del 2001 che ha dato pieno potere in tema di sanità alle Regioni.

Michele Sasso
Pubblicato anche su micromega.it

LA 180 E LA POLITICA MATTA

Tanti i tentativi di aggressione alla Legge Basaglia in 34 anni



Dal 13 maggio 1978, giorno dell'approvazione della legge 180 sono circa 50 proposte con un denominatore comune: un trattamento della malattia mentale ancora più arcaico della Legge del 1904.

Il vergognoso allarmismo che è stato diffuso dai media compiacenti con l'affarismo non ha nessun riscontro nella realtà. Non si è affatto verificato l'aumento di suicidi, omicidi e violenze di ogni genere con la chiusura dei manicomi l'Italia vanta tassi molto bassi, se non irrisori, in rapporto ad altri Paesi con sistemi ancora manicomiali.

Però non c'è mai fine al peggio in questo malato sistema politico italiano. Lo spudorato disegno di legge del berlusconiano Ciccioli chiede dispositivi per prolungare all'infinito la sottrazione di libertà, cancellazione di soggettività, di storia, d'identità. La vita delle persone con disturbo mentale viene privata di ogni significato sulla base di una infame psichiatrizzazione delle conoscenze ad uso dei già incalcolabili profitti dell'industria del farmaco.

Il testo Ciccioli pesca nei luoghi comuni sulla salute mentale per sostenere le politiche fallimentari di alcuni assessorati regionali (guarda caso con assessori di centrodestra) per sponsorizzare le peggiori psichiatrie farmacologiche, e accreditare case di cura, residenzialità (internamento) senza fine, i reparti blindati dove si muore legati e posti letto per "i matti" dovunque, negli ospedali, nelle cliniche universitarie, e soprattutto nelle case di cura private. Ignobile! A parere di questo signore i trattamenti riabilitativi devono essere prolungati di sei mesi in sei mesi obbligatoriamente, per contenere la supposta cronicità dei malati che non sanno di essere cronici e rifiutano le cure.

Eppure le ricerche condotte negli ultimi 10 anni dall'Istituto Superiore della Sanità sull'assetto dei servizi confermano inequivocabilmente la bontà della legge del '78. I Dipartimenti sono diffusi in tutte le regioni. Sono presenti 289 servizi ospedalieri per acuti con circa 3.000 posti letto. Esistono strutture residenziali in tutto il territorio nazionale, che ospitano circa 20.000 persone. Anche il dato relativo alla presenza dei Centri di salute mentale è lodevole: uno ogni 80.000 abitanti. Il tutto coadiuvato dall'impegno della cooperazione sociale e delle associazioni.

Oggi si possono raccontare molte storie. Storie di persone che, malgrado la severità della loro malattia, mai hanno subito restrizioni e mortificazioni. Hanno potuto attraversare Centri di salute mentale aperti 24h orientati alla guarigione, capaci di accogliere e accompagnare nel percorso di ripresa fino a trovare la propria strada. Esperienze esemplari e pratiche diffuse in tutto il territorio hanno dimostrato che è possibile costruire percorsi di ripresa e nuove opportunità di partecipazione. Esperienze che privilegiano il territorio, le reti, la prossimità, la domiciliarità, contrastando di fatto il rischio dell'abbandono e del rifiuto, la cronicità e la pericolosità.

Il Centro di salute mentale aperto 24h, e non più l'ospedale, è la struttura organizzativa forte che orienta la domanda e sostiene il lavoro terapeutico-riabilitativo. Molte Regioni hanno avviato programmi e investimenti in questa direzione, attivando reti di servizi di salute mentale integrati che possano operare sulle 24h, 7 giorni su 7. Le politiche della crisi e incomprensibili riassetti organizzativi attentano quotidianamente allo sviluppo ulteriore dei servizi comunitari territoriali. Sempre meno ospedali, cliniche, case di cura e "politiche del farmaco" per promuovere gli spazi territoriali, i progetti personalizzati, l'abitare assistito, la cooperazione sociale.
Quanto più il territorio diventa luogo concreto dell'inclusione e della riabilitazione tanto più il farmaco, la diagnosi, la malattia assumono diversa visibilità e il sapere psichiatrico deve ricollocarsi in questa nuova dimensione: la malattia non può che essere in relazione alla persona. Un percorso per riaffermare e sostanziare ancora meglio la legge Basaglia.

Redazione Lavoro e Salute

Intervento del Direttore del Dipartimento Dipendenze1 ASL To2 su un contributo pubblicato nel precedente numero di Lavoro e Salute come riflessione sul metadone: terapia di mantenimento?

il metadone

ecco a cosa serve

Non conosco Antonio Recanatini (che non si qualifica firmando l'articolo) e quali motivazioni l'abbiano spinto ad esporre il suo pensiero a proposito delle terapie con metadone (Lavoro e Salute 28/5, pag 21, novembre 2012).

Apprezzo la sua buona volontà di occuparsi di una questione delicata ed effettivamente trascurata, così come ammiro il suo slancio a favore di corrette cure ai tossicodipendenti. Non comprendo perché persegua questi scopi demonizzando il metadone e squalificando il lavoro dei Servizi per le Dipendenze.
Quelle di Recanatini non sono opinioni: le opinioni, infatti, vengono espresse su fatti e non possono prescindere dai dati di realtà. Si può avere una opinione sulla opportunità di usare l'automobile per spostarsi in città, ma non che ci si debba mettere il carburante se la si vuole far muovere. Recanatini, invece, pare non conoscere i dati clinici, farmacologici, epidemiologici.

Il suo contributo, che è stato diffuso (opportunamente?) in ASL da "Lavoro e Salute" mi ha sollecitato una domanda: "non sarà mica che qualcuno, non addentro alla questione, prenda sul serio quanto scritto e ne ricavi una impressione negativa del nostro lavoro o si confermi in pregiudizi?". Per questa preoccupazione e per la stima che ho per i miei Colleghi e la passione che metto in quel che faccio ogni giorno ho valutato opportuno rispondere.

Non ribatto con una lezione su cos'è la patologia da dipendenza e sui presupposti scientifici e clinici delle terapie farmacologiche, che nella pratica terapeutica sono sempre integrate con gli interventi psicologici e riabilitativi: su questo abbiamo (noi e molti altri) pubblicato molto, su riviste scientifiche internazionali e nazionali, così come abbiamo prodotto anche libretti divulgativi, di cui consiglio vivamente la lettura (sono disponibili gratuitamente presso il nostro Dipartimento).

Il mio scopo è solo quello di dimostrare che Recanatini parla di cose che non conosce, producendo l'effetto "devastante" dell'ignoranza, come lui stesso afferma, certamente riferendosi a se stesso.
Cerco di argomentare le mie considerazioni (scusandomi con gli specialisti che dovessero leggere quanto segue, che ho necessariamente sintetizzato e semplificato).

1) Il metadone è un farmaco oppiaceo che presenta vantaggi e limiti: è tutt'altro che "molto semplice" utilizzarlo in modo corretto nel trattamento delle dipendenze da oppiacei e richiede una notevole esperienza. Infatti, ai vantaggi della monosomministrazione quotidiana per via orale e della costanza della concentrazione plasmatica, unisce i limiti del rischio di overdose, della tossicità cardiologica, della diversione e dell'uso improprio.
Inducendo tolleranza crociata con gli altri oppiacei, ha un effetto fortemente protettivo nei confronti delle overdose accidentali da eroina: l'adozione delle terapie protratte ad alto dosaggio, avvenuta agli inizi degli anni '90 in Piemonte, ha ridotto (e non aumentato) i decessi. Si è passati dai 157 decessi per anno del 1990 ai 21 decessi nel 2010 (ultimo dato disponibile OED Regione Piemonte).

Studi rigorosi e ripetuti (tra cui lo studio Vedette, condotto per anni su una casistica enorme) hanno dimostrato che i trattamenti di lunga durata con metadone ad alte dosi riducono nei pazienti anche il rischio di contrarre malattie infettive (riducendo la pratica di iniettarsi sostanze per via endovenosa) e l'attività criminale necessaria per procurarsi sostanze illegali.
La Cochrane Collaboration, organismo tra i più indipendenti ed accreditati, ha definito il mantenimento metadonico come l'unica terapia farmacologica con evidenze scientifiche di efficacia per l'addiction da eroina, mentre i trattamenti brevi a scalare si sono dimostrati inefficaci.
Quindi: perché nei SERT si usa il metadone come farmaco per le dipendenze da eroina?

Perché è la terapia più efficace e, nonostante i rischi che presenta, la più sicura. Ribadisco, inoltre, che il farmaco è sempre utilizzato nel contesto di una proposta terapeutica e riabilitativa complessiva, che include interventi psicologici e socio educativi: il paziente ha sempre l'opportunità di scelte alternative tra i trattamenti proposti ed è parte attiva e partecipe della cura.

Note aggiuntive.
Come semplici flash, per dare l'idea della articolazione del tema, senza approfondire, aggiungo che:

NB 1: oltre al metadone, si utilizza ormai da anni anche la buprenorfina, di cui si fa un uso clinico simile al metadone.

NB 2: il metadone è la sostanza "più tossica in assoluto"? Lo è molto meno dell'alcol, che è gravemente epatotossico ed è l'unica sostanza che oltre a portare a morte per overdose, porta a morte anche per crisi di astinenza.

2) In che misura viene utilizzato il trattamento protratto con metadone? È vero che "i SERT sono pieni di ragazzi che ingeriscono metadone"?
Circa il 55% dei pazienti in cura nei SERT è trattato con metadone o con altri farmaci analoghi.
Ciò vuol dire che il 45% è trattato senza terapie farmacologiche, ma con terapie psicologiche e interventi educativi e socio riabilitativi.
Ciò vuol dire che i professionisti dei SERT fanno delle distinzioni tra i pazienti: fanno diagnosi che portano a definire trattamenti diversificati e personalizzati. Per ogni paziente vengono definiti obiettivi specifici e personali, verificati a sei o a dodici mesi con parametri predefiniti e standardizzati. Ovviamente, questo processo è interattivo e il paziente, in un processo relazionale di motivazione, ha la possibilità di scegliere e orientare il suo trattamento.

Anche qui qualche flash:

NB 1: i "ragazzi" hanno una età media di oltre 40 anni.

NB 2: i pazienti non "ingeriscono" il metadone, che gli viene invece somministrato da personale infermieristico.

NB 3: il metadone non si misura in ml, ma in mg. Le concentrazioni in mg per ml sono variabili.

3) In che misura si raggiungono gli obiettivi terapeutici?
La letteratura internazionale dimostra che le cure per la tossicodipendenza hanno lo stesso tipo di esito di qualsiasi altra patologia cronica:ipertensione, diabete, cardiopatie, etc. I tossicodipendenti aderiscono alle terapie nella stessa misura degli altri pazienti con malattie croniche.
Nello specifico del nostro Dipartimento,

CONTINUA A PAG. 21

 CONTINUA DA PAG. 20

si raggiungono gli obiettivi terapeutici prefissati nel 78% dei casi (nel 48% in modo completo, nel 30% in modo parziale), mentre nel 22% dei casi l'intervento fallisce.

Quanto sopra solo per riequilibrare le cose e tutelare la dignità ai pazienti tossicodipendenti, ai curanti e ai Servizi.

Ribadisco che apprezzo comunque la passione che Recanatini mette in ciò che scrive.
Ma prometto che utilizzeremo il suo articolo, citando la fonte, ovviamente, nelle numerose formazioni che facciamo, i miei Colleghi ed io, in giro per l'Italia, come esempio di "effetto devastante dell'ignoranza".

Emanuele Bignamini

Direttore Dipartimento Dipendenze 1, ASL Torino 2

metadone NO/2

Concordo per filo e per segno l'articolo di Recanatini, sicuramente molto più preparato del Direttore Dipendenze Asl Torino2.
Metadone....meta, 4 lettere messe insieme che mi fanno pensare ad un obiettivo da raggiungere, appunto una meta....ma non è così, generalmente con questi farmaci sostitutivi non si arriva da nessuna parte se non a creare nuova dipendenza!!!
Io lo definisco uno spaccio legale, l'utilizzo del farmaco da parte del tossicodipendente è utile soltanto a risollevarsi da uno stato di astinenza, per poi continuare a procurarsi la sostanza.
Per non parlare dei sottoboschi e movimenti come lo scambio tra farmaco e sostanza. Persone completamente devastate da anni di dipendenza con il "mantenimento", in pratica una dipendenza nella dipendenza.
Mi piacerebbe credere che all'interno dei servizi le cose cominciassero a cambiare e che ci si possa svecchiare dalle false credenze che questa terapia sia funzionale, che si possa provvedere a qualcosa di creativo e utile ridefinendo la terapia come funzione atta all'aiuto dell' INDIVIDUO (che sia quindi ribadito il concetto di individuo come persona) e di un individuo LIBERO (cioè non soggetto alla schiavitù da una sostanza all'altra)... un protocollo che serva davvero e non per finta, che ci sia davvero una meta da raggiungere.

Marina Landini
operatrice terapeutica da 20 anni

NOTA DI REDAZIONE

Il dr. Bignamini si chiede, e ci chiede, se è stato opportuno pubblicare un articolo contro l'uso del metadone nei SERT. Ricordiamo la natura del nostro periodico: informazione, confronto di opinioni diverse e proposta sui temi della salute che sono comuni alle persone che ne sono direttamente coinvolte, come operatori e utenti ma anche di cittadini impegnati socialmente. Inoltre, sul tema in discussione è nota la nostra condivisione, di operatori, dell'impegno della Lila.
Comunque, è stata una nostra mancanza non qualificare nella firma l'autore dell'articolo contestato *(reperibile su www.lavoroesalute.org)*.
Abbiamo chiesto a Recanatini una nota, e ce ne sono arrivate anche una di un medico e di un'altra di operatrice terapeuta, che pubblichiamo di seguito.

metadone NO/1

A Emanuele Bignamini, Direttore Dipartimento Dipendenze1 ASL To2

Mi qualifico con 20 anni di esperienza nel settore, conosco tutti i tipi di sostanze e sono terapeuta.
Le rispondo a nome di migliaia di operatori del settore, Ceis in primis, ma anche dei dottori da me interpellati sulla questione metadone, precisamente sulla terapia di mantenimento, e di altri incontrati nei vari percorsi terapeutici.

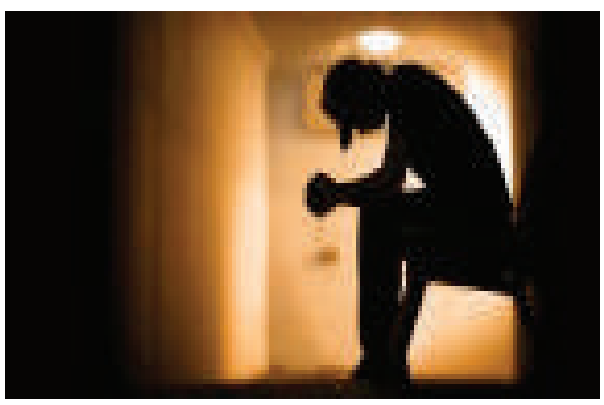
Prima cosa da chiarire, l'alcool è sicuramente più tossico, ma ingerito nella quantità 20ml/mg al giorno, (mi scusi l'equivoco, ma prima l'unità di misura era diversa tra gli operatori del settore), diventa solo un normale vasodilatatore.
Quindi, come noto, da sempre, le persone che siedono dietro la scrivania, parlano del problema tossicodipendenza per sentito dire o attraverso sondaggi, cifre e numeri ignorando le conseguenze.
Ho notato che nella risposta lei ha evitato di parlare di terapia di mantenimento, fa benissimo, dare veleno ogni giorno senza il "doveroso scalaggio" è una pratica da nascondere, spero ne portiate, almeno dentro, i sensi di colpa.

Ignorante solitamente è colui che ignora, non conosce, trascura o tralascia, ma significa anche essere all'oscuro, difficile essere all'oscuro quando ognuno di noi ha visto ragazzi entrare in terapia di mantenimento, pur avendo intossicazioni epatiche.
Certo! quando si è seduti dietro una scrivania è difficile sentire le urla di chi fa due terapie: Una di metadone, l'altra di interferone, difficile farle capire cosa c'è dietro una cura di mantenimento perché lei, forse, non conosce nemmeno il sapore del metadone, però parla, dice, addirittura, giudica.

Lei è Direttore Dipartimento Dipendenze e non conosce il parallelo eroina-metadone, non sa che nessuno è talmente intossicato da dover essere trattato con 80mg di metadone, eppure lei è su quella scrivania, questa è l'Italia che meritiamo. Spero che venga ad imparare qualcosa nelle comunità e che si misuri con umiltà, perché da quel che vedo, lei ignora questo valore. La realtà è molto diversa da quel che lei cita, comunque sono a disposizione per qualsiasi chiarimenti in merito.

Antonio Recanatini - terapeuta

metadone NO/3



Condivido appieno la posizione di Antonio Recanatini e aggiungo che forse, a Bignamini non gli farebbe male farsi un giro per le carceri e vedere che devastazione provoca il metadone! Ne parlo per esperienza diretta avendo io fatto turni di guardia medica di 18-24h presso il carcere circondariale di Venezia.
Ed essendo io anestesista e dunque avvezzo all'uso degli oppiacei sia in sala operatoria che in terapia intensiva e sul territorio ne conosco vita opere e miracoli! In carcere in particolare non si riesce nemmeno lontanamente a pensare a terapie a scalare nel tentativo di "disintossicare", tutt'altro, si applicano terapie al rialzo!
Poi, magari, Bignamini è uno di quelli che si scandalizza quando si parla di liberalizzazione delle droghe, ma il metadone è di fatto la droga di stato e viene utilizzata per mantenere sotto controllo lo status quo!

Vincenzo Pierantonio - medico

AIDS: LO SCANDALO DEL VACCINO ITALIANO

E' ORA DI FARE CHIAREZZA SUI FONDI E SUGLI INTERESSI CHE CIRCOLANO ATTORNO AL VACCINO ITALIANO SULL'AIDS. ECCO UNA DOCUMENTAZIONE E UN'INTERVISTA SERIA NON SOLO SUL MIO LIBRO, MA SULLA SITUAZIONE DELL'AIDS IN ITALIA, E SULLE TROPPE OMERTA' CHE AGISCONO IN QUESTO SETTORE DEL MONDO SCIENTIFICO.
UN'INTERVISTA DA LEGGERE, NON SOLO DAGLI SPECIALISTI DEL SETTORE, SUL MIO LIBRO "AIDS LO SCANDALO DEL VACCINO ITALIANO".

Vittorio Agnoletto

PER LEGGERE L'INTERVISTA DIGITA *www.hivforum.info*

Vittorio Agnoletto è medico, fondatore della Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS e suo presidente dal 1992 al 2001, ex parlamentare europeo, docente di Salute e diritti umani all'Università degli Studi di Milano. Carlo Gnetti è un giornalista. Insieme, lo scorso novembre, hanno pubblicato presso Feltrinelli un libro – AIDS: lo scandalo del vaccino italiano – in cui raccontano i quasi quindici anni di storia del vaccino anti-Tat di Barbara Ensoli e dell'Istituto Superiore di Sanità.

In questo libro, gli autori raccolgono i dubbi, le critiche, le contestazioni precise e circostanziate, le infinite domande lasciate senza risposta che questa vicenda ha seminato fin dai suoi esordi. E lo fanno attraverso i molti articoli usciti sulla stampa generalista, i pochi lavori scientifici strettamente inerenti alla sperimentazione pubblicati sulle riviste specializzate, le dichiarazioni e anche le mancate dichiarazioni e la vera e propria reticenza di alcuni dei protagonisti, costruendo quella che un magistrato, il presidente del Tribunale di sorveglianza di Bologna Francesco Maisto, che ha presentato il libro a Milano lo scorso 30 novembre, ha definito "una pista indiziaria fortemente connotata", che ha come senso ultimo quello di arrivare a stabilire la verità di una vicenda che ha dominato la scena scientifica e mediatica italiana degli ultimi 15 anni (per la definizione data dal giudice Maisto, si veda l'intervista che Emiliano Silvestri ha fatto a Vittorio Agnoletto per Radio Radicale, min. 13:55).

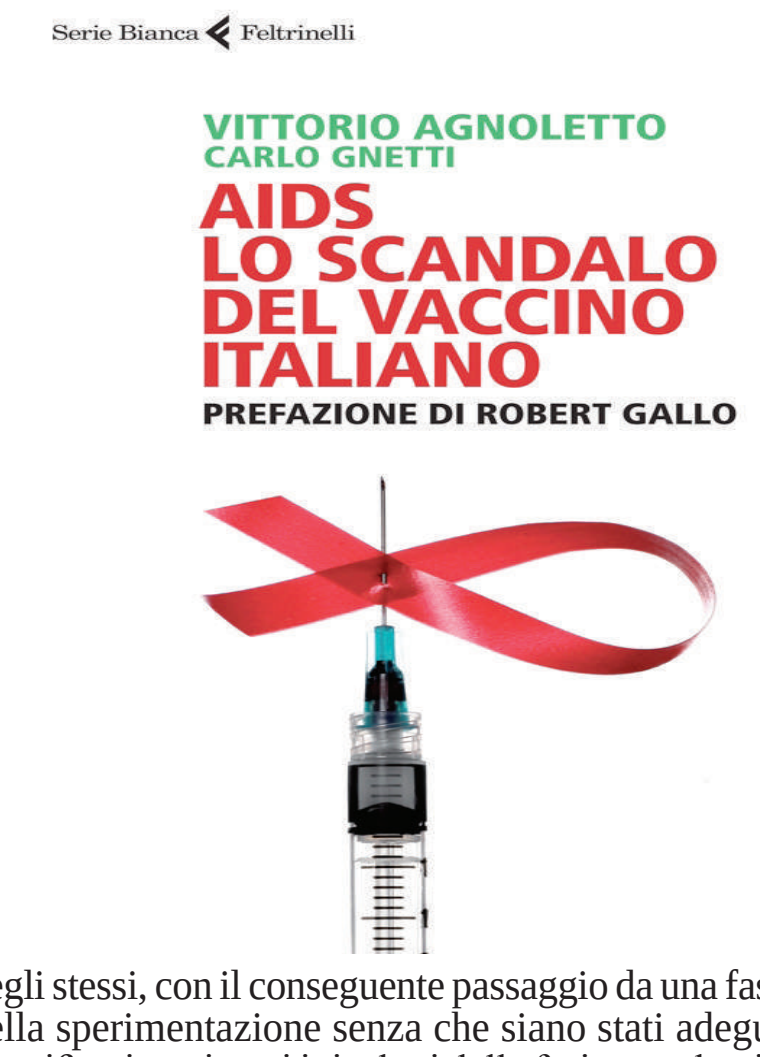
L'obiettivo principale del libro, infatti, è una preoccupata richiesta di chiarezza; la sua speranza è che chi sa, parli, perché nel caso in cui i dubbi sulla conduzione delle sperimentazioni si dimostrassero consistenti e reali, chi – in Italia e soprattutto in Sud Africa – è coinvolto nei trial clinici potrebbe correre dei seri rischi.

Il libro è introdotto da una prefazione di Robert Gallo, il co-scopritore dell'HIV insieme a Montagnier e Barré-Sinoussi, che sintetizza le perplessità più propriamente scientifiche nei confronti di una proteina – la Tat – scoperta dal suo stesso gruppo di lavoro e che già nei primi anni '90, cioè ben prima dell'inizio delle sperimentazioni di Barbara Ensoli nel 1998, si sapeva che avrebbe al più potuto dare un modesto contributo sul piano terapeutico, ma certo non avrebbe mai potuto costituire da sola la base di un vaccino preventivo. "Un'idea illogica per un vaccino preventivo" – scrive Gallo. Infatti, "dopo quindici anni non esistono risultati convalidati a sostegno di questo approccio".

Con la disponibilità della terapia antiretrovirale combinata a partire dal 1995, inoltre, anche il contributo terapeutico della Tat pare a Gallo ormai sostanzialmente inutile.

Le questioni affrontate da Agnoletto e Gnetti spaziano dalla mancanza di trasparenza a perplessità etiche, dai costi del progetto ai tempi estremamente dilatati di tutte le fasi della sperimentazione, al familismo, alla sovraesposizione mediatica: tutti temi che si intrecciano e si implicano l'uno con l'altro. Molto per sommi capi:

- La mancanza di trasparenza di tutta la sperimentazione viene evidenziata soprattutto in relazione alle modifiche dei protocolli mentre i trial erano in corso e senza che ne venissero informati gli altri ricercatori coinvolti; alla pubblicazione parziale dei dati e dunque alla mancata validazione



degli stessi, con il conseguente passaggio da una fase all'altra della sperimentazione senza che siano stati adeguatamente giustificati e spiegati i risultati delle fasi precedenti; alle confusioni fra sperimentazione di un vaccino prima preventivo, poi terapeutico, poi nuovamente preventivo ma completamente diverso dal precedente, tornando indietro dalla fase II a una nuova fase I, senza che mai nessuno si sia assunto la responsabilità di dire "era una strada sbagliata per queste e queste ragioni; abbiamo cambiato idea".

- Le perplessità etiche riguardano sia il modo in cui sono state trattate le scimmie durante la fase preclinica (che potrebbe aver falsato i dati tratti dal modello animale sulla cui base si è deciso di passare alla sperimentazione sull'uomo), sia la preoccupazione che i pazienti arruolati per la sperimentazione in Sud Africa possano non god ere della stessa protezione di cui godono i partecipanti ai trial in Europa, perché lì i meccanismi di controllo, quali ad esempio i comitati etici, non sempre assicurano le medesime garanzie di cui godiamo qui.

- La questione del finanziamento del progetto è complicata, perché si intreccia alla scelta politica e non soltanto

CONTINUA A PAG. 23

LO SCANDALO DEL VACCINO CONTINUA DA PAG. 22

scientifica di assegnare quasi la metà dei fondi pubblici complessivamente destinati alla lotta all'AIDS negli ultimi dieci anni a una ricerca che ha ricevuto critiche a non finire dai più autorevoli scienziati in giro per il mondo ed è quasi del tutto assente dai principali convegni scientifici. A far sorgere ulteriore sconcerto, ai fondi stanziati dal Ministero della Salute, che è il ministero che si occupa istituzionalmente di questo genere di ricerche e le finanzia attraverso un meccanismo di valutazione e di controllo detto di "peer review", in cui scienziati non coinvolti nel progetto giudicano le potenzialità del programma di ricerca, si sono aggiunti più di 20 milioni di euro da parte del Ministero degli Esteri, che li ha sottratti ai fondi per la cooperazione internazionale e li ha destinati alla costruzione di un laboratorio in Sud Africa, per analizzare in loco i risultati dei trial. Il problema è che i fondi per la cooperazione non vengono allocati secondo un meccanismo di "revisione da parte di pari". A tutto ciò si deve aggiungere la considerazione che nessuna multinazionale farmaceutica pare interessata a produrre questo vaccino.

• Il familismo potrebbe sembrare un problema minore, un "semplice" malcostume scientifico. Ma non lo è, perché l'avere il fratello del capo del progetto di ricerca come direttore del laboratorio che deve analizzare i dati raccolti dalla sperimentazione pone una seria ipoteca sull'interpretazione dei dati stessi. E questo è solo uno dei diversi casi in cui, in questa vicenda, controllore e controllato sono la stessa entità e si crea quindi un conflitto di interesse.

A pochi giorni dall'uscita del libro, Barbara Ensoli ha diffuso in Rete delle Considerazioni utili per fare chiarezza, una sintesi delle quali è stata pubblicata in un suo intervento su Repubblica del 27 novembre e che è ad oggi l'unica reazione (semi)ufficiale da parte dell'Istituto Superiore di sanità.

HIVforum.info

HIV e AIDS INFO e aiuto sulla sieropositività: forum aperto a tutti dove si parla di HIV e AIDS, e si discute sui problemi della sieropositività, i farmaci e la ricerca scientifica.

L'opuscolo è pensato per offrire al mondo giovanile un'informazione semplice, chiara e scientificamente corretta e aggiornata.

su www.lila.it l'opuscolo in pdf

Ambulatorio IST
(Infezioni Sessualmente Trasmesse)
Ospedale Amedeo di Savoia
Corso Svizzera 164 TORINO telefono: 011/4393788
Trasporti: tram: 3, 9; bus 59, 60
Giorni : lunedi/martedi/giovedi/venerdi
Orari: 8,30-10,00 - Disponibili 15 posti
Esami al Padiglione RUDIGOZ
Ritiro a libero accesso:
lun/mar/gio/ven 13,00 - 14,30; mer 9,00 - 11,00
Attività infermieristiche (prelievi, terapie post visita)
Non è necessario prenotare; non è necessaria l'impegnativa del medico; su richiesta è garantito l'anonimato; visita senza ticket
Disponibilità di mediatori culturali

Solo nel 2011 l'Istituto Superiore di Sanità ha rilasciato i dati su:
Hiv/Aids in Italia

Per la prima volta, a trent'anni della comparsa dell'Hiv, abbiamo dati certi sulla dimensione dell'epidemia e del suo andamento. Confermata la stima di circa 4mila nuove infezioni l'anno (la cifra data è minore ma sottostimata, come afferma lo stesso ISS), con 5,8 nuovi casi di positività all'Hiv l'anno ogni 100mila residenti (ma in diverse regioni sono oltre 8). L'Italia si conferma un paese a incidenza medio-alta, con tutte le necessità di prevenzione che questo dato comporta. Due sono le criticità che balzano agli occhi: le diagnosi tardive e la modalità di infezione. Entrambe legate direttamente alla qualità dell'informazione e dei servizi rivolti alle persone.

I Late presenters, persone che arrivano alla diagnosi di positività all'Hiv in uno stato di compromissione, inconsapevoli di avere da tempo contratto il virus, sono stati il 54 per cento nel 2010, e il 56,4 per cento nel 2011. Un dato costantemente in aumento, che riguarda tutte le popolazioni (eterosessuali, uomini che hanno rapporti omosessuali, consumatori di droghe per via endovenosa). In Italia la maggioranza delle persone arriva al test Hiv non in seguito a un comportamento a rischio, ma praticamente per caso, o perché si manifestano sintomi di una compromissione già avanzata, o in relazione a controlli medici dovuti ad altri percorsi clinici. Diagnosi tardiva non significa solo "non aver fatto il test". Significa scarsa o errata percezione del rischio, e quindi mancata prevenzione, significa avere informazioni insufficienti su una patologia che può essere evitata semplicemente: con l'uso del preservativo. Ricordiamo che la stragrande maggioranza delle nuove diagnosi di Hiv, che sfiora l'80 per cento, è dovuta a rapporti sessuali, sia omo che etero (rispettivamente 33,2 e 45,6 per cento).

Inquietanti appaiono poi i dati che riguardano i bambini. Le nuove diagnosi da Hiv in cui la causa di infezione è stata la trasmissione verticale, da madre a figlio, sono state 11 nel 2010 e 19 nel 2011, per un totale di 30. Sono state 39 le diagnosi per persone con meno di 15 anni (14 nel 2010 e 25 nel 2011, i figli di stranieri sono 9 in tutto), e ben 15 di queste sono state per bambini con meno di 2 anni. Un dato allarmante e stupefacente, in un Paese in cui il test Hiv dovrebbe essere ormai di routine per chi aspetta un figlio, perché i genitori possano accedere alle opportune terapie e i bimbi nascere sani.

La questione maternità coinvolge ovviamente le donne in prima persona. Ben il 3 per cento del totale delle nuove diagnosi da Hiv accade in gravidanza. Un dato che, ancora, può significare scarsa consapevolezza e prevenzione. Altrettanto si può dire del fatto che oltre il 10 per cento delle donne Late presenters ha avuto la diagnosi in gravidanza.

Certo, il test è importante, ma non è prevenzione. Serve a dignosticare l'Hiv quando l'infezione è già avvenuta! Ci chiediamo quando verrà il giorno in cui l'Italia si impegnerà a tutelare la salute dei suoi cittadini, rivolgendosi a giovani, donne, omosessuali con un linguaggio idoneo e senza pruriti. Quando la prevenzione verrà considerata per quello che è, ovvero accesso a informazioni e preservativi per tutti. Quando parlerà in maniera diretta alle popolazioni più vulnerabili invece di promuovere messaggi e azioni fumosi, per niente mirati, incompleti, paternalisti, ipocriti. Quando affronterà pubblicamente i temi discriminazione e stigma, che colpiscono le persone sieropositive e l'intera popolazione scoraggiando il ricorso a test e prevenzione. Quando, in tempi di spending review, capirà che un'infezione evitata fa risparmiare non solo sofferenze, ma anche denaro. Quando?

Lila - Lega Italiana Lotta all'Aids

SINDACATO NEI POSTI DI LAVORO? STATO DI NECESSITA'

Riprendere la parola, riprendere a lottare

USB Unione Sindacale di Base

Il 2013 è iniziato ma sembra che nulla sia cambiato.
I dati sulla disoccupazione aumentano, come anche quelli sull'inflazione e il numero dei poveri e di coloro che non ce la fanno a curarsi o a pagare il mutuo o l'affitto, mentre diminuiscono le pensioni ed il potere reale dei salari.

Questa è la fotografia di un'Italia dove invece il 10% della popolazione vede aumentare del 15% il proprio reddito. Sicuramente corrisponde quasi del tutto a quel 10% che possiede il 50% della ricchezza del paese.
Quindi il divario tra ricchi e poveri aumenta in modo esponenziale schiacciando verso il basso quella che veniva chiamata la classe media e ciò avviene anche in una fase di crisi come l'attuale. Questo dimostra senza alcun dubbio almeno due cose: che la crisi non morde tutti ma soltanto una parte, la più consistente e debole e che, al contrario, chi è ricco proprio con la crisi vede aumentare ricchezza e reddito.
D'altra parte la ripresa della Borsa di questi ultimi mesi dimostra che chi possiede i mezzi economici e finanziari per investire nei mercati sta vedendo gonfiarsi il proprio portafoglio.

A questa situazione ci si arriva con un Monti rampante ed aggressivo che ha svestito i panni del "tecnico" ed ha assunto la sua vera fisionomia da uomo politico che difende determinati interessi nazionali ed internazionali e che sin dall'inizio del suo governo non ha fatto altro che politica, destrutturando il mondo del lavoro, le pensioni, i diritti ed impoverendo la maggioranza della popolazione spostando enormi risorse verso le banche e quindi verso la finanza e i grandi gruppi economici italiani ed esteri.

La campagna elettorale sarà impostata su chi è più montiano di Monti e non su che cosa serve veramente al paese ed alle fasce di popolazione che più stanno subendo gli effetti della crisi. Tutti (o quasi) accomunati anche dal rispetto dei patti e degli accordi fatti con la Germania e con l'Europa che conta, anche di quel Fiscal Compact che dovrebbe costarci 50 miliardi all'anno per i prossimi 20 anni, oltre ai quasi 100 di interessi sul debito, proprio per abbassare quel debito che non abbiamo determinato noi e che è servito ad alimentare i soliti noti e quella finanza creativa che sta distruggendo le economie di mezzo mondo.

Noi pensiamo invece che è proprio il debito pubblico che non dovrebbe essere pagato e che l'economia dovrebbe ricominciare ad essere reale e non virtuale, che lo Stato dovrebbe riprendersi non soltanto il ruolo di forte controllore, ma anche di soggetto attivo attraverso nazionalizzazioni e assunzione del controllo economico dei settori strategici.

Nonostante la nostra principale preoccupazione sia quella di fare bene sindacato, ci sembra che chi si appresta a governare questo paese sia preoccupato da altro. Siamo certi che gli orientamenti generali non si modificheranno, chiunque sia il vincitore tra le coalizioni che si incentrano sul PD, sul PDL o sul Monti-partito.

E allora continuiamo a fare sindacato ma senza tralasciare gli scenari generali che determinano le condizioni di chi lavora, senza minimizzare gli aspetti sociali che comporta una politica tesa esclusivamente alla difesa del "dio mercato" e dei suoi "sacerdoti".

Per questi motivi il Congresso USB che inizia il suo percorso in questi giorni, che si svilupperà sui posti di lavoro e sui territori nei prossimi mesi e che terminerà con il Congresso nazionale confederale del 7, 8 e 9 giugno 2013, sarà l'ambito nel quale misurare le necessità, le forze e le idee che ci spingono a costruire un sindacato indipendente, conflittuale e di classe: il sindacato che serve ai lavoratori. Il sindacato che non intende abdicare al proprio ruolo come hanno fatto altri sindacati in questi anni, passando dalla concertazione alla collaborazione, dalla relatività al nulla completo del proprio intervento sui posti di lavoro e nei territori, per rinchiudersi nelle stanze del potere, condividere tutto ciò che gli viene proposto per poter continuare a sopravvivere e per alimentare quelle macchine burocratiche ed economiche che sono diventati i sindacati " classici".

Noi non ci stiamo e crediamo che sia giunto il momento per le lavoratrici ed i lavoratori italiani che vedono ridursi salario e diritti, per i disoccupati storici e per quelli che lo sono diventati in questi ultimi anni, per i precari che riescono a fatica a rimanere tali, per i pensionati che per larga parte toccano o superano ormai la soglia di povertà, per i migranti senza diritti e per i giovani senza futuro, di scrollarsi di dosso quel senso di impotenza che sembra pervadere tutto e tutti e ricominciare a prendere parola ed a lottare per migliorare le proprie condizioni e riconquistare i propri diritti.

Referendum sul lavoro in Cassazione un milione di firme Chiedono l'abolizione della riforma dell'articolo 18 e dell'articolo 8

Per tre mesi in ogni città o paesino della penisola, spesso sotto un tempo inclemente, militanti di forze politiche e del sindacato si sono dati da fare per raggiungere il quorum richiesto sui due quesiti: l'abrogazione della controriforma Fornero che di fatto cancella l'articolo 18 dello statuto dei lavoratori e l'altrettanto necessaria abrogazione dell'articolo 8 del testo con cui l'allora ministro Sacconi (dunque, governo Berlusconi) ha smantellato il contratto nazionale collettivo.

Si tratta di referendum fastidiosi, perché rimettono al centro la volontà e i bisogni dei cittadini, soprattutto dei tanti e delle tante che vivono e subiscono la crisi nel proprio posto di lavoro.
Non è bastato che i mezzi di informazione ignorassero immancabilmente tale battaglia, che vincesse la logica del silenzio.

Napolitano ha sciolto le Camere fregandosene totalmente di cancellare in tal modo le firme raccolte da migliaia di donne e uomini che hanno passato giornate intere sotto qualunque condizione atmosferica per raccogliere le firme.
Bastava aspettare qualche giorno, l'anno nuovo, a sciogliere il Parlamento per rispettare il diritto degli italiani a pronunciarsi con un referendum.
La legge prevede infatti che le firme non possano essere depositate nell'anno precedente a quello in cui siano indette elezioni.
Il presidente della Repubblica dovrebbe essere il garante

della Costituzione. Napolitano ancora una volta mostra il suo totale disprezzo verso la democrazia e la legalità; quella vera, non quella fatta da parole lanciate nel vento.

Quindi sui due quesiti per effetto dello scioglimento delle Camere, si rischia di non votare, e il comitato promotore ha gridato "allo scippo".

Per Paolo Ferrero, segretario di Rifondazione Comunista, «*questo è un referendum scippato: un milione di cittadini e cittadine hanno firmato per questi referendum ma non si potrà mai votare. Con un atto seconde me antidemocratico, il Capo dello Stato ha sciolto le Camere prima del 31 dicembre. Se le avesse sciolte all'inizio del nuovo anno, i cittadini sarebbero potuti andare alle urne*».

Ora per permettere lo svolgimento delle consultazioni il Comitato Promotore percorrerà tutte le vie legali possibili, facendo ricordo alla Corte Costituzionale e inoltre appello a tutti i candidati alle elezioni di febbraio perché dimostrino di non avere paura della consultazione democratica, e garantiscano con un decreto la validità delle firme, come già successo in passato.

Referendum sulla controriforma delle pensioni

Anche per i due quesiti contro la micidiale legge Fornero, che cancella il diritto ad una pensione adeguata al costo della vita ed un periodo lavorativo civile per permettere ai lavoratori di andare in pensione, è scatta la trappola della frettolosa fine legislatura decisa dal Presidente Napolitano.
Questa decisione, tutta politica e mirata a disinnescare la volontà di milioni di lavoratori e pensionati, ha reso nulli, gli sforzi della raccolta firme ancora in corso, essendo stati presentati, i due quesiti, dopo quelli su Art. 18 e Art. 8.
Ma anche sulle pensioni la battaglia referendaria riprenderà al più presto.

Produttività
L'accordo che ci rovina la vita

Con l'accordo firmato lo scorso 22 novembre tra Confindustria, Cisl, Uil e Ugl (la Cgil non ha firmato, pur avendo partecipato alle fasi della stesura dell'accordo) si è intervenuti per aumentare la cosiddetta produttività del lavoro. Nelle settimane precedenti giornali e televisioni hanno dato grande spazio alla questione della "produttività" mettendo in evidenza dati statistici che a detta dei media e dei politici, dimostravano come nel nostro paese la produttività del lavoro fosse ferma da circa venti anni.

E' così partito il nuovo mito della produttività, polarizzando l'attenzione di tutti su quello che è stato considerato un problema strutturale del nostro paese, con il governo che si è immediatamente mobilitato per la stesura di un accordo nazionale tra sindacati e Confindustria.

Ma che cos'è la produttività del lavoro? Perché in realtà è un falso mito? Cosa stabilisce questo accordo?

Partiamo dall'ultima domanda. Con l'accordo sulla produttività continua l'attacco al contratto collettivo nazionale. Secondo il testo dell'accordo il contratto collettivo nazionale dovrà "contenere una chiara delega al secondo livello di contrattazione della materia e delle modalità che possono incidere positivamente sulla crescita della produttività, quali gli istituti contrattuali che disciplinano la prestazione lavorativa, gli orari e l'organizzazione del lavoro."

In questi casi in sostanza il contratto aziendale potrà delegare al contratto nazionale e anche alla normativa vigente, compresa la possibilità di demansionamento (attribuzione di una mansione inferiore, e quindi di un salario inferiore) fino ad ora non prevista nel nostro ordinamento. L'aumento dei salari, ipotetico, dovrà essere legato agli incrementi della produttività.

Alcune espressioni utilizzate dall'accordo possono servire ulteriormente a chiarirne il senso. Tra le cause della ridefinizione dei sistemi di orari viene individuata "la fluttuazione dei mercati" e, tra gli obiettivi dell'accordo, quello di "rappresentare un'alternativa a processi di delocaliz-zazione", viene da aggiungere importando in Italia le condizioni di lavoro dei paesi con minori tutele e diritti dei lavoratori.

(....)

Scrive l'Istat: "tra il 1993 e il 2011 le retribuzioni contrattuali mostrano, in termini reali, una variazione nulla." Incrociando i due dati (ci perdonerete per la non perfetta coincidenza dei dati, l'uno riferito al '92 come inizio, l'altro al '93, ma ci sembra trascurabile…) si evidenzia come i lavoratori in cambio di un generale aumento della produttività del 20% non abbiano ricevuto assolutamente nulla in termini di aumenti salariali reali (al netto cioè dell'inflazione).

Salari e produttività sono inoltre legati per un'altra motivazione. In Italia c'è una grande disponibilità di forza lavoro a basso costo, che lavora mediamente di più che negli altri paesi europei (basta incrociare i dati dell'area euro su ore lavorate e retribuzioni, nel primo caso nettamente superiori, nel secondo inferiori) a fronte di una evidente stagnazione della domanda. (....)

Con questo accordo dunque si pongono le basi per una riduzione dei salari attraverso lo strumento della contrattazione di secondo livello, che diminuisce la forza contrattuale dei lavoratori, che d'ora in avanti dovranno trattare impresa per impresa le loro condizioni.

In definitiva altro non è che l'applicazione del modello Marchionne in tutta Italia.

Possiamo azzardare come anticipazione, vedendo gli esiti prodotti dalla FIAT in questi mesi, che questo accordo produrrà gli stessi effetti.

Alessandro Mustillo

PAGINA DI IN/FORMAZIONE SINDACALE

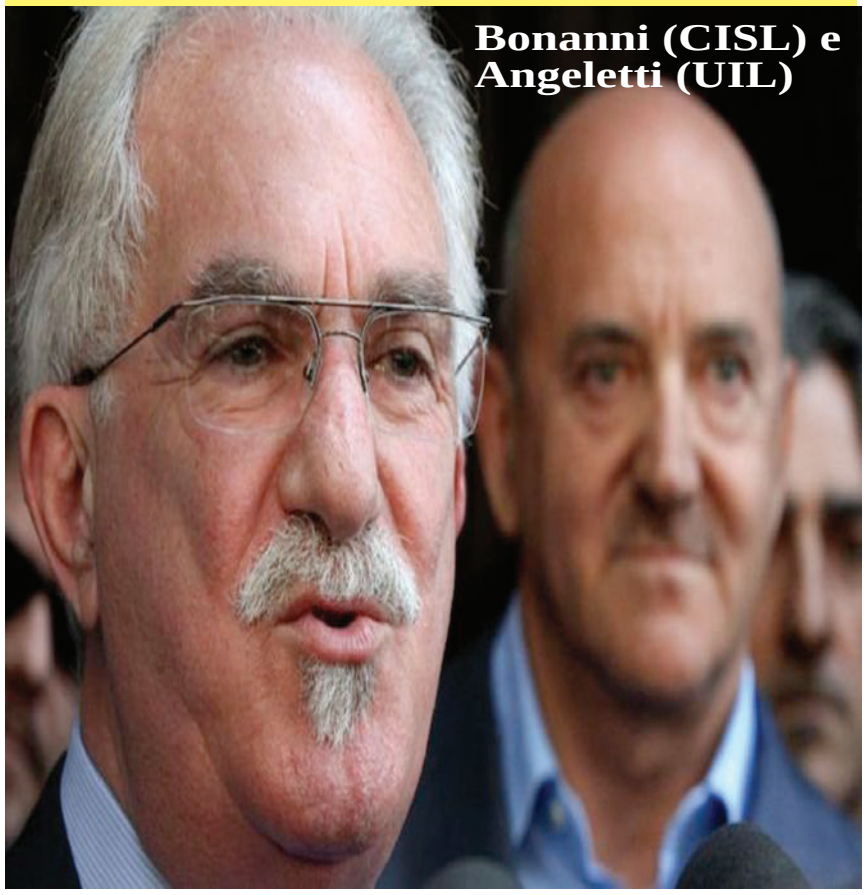
L'accordo di Cisl e Uil col governo Monti non è conosciuto da quasi tutti i RSU, pubblici e privati, nonostante che la firma apposta dai loro dirigenti ha cambiato definitivamente la loro natura di sindacalisti sui luoghi di lavoro. Da oggi il compito loro assegnato è solo quello di raccoglitori di tessere, liberi solo di pensare alle piccole beghe nella propria azienda, verso la quale non hanno più nessuna voce in capitolo ma la potranno sostituire con un sommesso vociare per raccogliere briciole a favore di una limitata porzione di tesserate/i .

Comunque, questo snaturamento tanti sindacalisti l'hanno introiettato già da anni e quindi non sentono nessun moto d'indignazione nei confronti dei loro dirigenti di sigla. Forse alcuni ne sono anche compiaciuti perchè facilita la loro complementarietà con i voleri delle amministrazioni.

Questa misera deriva sta sfiorando buona parte dei sindacalisti della Cgil, a sua volta complice silente verso il governo Monti e complice attivo con la firma dall'accordo del 28 giugno 2011 con il governo Berlusconi, che ha aperto la via a questo disastro, sociale, sindacale e politico. Un silenzio e una effettiva complicità che nel prossimo futuro rischia di diventare tombale per il mondo del lavoro.

Con queste due pagine d'informazione e considerazioni sull'accordo crediamo di fare un servizio utile anche per quei sindacalisti ignari, a loro insaputa.

Redazione



Bonanni (CISL) e Angeletti (UIL)

Lettera aperta a Susanna Camusso

Tesserate/i alla CGIL nella redazione di Lavoro e Salute

Cara Susanna,

un comico attacca l'esistenza del sindacato, pur da diversi punti di vista e di azione nella CGIL, forse è ora di rispondere con i fatti a segnali molto più pericolosi degli organici attacchi degli industriali, dei governi o di singoli ministri; molto più pericolosi perchè pescano nel sentire comune di milioni di italiani, o peggio ancora, nel torbido dei luoghi comuni che si trasformano in verità quando diventano l'intercalare, la frase fatta, in qualsiasi discussione di merito sul sindacato.

Con tutta franchezza, dobbiamo anche dirci che l'aver assistito senza lottare all'annullamento di decenni di conquiste del lavoro e sociali da parte del governo Monti/Fornero, per non disturbare il PD, a favore del quale ora stai schierando nella campagna elettorale tutta la Cgil senza aver verificato il consenso della maggioranza degli iscritti e dei delegati.

Questa scelta, imposta a non discussa nel nostro sindacato, ha cibato nuovi tribuni con tendenze populiste di vecchia e recente memoria.

Snaturare il sindacato, sull'esempio di Cisl e Uil, rimodellandolo come succursale di un partito e di un'allenza di governo, è una strada che porta alla fine del sindacalismo, come vorrebbero i poteri economici.

Non credi sia arrivata l'ora di far riemergere nel sindacato la natura etica e contrattuale?

Ad esempio, prima che lo facciano d'imperio, proponi tu la fine del tesseramento automatico al sindacato, sostitundolo con un più accettabile rinnovo biennale.

Per rispetto della reale volontà dei lavoratori, per ripercorrere strade di sindacalizzazione e per far crescere un vero impegno in sindacalisti motivati.

Per dire che è finita l'era della virale commistione politica/sindacato/aziende.

Te la senti?

Rifletti, non c'è più tempo da perdere!

Susanna Camusso
Segretaria generale della CGIL

Brevi

Migranti
Norme per l'assistenza sanitaria a cittadini stranieri e comunitari.

La Conferenza Stato-Regioni, nella sessione del 20 dicembre scorso, ha ratificato l'accordo per l'applicazione delle norme in materia di assistenza sanitaria a cittadini stranieri e comunitari.
A darne notizia è stata la Società italiana di medicina delle migrazioni (Simm) informando che il documento approvato (Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome italiane).
Ricordando che non si tratta di una nuova legge ma del livello interpretativo delle norme esistenti, la Simm in una nota ne individua le principali novità:

> iscrizione obbligatoria al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno;
> iscrizione obbligatoria al SSN dei regolarizzandi;
> iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo pds per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN;
> iscrizione volontaria al SSR per gli over 65enni con tariffe attuali;
> garanzia agli STP delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti;
> rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure;
> definizione del codice di esenzione X01 per gli STP;
> iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani;
> iscrizione volontaria per i comunitari residenti;
> iscrizione volontaria per studenti comunitari con il solo domicilio;
> equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice STP al codice ENI;
> proposta di estensione del tesserino/codice ENI nelle regioni/province che non lo hanno ancora previsto.

Fonte: www.immigrazioneoggi.it

IDRAULICA
STAGLIANO'
mestiere
e onestà
preventivi gratuiti
interventi celeri
Telefono 327.6546432

inserzione concessa gratuitamente

vaticano
PRIVILEGI ANNUI

SEIMILATRECENTOVENTICINQUEMILIONI e 432 MILA EURO (€ 6.325.431.752)

Inchiesta UAAR sui fondi pubblici e le esenzioni di cui gode la Chiesa cattolica
Nessuno è al corrente dell'entità dei fondi pubblici e delle esenzioni di cui, annualmente, beneficia la Chiesa cattolica nelle sue articolazioni (Santa Sede, CEI, ordini e movimenti religiosi, associazionismo, eccetera). Non la rendono nota né la Conferenza Episcopale Italiana, né lo Stato.
Ciononostante, abbiamo ritenuto che fosse possibile, con ragionevole approssimazione, cercare di quantificare la cifra.
Ricordiamo che il bilancio dell'UAAR è pubblicato online.

www.icostidellachiesa.it

L'allarme di "Save the Children"
Italia, il paese che soffoca le generazioni e uccide il futuro

Neonati italiani "ipotecati" con una quota di debito pubblico pari a 3,5 milioni a testa (il più alto 'Europa), 18 giovani su 100 "dispersi" e fermi alla terza media, con punte di 25 su 100 in Sicilia e Sardegna, 5 minori su 100 a cultura zero. E ancora, 15 minori su 100 vivono in territori altamente inquinati e 7 su 100 in territori con contaminazioni mafiose. E saranno appena 15 su 100 gli under 18 nel 2030, mentre nel 2050 gli ultraottantenni saranno quanti i bambini da 0 a 2 anni.
Un quadro desolante che non lascia speranze, e punta il dito contro chi continua a pensare che l'austerità sia l'unica via d'uscita dalla cosiddetta crisi.
Quella che emerge dai dati è la storia di bambini sempre più fragili e poveri di futuro, esposti a sfide sempre più difficili.
A questi numeri si somma la povertà che cresce anziché arretrare fra la popolazione under 18: 7 minori ogni 100 in Italia, pari a 720.000, vivono in povertà assoluta, cioè privi di beni e servizi che assicurino loro un livello di vita accettabile.

Brevi

Amianto
Se l'operaio non è tutelato può astenersi dal lavoro

Una sentenza della Cassazione che certamente farà discutere, sebbene arrivi a ben 24 anni di distanza dal fatto: se il datore di lavoro non adotta tutte le cautele previste dalla legge, il lavoratore può astenersi dallo svolgere quelle mansioni potenzialmente pericolose e nocive per la salute, anche dopo aver timbrato il cartellino.Il caso nasce nel 1989, quando i dipendenti di una ditta incaricata di rimuovere l'amianto da alcuni vagoni ferroviari, visto che le ripetute richieste al datore di lavoro di mettere in sicurezza l'ambiente di lavoro erano state più o meno disattese, avevano deciso di incrociare le braccia, timbrando comunque il cartellino.

Salute
Microvita per misurare quanti minuti di vita perdi con le cattive abitudini

Le sigarette, i cibi grassi, la sedenta-rietà e l'eccesso di alcolici ci accorciano la vita. Ma di quanto? Trenta minuti di vita al giorno, stando ad un nuovo metodo di calcolo - i microvita - messo a punto da una ricerca britannica condotta da David Spiegelhalter, docente di Biostatistica alla Università di Cambridge.
L'esperto ha stimato che ogni due sigarette fumate si perdono circa 30 minuti di vita, cinque chili di sovrappeso fanno perdere altri 30 minuti (secondo le parole dello studioso questo lasso temporale rappresenta una "microvita"), un bicchiere di bevanda alcolica in più al giorno (rispetto all'unico bicchiere raccomandato) si perde un'altra microvita, due ore di televisione al giorno rappresentano un'altra microvita persa e la vita si accorcia di altri 30 minuti se si mangia un hamburger!
Per guadagnare microvite in fondo basta tornare alle nostre origini e alla dieta mediterranea, ricca di frutta, verdura, cereali e cibi freschi, per renderci conto che è davvero semplice restare in salute e vivere più a lungo.

inserzione concessa gratuitamente

officina
AURORA
l'autosicurezza
via Principe Tommaso 12 Torino 011.658080

Nuovo ctc
Vendita pneumatici autoveicoli motoveicoli
convenzioni con noleggi a breve e renting
Tagliandi in sede
via Monte Novegno, 13 - 10137 Torino
Tel./Fax 011.3119829
Partita IVA 05608760012
e-mail: info@nuovoctc.com
web: www.nuovoctc.com

inserzione concessa gratuitamente

consigli in libreria

I misteri della crisi svelati "in parole povere"

Vi dicono che la crisi «è il problema del debito pubblico»
Falso. Vi dicono che «facendo i tagli si esce dalla crisi»? Falso.
Vi dicono che «riducendo salari e diritti si esce dalla crisi»? Falso.
Tutto quello che vorreste sapere sulla crisi e nessuno vi ha mai detto, qui lo trovate.

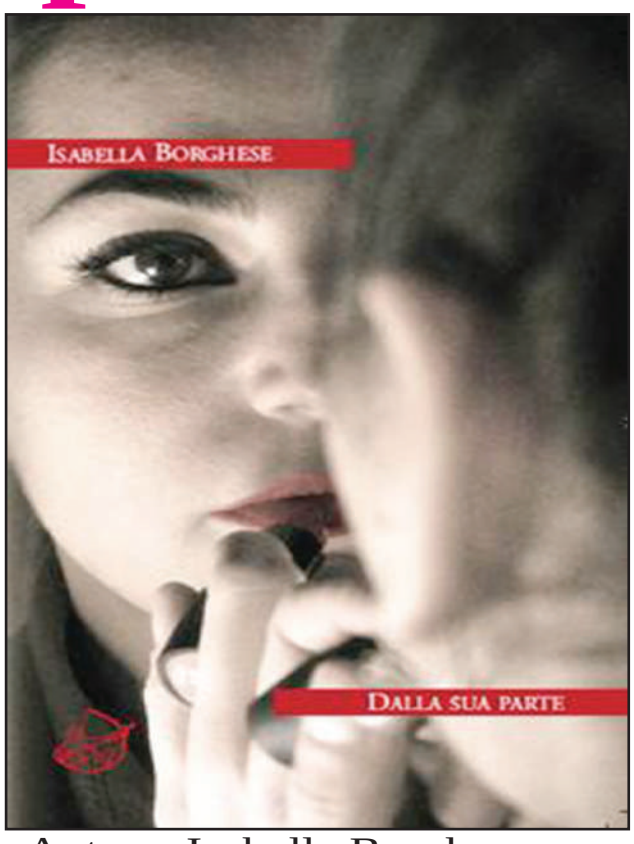
di **Paolo Ferrero**

Lorsignori hanno ristrutturato la città con due sole alternative:
il debito e il cemento.
Parliamo di chi decide le sorti della città?

di **Maurizio Pagliassotti**

Dalla sua parte

Il nuovo libro di ***Isabella Borghese***

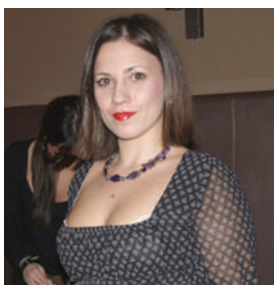


Autore: Isabella Borghese
Titolo: Dalla sua parte
Collana: Echos
Anno di pubblicazione: 2013
Pagine: 192 Prezzo: 15 euro

Francesca, romana, proprietaria di una bottega dove lavora creando quadri e gioielli, è la protagonista del libro. La sua vita è segnata dalla malattia del padre, affetto da depressione bipolare, che influisce nel percorso di crescita della protagonista, e si trova costretta ad andare via di casa. I rapporti conflittuali con entrambi i genitori si riversano sulla sua vita sentimentale; infatti frequenta Paolo, ma nonostante sia attratta da lui e inizi a provare dei sentimenti, non riesce ad esternarli e si lascia ammaliare da Gemma, amica di Paolo. Francesca si ritrova così tra due relazioni, l'ultima delle quali segreta. Entrambe le storie sentimentali all'interno del romanzo diventano un pretesto per narrare le difficoltà e le paure che Francesca ha nei confronti dell'amore, da cui tenta di scappare continuamente anche per la paura di ammalarsi come il padre, e la consapevolezza quindi - in tal caso- di non voler coinvolgere e far soffrire nessuno. Un incidente la porta a riflettere sui suoi affetti, in particolare la porta a risolvere i rapporti con i genitori, riesce a perdonare il padre e la madre e a dare una possibilità al suo rapporto con Paolo.

Il padre bipolare, soffre anche di alcolismo. Francesca, insieme ai suoi fratelli Tommaso ed Elena, la sorellina più piccola, ha visto il padre entrare ed uscire da cliniche ed ospedali. La madre, Lina sempre vicina al marito, non ha saputo proteggere i figli da questa situazione, Francesca, infatti, la rimprovera di non esserle stata vicina.

La storia è ambientata a Roma e si sviluppa in due giornate particolari, quelle del 24 e del 25 dicembre. Durante il pranzo di Natale, nella casa di famiglia, emerge il rapporto tra madre e figlia, in cucina, mentre sono prese dalla preparazione del pranzo, si raccontano e si avvicinano. Ed emerge così il trascorso della malattia del padre, e dunque le reazioni di Francesca a questa sindrome depressiva, il suo crescere e mutare di conseguenza. La sua rabbia verso il padre, la sua sofferenza, le sue paure.
Proprio il 25 dicembre, Francesca, lei che è sempre stata incapace di vivere la malattia del padre, che ha sempre cercato la via di fuga, per la prima volta gli resta accanto e decide di sostenerlo. Sempre il 25 dicembre Francesca ristabilisce un rapporto anche con la madre e ricostruisce con lei la complicità tipica dei rapporti madre-figlia.
L'autrice riesce a narrare tutta la storia, in maniera molto delicata e incalzante, nonostante alla base ci sia il rapporto con una patologia così difficile da affrontare e accettare. È proprio nelle ultime pagine che emerge la speranza di Francesca, la sua tenacia e la sua forza, che le permettono di perdonare e di superare questo conflitto, che l'ha sempre portata a proteggersi per paura di ferire ed essere ferita. Un finale liberatorio, che sa emozionare il lettore e restituisce la giusta distanza tra sentimenti ed azioni, in un libro mai scontato che non fa del suo essere intimista un orpello narrativo, ma crea una dimensione narrativa molto forte.



***Isabella Borghese** è nata a Roma dove lavora come giornalista e ufficio stampa. Collabora con Controlacrisi.org, dove è responsabile della rubrica Libri & Conflitti.*
È autrice di "Minimal hotel" (18:30 edizioni), "Minimal autogrill" (18:30 edizioni), "Sovvertire il diluvio" (18:30 edizioni) e del reportage "Da ex fabbrica occupata a "città" multietnica. Ideatrice del progetto stilish editoriale" Livres & Bijoux (2009).

Il dentista sociale a Torino

QUALITÀ E GIUSTO PREZZO

> 50% in meno
dei prezzi di mercato
> 30-40% in meno
delle tariffe pubbliche

VISITA E PREVENTIVO COMPLETAMENTE GRATUITI

telefoni:
333.3391309
339.6735043

Parte da Montecatini Terme e approda a Nichelino Vincenzo Ortolani, dentista con specializzazione in odontostomatologia, odontoiatra e protesi dentaria, e il circolo di Rifondazione Comunista organizza in città appuntamenti per cure a prezzi calmierati.

" Per l'odontoiatria si spendono molti soldi che non sempre pagano la qualità delle prestazioni. Siamo in grado di dare prestazioni di qualità in tempi ragionevoli e a prezzi che oggi si possono definire incredibili? Di fronte a questa domanda ho deciso di rimboccarmi le maniche e dimostrare che è possibile. Ad un anno e mezzo dall'inizio ho curato centinaia di pazienti, con attesa zero e a un prezzo inferiore a quella della sanità pubblica.
Lavoro sul listino prezzi di un ospedale pubblico genovese aggiornato al 2002, verso tutte le tasse dovute, pago le bollette e i dipendenti, la segretaria e l'odontotecnico fisso in studio. Il mio è il secondo studio di Pistoia come fatturato e questo dimostra che, anche se è vero che tutto questo è nato nell'ambito del partito sociale, non faccio beneficenza col mio lavoro.
Ho investito in tecnologia, puntando su moderni sistemi computerizzati e laser, senza rinunciare alla qualità."

una tazzina nutriente *gusto, qualità, solidarietà*

cafè REBELDE

10 kg 116,16 Euro
spese spedizione incluse
026707414 - 3202160435
www.yabasta.it
info@caffezapatista.it

inserzione concessa gratuitamente

www.diario-prevenzione.it

cronache online di sicurezza sul lavoro

Inizia il nostro 29° anno di giornalismo nel lavoro per la sanità pubblica

Racconti e Opinioni
lavoroesalute

Anno XXVIII - Periodico fondato e diretto da *Franco Cilenti*
Distribuito gratuitamente.
Finanziato dai promotori e dai lettori con contributo facoltativo

Redazione: *info@lavoroesalute.org*

Suppl. rivista Medicina Democratica Autoriz. Tribunale Milano n° 23-19/1/77 Registro nazionale stampa (Legge 58/81 n° 416, art. 11) 30/10/1985 Dir. Resp: *F. Aurora*

Impaginazione di *Mac Rizzo*
Vignetta (cile) di *F. Cilenti*
Vignette: *tubal@sporcomondo.it*

Il materiale originale è riproducibile citando testata, data e autore.
Posta: Firma e telefono. La firma non verrà pubblicata su richiesta.

Numero chiuso 28-1-2013
Suppl.a M. D. - n° 200
Stampa: Grafica Nuova via Somalia 108/32 Torino Copie stampate: 5000
numero pubblicato in pdf su web

Tariffe inserzioni pubblicitarie scrivere alla redazione

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

Scritto da
1425 *autori*
- 1082 operatori sanità
- 132 sindacalisti
- 39 esponenti politici
- 168 altri

Stampate
691mila *copie*
- 486mila ospedali e ambul.
- 132mila luoghi vari
- 72mila copie distrib. naz.

ELEZIONI POLITICHE

24/25 febbraio 2013

Lavoro e Salute

invita a votare

la ricostruzione della civiltà del lavoro

e del Servizio Sanitario Pubblico