Racconti e Opinioni
lavoroesalute
www.lavoroesalute.org

Anno 28 * n. 4 * settembre 2012 * Periodico diretto da *franco cilenti*
Pubblicazione finanziata da promotori e lettori

a pagina 8
spending review
Il colpo alla nuca del Pubblico
28 settembre
sciopero nazionale

Periodico dell'associazione onlus "Medicina Democratica" Dir. resp. fulvio aurora * Edizione del Piemonte

i 6 bisturi di Cota

Gli amministratori delle "Federazioni sovrazonali" chiedono agli operatori e ai cittadini di anestetizzarsi, e senza consenso informato!

In una dettagliata inchiesta cerchiamo di fare luce su questi oscuri organismi di gestione delle aziende sanitarie

DOSSIER *da pag. 15 a pag. 22*

- **Piano sanitario senza le persone in carne e ossa**
- *Ignorate le persone non autosufficienti*
- **Fuori dal vissuto degli operatori e dei pazienti**

Eleonora Artesio pagine 4, 5, 6

nel prossimo numero **lettera aperta**
Noi che la sanità piemontese la facciamo

2 **Ma che abbiamo fatto di male?**
9 Lettera: gli sperperi nella sanità
10 **Straordinari: patologia obbligata?**
11 infezioni ospedaliere in aumento
12 **Appello "c'è bisogno d'infermieri"**
14 Infermiere: mestiere cancellato
23 **Morti lavoro: Piemonte in testa**
25 Avviso: occhio ai falsi corsi OSS
26 **Professioni sanitarie e stalking**
29 Donne: la felicità è in farmacia?
30 **Ma i ginecologi perchè obiettano?**
32 Perchè le persone si suicidano?
33 **Fassino ha svenduto i nostri Beni**
--- *e altro ancora*

Firma i Referendum su art.18 e contratto

A ottobre inizia la raccolta firme

a pagina 36

I misteri della crisi svelati "in parole povere"

in libreria

Recensione a pag. 35

DENTISTA SOCIALE a Torino
VISITA E PREVENTIVO GRATUITI
Meno 50% dei prezzi di mercato. Meno 30-40% delle tariffe pubbliche
333.3391309 * 339.67350 *altre informazioni a pag. 35*

café rebelde informa a pag. 14

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

Ma che abbiamo fatto di male? Il silenzio complice

Ecco la domanda "Cosa abbiamo fatto di male per meritarci tutto questo?"che alcuni si fanno ma che tutti, lavoratori e non, dovrebbero farsi e darsi una risposta.
Per tentare una risposta sensata si dovrebbe fare lo sforzo di superare la massa melmosa del vivacchiare quotidiano, quella che c'impregna di qualunquismo, giustificato dal principio del "quieto vivere" e che ci fa assistere in silenzio, al massimo qualche mugugno, all'opera di soggetti privi di freni morali, di ogni dignità dimostrabile e non solo vantata.

Questi sono pochi e sono complici (come possiamo definire l'opera a discapito di altri?) del marcio alla luce del sole per una supposta necessità economica superiore a quella di molti; la loro opera professionale e sociale (familiare e relazionale) è lasciva per non creare un'immagine nitida di sé per non consentire la lettura, e la condanna dei loro atti individuali e collettivi di gruppi, esecutori di ordini gerarchici.
Uomini e donne, soggetti, definibili tali per ovvietà, si nutrono della complessità del sistema organizzativo e relazionale senza per questo domandarsi sulla qualità del loro operare e sull'immobilismo dell'efficacia.

Un quadro ben pennellato me l'ha offerto uno stralcio di un saggio letto recentemente "I principi e le virtù sono persi nella nebbia della leggerezza insostenibile dei tempi mentre simili esseri sono occupati perennemente ad angosciare e frenare ogni spinta della volontà per mantenere questo stato di malattia profonda che mano a mano divora le risorse e gli spiriti. L'imperativo è il vizio in ogni sua forma. Non fare e fare in modo che non si faccia a meno di un tornaconto programmato."
Con questi cultori dell'arrangiarsi quotidiano, spesso a discapito di chi sta attorno, il vertice gongola e si promuove come governo del quotidiano lavorativo e istituzionale, si proroga come nobiltà politica sulle convivenze di induttori del verbo acritico, e l'induzione diventa vera propaganda alla massa sottoposta.

Una recente conferma si è avuta con le visite nelle asl piemontesi dell'assessore Monferino per spiegare il suo inspiegabile Piano Sanitario regionale. Non ero presente, ovviamente, ma dai racconti e dagli aneddoti le soggettività silenti hanno fatto il loro dovere di uditori acritici.

A conferma che questa moltitudine (sono tanti a confermare che in rapporto alle reali esigenze ci sono più generali che soldati) di persone d'interessi contribuiscono, spesso inconsapevolmente (un aggravio di colpa più che una giustificazione) a creare un ambiente lavorativo malsano e inefficace nell'opera alla quale si è chiamati per compiti sociali e contrattuali.
Ed è in quest'ambiente malsano che vivono e vegetano clientele (strumento principe per coprire disagi e proteste), soprusi, ruberie e mal utilizzo del denaro pubblico. Possiamo declinare tutto ciò come complicità del sistema nel quale operiamo? Credo di sì.

La retorica diffusa, in molte persone con le quali

CONTINUA A PAG. 3

IL SILENZIO COMPLICE CONTINUA DA PAG. 2

lavoriamo gomito a gomito e moltissime altre ancora, ci fa presente che "questa è la classe politica che ci rappresenta" ma guai a far presente che ne siamo tutti coinvolti se non si ricercano le cause per capire se questa rappresentanza è anche figlia della rassegnazione e della ricerca della soluzione individuale e quindi si è degnamente rappresentati.
Questa retorica sulla bocca di tanti è ben accetta dai poteri perché è la giustificazione al mal operare degli esecutori sui luoghi di lavoro e alle malefatte politiche dei governanti.
Ma diventa anche la prova d'impotenza di fronte a tante malefatte nella sanità, dove, ad esempio, un appalto diventa facilmente un business e diverse bisce, anche di quelle che dovrebbero controllarne la bontà, bagnano la coda, ma tutto resta nell'anonimato e meschinamente non se ne parla anche quando riguarda inchieste sui nostri responsabili aziendali.

***Q**uesta retorica la si è fatta valere anche nei confronti del sindacato, un luogo da noi non lontano come lo sono il governo nazionale o il palazzo della Regione Piemonte. Si è contribuito maldestramente alla snaturazione dei compiti dei sindacati (anche tenendo conto delle loro diverse differenze di pensiero e di comportamento) con il silenzio sui fatti deplorevoli di molti sindacalisti nostri colleghi, anzi li si è premiati con la tessera o il voto. Se oggi il sindacato è sostenitore di tante nefandezze sociali, è anche "merito" di tanti dipendenti.*
Allora, il silenzio della rassegnazione è o no complicità? Credo di sì.

***E**cco cosa si è fatto di male, e si continua a fare, per meritare tutto questo! Il problema è che la complicità di tanti la paghiamo tutti!*
La complicità su tanti comportamenti attivi e passivi la si copre troppo facilmente con la viltà del nascondersi dietro l'indignazione verso la Casta politica; è ad altri, uomini che si presentano come diversi, puliti e d'immagine forte: diciotto anni fa Berlusconi e Bossi, oggi Grillo, che si delega quel "fare" un qualsiasi stravolgimento delle cose per conto nostro.
Così come molti delegano al PD la speranza di aggiustare un presente del quale è esplicito fautore, vedi sostegno ai crimini sociali del governo illegale (non votato dal popolo italiano) Monti/Fornero.

***N**on sarebbe ora che si cominciasse a distinguere ogni giorno, anche col prossimo voto, chi si pone realmente l'obiettivo della trasformazione delle brutali cose presenti?*
Per riprendere a camminare a testa alta, pretendere i naturali diritti di vita vivibile.
Come un capace e onesto imprenditore investe di suo per lo sviluppo della propria azienda, salvaguardando tutta la comunità dipendente, così noi tutti: lavoratori, disoccupati, pensionati dovremmo saper investire in modo mirato il nostro capitale, quel voto che vogliono rendere inutile con un'altra porcata di legge elettorale, per ricostruire una vita dignitosa. Per noi e i nostri figli.

***N**oi comunisti nelle prossime elezioni ci saremo, in alleanza con altri partiti e movimenti che sono fuori dalle malefatte di Monti e dei partiti che lo sostengono: PD, PdL, UdC. In Europa avanza forte la sinistra del popolo, manca solo l'Italia.*

loro e noi
pensieri, parole ed opere

Due intere pagine per dirci "*Pensate a quello che avete fatto finora e vi darete le risposte*"
E chi trova più un momento per leggere.
Berlusconi e Monti ci hanno tagliato anche il tempo per i bisogni fisiologici

Ogni giorno sul blog
http://blog.libero.it/lavoroesalute
Lavoro, Salute, Politica, Cultura, Relazioni sociali

Eleonora Artesio
Consigliera regionale
Assessora alla sanità nella Giunta Bresso

Cota&Monferino

SENZA LE PERSONE IN CARNE E OSSA

In ogni dichiarazione del Governatore Cota in questi due anni si sottolineava il fatto che il costo della sanità investe l'80% del bilancio regionale, come fosse un difetto o una colpa. Quelle risorse sono il trasferimento del fondo sanitario nazionale sulla base della popolazione e del livello d'invecchiamento, ottenute dopo non poche battaglie con le altre regioni che, invece, denunciavano la sottostima rispetto, ad esempio, agli indici di povertà del sud. **Non è chiaro perché Cota se ne lamentasse, ma ora Monti lo ha accontentato e il "nostro" urla contro i tagli selvaggi.**
Giusto, peccato abbia cominciato la Regione Piemonte a tagliare selvaggiamente, a partire dalla riduzione del personale sanitario.

L'ultimo esempio: il decreto del governo riduce il rapporto posti letto/abitanti, ma Cota non aspetta la spending review e delibera esattamente nella stessa misura pensata da Monti il taglio dei posti letto, salvo dichiarare il giorno dopo che così si eliminano i servizi. Che sia Monti o che sia Cota, i piemontesi stanno subendo un ridimensionamento preoccupante delle risposte ai loro bisogni di salute.

Del resto il nuovo piano socio-sanitario:

1) non si fonda sulle esigenze di salute dei cittadini, ma su un unico principio cioè il contenimento dei costi;

2) presenta gli interventi come innovativi (ad esempio le federazioni sanitarie), ma crea semplicemente nuovi livelli di governo con relativi costi di amministratori unici (circa 200mila euro l'anno a persona);

3) non riorienta le risorse recuperate dai "risparmi" sanitari sull'assistenza e sul socio-sanitario. Un dato su tutti: al 31 dicembre dell'anno scorso c'erano 13.505 anziani non autosufficienti in attesa di un ricovero in una struttura residenziale. **Alla stessa data si potevano contare 17.046 persone che aspettano un servizio di assistenza domiciliare L'attenzione alle fasce deboli è quindi nei fatti sconfessata**.

4) propone gli ospedali in rete (concetto non nuovo nella pratica clinica), ma per ora annuncia solo i buchi nella rete, cioè la chiusura di presidi ospedalieri (ad esempio il Valdese) senza la dimostrazione concreta di quali alternative verranno offerte in termini di accessibilità e di prestazioni ai cittadini che vi facevano ricorso.

Su molti temi il piano ignora le esperienze precedenti.
Emblematico è il caso della medicina di famiglia: nulla viene detto rispetto alla medicina in associazione (medici in gruppo che garantiscono un prolungamento di orario degli studi), se non un annuncio sulla costituzione di una nuova struttura CAP - Centri di Assistenza Primaria - i cui compiti non è dato sapere. E neppure si sa quanti se ne inaugureranno nel breve periodo e se questi effettivamente rappresenteranno un'alternativa credibile al pronto soccorso.

Sull'impianto complessivo aleggia un atteggiamento autoritario: si suppone che la classificazione degli ospedali modificherà i comportamenti degli utenti e dei professionisti, senza dimostrare loro le migliori garanzie di questa organizzazione; le amministrazioni locali sono state trattate come i sindaci del campanile; i professionisti dichiarati soggetti in esubero (oltre 1.500 contratti non rinnovati tra medici, infermieri e tecnici) e interessati solo alle proprie posizioni economiche o di prestigio; i cittadini come persone da convincere rispetto alle decisioni regionali.

La "prima grande riforma che si fa in Regione Piemonte" (parole di Cota) preoccupa per le omissioni di contenuto e per la gestione complessiva: le federazioni sanitarie altro non sono che holding funzionali alla cultura aziendalistica privata.
Questa visione della sanità prefigura più la succursale di qualche impresa che non l'esercizio dell'interesse pubblico per la salute dei cittadini.

I loro obiettivi economici finanziari

La disponibilità per il riparto ammonta a euro 8.028.486.941,00.

In merito ai criteri di riparto si osserva che: all'attività ospedaliera viene attribuito un budget di produzione pari alla produzione 2011 escludendo ogni remunerazione per eventuali produzioni eccedenti in merito alle attività di emergenza/urgenza per le quali vale un finanziamento integrativo comprensibilmente a scalare dal Dea di II livello fino al punto di primo intervento 12 ore. Per gli ospedali da riconvertire secondo il PSSR ancorché già sede di punto di primo intervento o ancora sede di punto di primo intervento (Avigliana per il primo caso, Lanzo per il secondo, ad esempio) non viene assegnato alcun finanziamento integrativo: il programmato rafforzamento della rete di emergenza territoriale nonché la funzione preventiva e integrativa dei CAP (Centri di assistenza primaria) dovrebbe quindi avvenire a costo zero.

Per quanto concerne l'assistenza medica specialistica in convenzione è previsto il contenimento del costo nei limiti dell'anno 2009: ci si chiede come l'annunciata lotta alle liste d'attesa possa essere perseguita.

LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IGNORATE DALLA RIFORMA SANITARIA

L'indirizzo di ogni riforma nazionale, e quelle regionali non sono da meno, è di garantire l'assistenza sanitaria territoriale, a partire dalla prevalenza delle malattie croniche e dell'invecchiamento della popolazione: ognuno comprende come sia favorevole per l'umanizzazione delle cure avere una continuità dei percorsi terapeutici presso la sanità territoriale, dal medico di medicina generale agli ambulatori, alle cure domiciliari, anziché ricorrere magari in emergenza alle strutture ospedaliere (con l'aggravarsi, ad esempio, delle code nei pronto soccorso).

Per garantire questa continuità occorrono non solo delle intenzioni, ma delle scelte organizzative ed economiche. Anche la riforma sanitaria di Cota e Monferino racconta di potenziamento dell'assistenza territoriale a partire dal nuovo acronimo CAP, Centri di Assistenza Primaria. Sembra però che abbia soltanto cambiato il nome perché **tra i primi atti dell'amministrazione di centro-destra brilla la soppressione della sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie dei medici di famiglia in associazione**, volti a offrire un prolungamento di orario degli studi medici e un decentramento presso gli stessi di alcune prestazioni specialistiche come i prelievi e la cardiologia. In alternativa a oggi solo la delibera che istituisce i CAP, di cui non si capisce la concreta attuazione, stante le perplessità dichiarate dall'organizzazione sindacale di rappresentanza dei medici di medicina generale rispetto all'assenza di accordi con la Regione Piemonte per la traduzione operativa di questo organizzazione.

Mentre i pazienti attendono che la carta delle delibere si trasformi in servizi accessibili, **si chiudono alcuni servizi ospedalieri esistenti e si congelano le risorse per l'assistenza socio-sanitaria** proprio a quelle persone che in condizione di cronicità e di non autosufficienza dovrebbero beneficiare della lungo assistenza sia presso il domicilio sia nelle strutture residenziali. Dovrebbero perché il diritto alle cure senza limiti di durata, accertata la non autosufficienza e la disabilità grave, è sancito dai livelli essenziali di assistenza fina dal 2001. Ma **la Giunta Cota, pur affermando a parole e nelle delibere l'esigibilità di questo diritto, concretamente lo nega**.

Il tetto di spesa imposto alle aziende sanitarie a partire dal 2010 ha avuto tra le conseguenze più ingiuste quella di interrompere la continuità assistenziale ospedale-strutture residenziali (o cure domiciliari), tant'è che oggi sono più di 30mila le persone certificate come non autosufficienti in lista d'attesa per questi servizi (13.505 per l'inserimento in struttura residenziale, 17.046 in attesa di cure domiciliari). L'annunciata attenzione alle fasce deboli è nei fatti sconfessata; i **risparmi in sanità non si sono affatto trasformati in servizio per la non autosufficienza**, anzi proprio i tagli alla sanità colpiscono le condizioni di maggiore fragilità delle persone malate.

Le riforme non si fanno a costo zero: l'assessore Monferino vuole convincere che riducendo la spesa sanitaria si otterranno maggiori risorse per il settore sociale e così dicendo commette due errori: **il primo, ignora che la non autosufficienza è un problema sanitario** cui le Asl devono concorrere per il 50% dei costi di domiciliarità o di residenzialità; **il secondo è l'attesa imposta ai malati ed il relativo costo sociale sostenuto da loro e dalle loro famiglie** in sofferenza e in anticipazione di cure che dovrebbero essere erogate dal pubblico.

Piano SocioSanitario Piemonte

Meno offerta ospedaliera e scarsa assistenza territoriale

Fuori dal vissuto degli operatori e dei pazienti

La spiegazione a puntate del piano socio sanitario regionale da parte dell'assessore Monferino persegue forse un intento pedagogico, ma **sicuramente non intercetta la realtà vissuta dagli operatori nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie, nonché le esperienze dei pazienti.**

In particolare non convince e non consentirà il raggiungimento degli obiettivi di piano la scelta di una politica dei due tempi. Dice l'assessore "*Occorre risparmiare sulla spesa sanitaria per sostenere la spesa sociale*", e ancora "*Occorre ridurre la spesa ospedaliera per potenziare l'assistenza sanitaria territoriale*". La prima affermazione è storicamente smentita: infatti diminuendo l'intervento delle Asl sulla residenzialità e domiciliarità non si è affatto sviluppata la crescita dei servizi socio-sanitari; **lo sanno bene le 30mila persone non autosufficienti e disabili in lista di attesa e i titolari delle strutture di Rsa** e gli operatori della cooperazione che hanno investito in residenzialità e in cure domiciliari.

La seconda affermazione sta comportando forse la riduzione delle attività ospedaliere, non la risposta adeguata nei servizi territoriali. La prospettiva delle dimissioni precoci dei pazienti perseguita anche a livello nazionale dovrebbe avere come conseguenza un'accoglienza protetta in strutture di post-acuzie o di cure intermedie abilitate a garantire una buona ripresa per il periodo necessario. Non è ciò che sta accadendo. Si è detto della impossibilità a causa delle liste di attesa di transitare dalla ospedalizzazione a una gestione domiciliare o residenziale. Alla luce delle ultime delibere possiamo ancora dire della previsione di intervenire con la compartecipazione ai costi da parte dei pazienti nei giorni di post-acuzie, riabilitazione o lungo degenze, definendo quindi un limite oltre il quale le cure sono a carico degli interessati, senza che venga loro offerta una continuità assistenziale.

Alla prova dei fatti non regge la convinzione di poter evitare i ricorsi inappropriati al pronto soccorso, offrendo l'alternativa di una rete diagnostica diffusa e di un potenziamento delle cure primarie.

Frettolosamente la giunta Cota ha liquidato la sperimentazione dei gruppi di cure primarie con la motivazione dell'eccessivo costo e altrettanto frettolosamente annuncia centri di assistenza primaria (CAP), la cui efficacia non è ancora provata.

Della prima sperimentazione gli attuali amministratori hanno ignorato non solo i livelli di soddisfazione espressi dai pazienti, ma anche i risultati economici raggiunti laddove presso gli studi della medicina di gruppo venivano decentrati attività di prelievo piuttosto che visite specialistiche programmate o prenotazioni di esami.

In sostanza per praticare credibilmente l'alternativa dell'assistenza territoriale occorre investire, perché nella vita delle persone e nella storia delle organizzazioni non possono esistere vuoti.

Noi stiamo assistendo al vuoto: si riduce l'offerta ospedaliera con altrettanti conflitti nei territori e tra gli operatori e non si offre l'alternativa territoriale perché ancora non si è costruita. Questo è il vero buco della sanità.

La giunta Cota però non si preoccupa di questi vuoti e malamente parla di buchi solo a proposito dei bilanci: per due anni ha chiamato disavanzo sanitario ciò che era un'integrazione con fondi regionali della offerta sanitaria ai piemontesi. Ha già ridotto questa integrazione e ritiene sia un vanto. Con la spending review regionale intende azzerare ogni risorsa aggiuntiva nell'ambito sanitario.

Come ciò sia possibile anche a fronte di un contenimento dei trasferimenti statali (su cui viceversa Cota lancia allarmi e strali), senza ridurre ulteriormente servizi già allo stremo è un mistero. Anche qui probabilmente Cota e Monferino pensano ai due tempi: quello dei loro tagli e quello di chi verrà e dovrà ricostruire. Di qui ad allora **i bisogni concreti delle persone sono affidati al quotidiano impegno dei professionisti della sanità, non certo agli effetti del governo regionale.**

Eleonora Artesio

Note di **Vittorio Demicheli**

Piano di rientro 1500 letti ospedalieri in meno

E' stata adottata la deliberazione che dà attuazione al famoso "addendum" del Piano di Rientro nella parte che riguarda il riordino della rete ospedaliera piemontese stabilendo il numero massimo di posti letto della nostra regione. Il provvedimento, in pratica, anticipa l'applicazione dei nuovi standard contenuti nella manovra governativa: 3.7 posti letto per mille abitanti, di cui 0.7 per riabilitazione e lungodegenza. E' proprio quest'ultimo parametro che determinerà le conseguenze più gravi in quanto i letti eccedenti sono ben 1467 (ridotti a 1067 se si escludono i ricoveri operati a favore di cittadini di altre regioni) e sono soprattutto concentrati nelle sovrazone torinesi (595) e nel nord-est (656).

Nella zona di Alessandria e Asti

non risultano eccedenze di letti per postacuti. La scure del piano di rientro si abbatterà invece sui posti letto per acuti riducendone ben 61 negli ospedali della nostra area (409 in tutto il Piemonte). Il provvedimento, che non consente assolutamente di capire se i tagli interesseranno anche gli ospedali privati ha suscitato le vivaci proteste dell'Anaao Assomed piemontese.

SOSSANITÀ blog alessandria news

la salute è un diritto: non tagliare, spendere meglio

provincia di alessandria

Assegnati gli obiettivi economici alle Aziende Sanitarie Regionali

Con una deliberazione del 6 agosto 2012** (Dgr 4474, allegato A , allegato A1, allegato A2) **la Giunta regionale ha stabilito gli obiettivi economici per la Aziende Sanitarie regionali del Piemonte. Una deliberazione importante che, purtroppo, lascia pochi dubbi sul destino che attende il Servizio Sanitario Regionale nei prossimi mesi.
Il volume complessivo delle risorse ripartite è ancora più basso di quello stabilito dal Piano di Rientro. Vengono confermati i blocchi del turnover e i tetti di spesa.

I nuovi limiti di spesa (comprensivi dei tagli introdotti dalla "spending review" governativa) vengono applicati in modo indiscriminato senza alcuna modulazione territoriale.
Nessun accenno a manovre di riordino o riorganizzazione della sanità piemontese, nessuna differenza tra aziende virtuose e aziende spendaccione, nessun riequilibrio tra zone ricche e zone sottofinanziate. La grande riforma del presidente Cota per il momento resta nelle intenzioni mentre la realtà ripropone risparmi di spesa e (inevitabilmente) tagli ai servizi.

Medicina Democratica
MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE

Associazione onlus

Socio: 50 euro tessera e abbonamento alla rivista

Iniziative per la sanità pubblica, per la sicurezza sul lavoro, analisi e progettualità.

Tutte le informazioni su: *www.medicinademocratica.it*

SPENDING REVIEW
IL COLPO ALLA NUCA ANCHE DELLA SANITA' PUBBLICA

La spending review è nei fatti una dichiarazione unilaterale di guerra al Servizio Pubblico, colpevole di erogare ancora sanità pubblica, servizi sociali, scuole dell'infanzia, nidi: una dichiarazione di guerra. Con questa manovra, nel giro di pochi anni i diritti fondamentali, a partire da quello alla salute, è la sanità pubblica – quella di cui si ha necessità in tutti i periodi della vita – la più colpita.

La batosta sarà impressionante

Va dai numerosi miliardi annui di mancati trasferimenti statali alle regioni, ai 30.000 posti letto da tagliare in aggiunta ai 45.000 già soppressi dal 2000 ad oggi; dall'aumento costante dell'IRPEF regionale all'intramoenia; dai ticket alla revisione continua e al ribasso dei livelli essenziali di assistenza; dal blocco decennale del turn-over, che ha portato alla carenza di 60.000 Infermieri a tassi d'infortunio del personale di assistenza 3 volte più alti di quelli dell'industria pesante.

Grave è la mistificazione dei dati sullo stato di salute degli italiani, tanto da essere stata utilizzata dalla Fornero a motivazione dell'ignobile riforma delle pensioni.

La quantità di vita è aumentata, ma la quantità di vita sana si è drasticamente ridotta a partire dal 2003, per crollare sotto i livelli medi nel 2008.

Se nel 2003 una donna di 65 anni aveva circa 14 anni di aspettativa di vita sana di fronte, nel 2008 ne aveva 7; va peggio per una bambina nata nel 2004 che passa dai 71 anni di aspettativa di salute alla nascita ai 61 anni nel 2008.

Sulla qualità della vita influiscono numerosi fattori, ma è certo che l'ambiente, le condizioni sociali e di lavoro, il reddito e l'accesso alle cure sono determinanti. Sono già 9 milioni gli italiani che dall'inizio della crisi non hanno accesso alle cure, un numero che è drasticamente destinato a salire.

I sindacati del comparto, nei fatti, sono restati in colpevole silenzio riducendosi a chiedere che i tagli non fossero "lineari" ma "mirati"

Cosa voglia dire lo sanno solo Cgil, Cisl e Uil, tanto è vero che il governo li ha derisi dopo averli infinocchiati con l'ultimo accordo di maggio sul pubblico impiego. Ora però pare che se ne siano accorti e il 28 settembre scioperano.

Anche i medici si sono fatti sentire: "***Altro che revisione della spesa, qui ci troviamo di fronte a un omicidio, quello del sistema sanitario pubblico che ieri è stato definitivamente ucciso. E' la fine del sistema sanitario con il quale noi tutti siamo cresciuti. Per il futuro, per i nostri figli e i nostri nipoti sarà tutto diverso***". Lo dichiara il presidente nazionale del Sindacato medici italiani (Smi).

Posizione importante questa dei medici anche perchè è da oltre vent'anni che viene avanti l'attacco spudorato alla sanità pubblica ma la classe medica è rimasta sempre a guardare (eccetto quando avevano il sentore di attacchi alla categoria) sottovalutando gli attacchi governativi e regionali alle professioni meno protette, agli infermieri in particolare.

Diciamoci la verita, dopo gli infermieri, gli impiegati e gli OSS, ora si sentono anche loro il fiato sul collo e protestano ma continuano a non dire niente dei due principali virus che hanno debilitato la sanità pubblica: l'attività intramoenia e il sistema dei DRG. Comunque, questa presa di posizione può essere propedeutica ad una seria riflessione per una lotta unitaria di tutte le professioni.

Tecnici "della mutua" al governo

Sprovveduti, e ridicoli (se non fosse che giocano con i nostri soldi e la nostra salute) questi ministri tecnici. Lo hanno dimostrato con l'ultimo decreto a cominciare dalla pretesa di finanziare il fondo per la non autosufficienza con le bollicine della Coca Cola tassate alla bisogna. Alcolici, tabacco e gioco d'azzardo. Problemi veri ma affrontabili dentro altri contesti di prevenzione del consumismo nocivo. Nel nostro caso si tratta del solito trucchetto per far cassa, cercando di dare l'impressione che ci si occupi della salute pubblica, dopo aver tagliato più di 20 miliardi di euro alla Sanità per i prossimi tre anni.

E che dire del capitolo degli studi associati dei medici di base, spacciato come rivoluzione della sanità territoriale, spacciato come la soluzione del problema della congestione degli ospedali?

E' evidente che sia alquanto difficile ipotizzare un'aggregazione di quindici o venti medici dentro stabili inesistenti, coordinati fra loro, integrati da personale infermieristico e con la disponibilità di attrezzatura diagnostica, in attività h 24, nel giro di poco tempo. Ma intanto è stato chiesto ai medici di base se sono d'accordo?

Comunque, è evidente che questi tecnici arruffoni

CONTINUA A PAG. 9

IL COLPO ALLA NUCA CONTINUA DA PAG. 8

hanno dimenticato (sicuro che lo sapessero?) che il fulcro della sanità territoriale è il distretto sanitario, entro il quale si svolge la fondamentale attività dei medici di famiglia, e che questi distretti sono stati letteralmente messi in ginocchio dai piani di rientro in molte regioni (in Piemonte abbiamo addirittura anticipato i tagli dello spending review) con la conseguenza di avere servizi sulla carta ma escludenti per la popolazione. Poliambulatori specialistici fatti a pezzi dall'azzeramento del turnover, assoluta inadeguatezza del personale medico e della disciplina relativa all'organizzazione dei servizi sanitari di base, di quello ispettivo dei Dipartimenti di prevenzione e dei consultori materno infantili, inadeguatezza logistica e carenze gravissime in termini di tecnologia diagnostica sanitaria disponibile, tanto per citare alcune. Ecco il quadro reale che i tecnici al governo fanno finta di non conoscere.

Vogliamo parlare, tanto per sottolineare ancora che siamo in mano a degli sprovveduti, delle misure sull'intramoenia e sulla designazione dei direttori generali.
Nel primo caso resterà la speculazione sulla lunghezza delle liste d'attesa, da parte di coloro che dovrebbero contribuire ad accorciarle, per incentivare (a volte consigliare esplicitamente) il ricorso alla struttura privata, e pare fumo negli occhi la soluzione informatica fra strutture private, dove si svolgerà l'intramoenia, e ospedali, sulla falsariga della barzelletta del "computer per tutti" del primo governo Berlusconi.
E Fumo negli occhi viene buttato sulle nomine dei direttori generali. In assenza di un Registro Nazionale che prevede criteri e titoli certi, per la scelta per merito continuerà la subordinazione ai diktat dei governatori e degli assessori alla sanità regionale. Sarà così finche non sarà smontato e sostituito lo spirito e la pratica dell'aziendalizzazione della sanità.

franco cilenti

LETTERA

Sperperi in sanità

Gli sperperi veri e propri sono nell'uso della sanità (sono troppi i ricoveri strumentali), negli acquisti (dai servizi ai medicinali ai macchinari), nella ridondante e antieconomica fornitura dei loro servizi, nella inopportuna e oramai obsoleta visione della professione del medico (che dovrebbe essere equiparata alle altre, per es. agli ingegneri), nella poco funzionale organizzazione dell'azienda (per lo più retta da "esperti di politica" anzichè da specialisti di organizzazione aziendale) e nella totale mancanza di libero mercato (Emergency ha dichiarato a chiare lettere che un'operazione chirurgica che negli ospedali costa 7.000 euro lei è in grado di praticarla a costi inferiori del 50-60%). E' del tutto evidente che un qualsiasi sistema abbia bisogno di essere riesaminato per poter continuare a funzionare nel tempo, vuoi per le mutate condizioni al contorno, vuoi per le "incrostazioni" derivanti dalle metastasi generate dal contesto sociale in cui opera (non è un caso che gli scandali siano concentrati nel Lazio, in Lombardia e nel Sud). Il San Raffaele è un bell'esempio di imputridimento dovuto alle collusioni tipiche del nostro paese. Non è un fatto di sinistra o di destra (che spero sprofondino nell'oblio quanto prima), ma di senso della realtà e di senso civico. E qualsiasi corporazione è solo un vessillo di chi non vuole intendere.

***Giorgio Mauri** impiegato Inforgroup spa*

Giorgio, vogliamo solo farti presente alcune tue contraddizioni, giustificabili per chi non è dentro ll sistema sanitario, gli sperperi di cui parli derivano dall'aziendalizzazione della sanità, quindi in mano a presunti tecnici che hanno impunemente soppiantato il controllo politico (inteso come funzione degli organismi sociali e istituzionali) e decidono in base a criteri d'impresa e non di utilità sociale.
Il S. Raffaele è proprio l'esempio di cosa significa "impresa sanità" e quindi è proprio il contrario di quanto tu affermi. Pensa un pò che in Piemonte la destra ha messo a fare l'assessore alla sanità un dirigente di Fiat-Iveco, proprio perchè molti pensano, come te, che la parola magica è imprenditoria e decisionismo che scavalchi la partecipazione dei professionisti sanitari e degli organismi sociali che rappresentano i cittadini.
Il fiore all'occhiello della tua contraddizione è rappresentato dal "Non è un fatto di sinistra o di destra" mentre i fatti quotidiani dicono tutto il contrario!
Infine, il parallelo con Emergency non tiene da un punto di vista analitico: alla base è un'organizzazione di volontariato mentre la gratuità del SSN è stata sconfitta con il boicottaggio della legge di Riforma Sanitaria (833) del 1978.

Redazione

STRAORDINARIO, STRESS E RISCHIO ORGANIZZATIVO

Ricordo che il primo che espose con chiarezza tale concetto fu nel 2002 (Letio magistralis tenuta a Milano nell'Aula Magna della Clinica del Lavoro di Milano) il Procuratore Aggiunto della Repubblica di Torino Dr Raffaele Guariniello. Purtroppo il Legislatore italiano non perde mai occasione di intorbidare le acque: come eliminò un "tutti" e un "anche" nella prima versione del DLgs 626 e così venne sanzionato a livello europeo, nel 2008 ha trovato il modo (sotto la spinta di confindustria e dell'ABI) di sostituire la versione in cui si parlava di fattori di rischio psicosociale con quella in cui si cita "solo" lo stress.
Ma il partito trasversale che si è ritrovato su tale posizione ha dimenticato, per ignoranza, malafede o, penso, per ambedue le motivazioni, che

1) Il "tutti" non si può abrogare, anche se dà fastidio (pagare un'altra multa in Europa a spese dei contribuenti non è il caso) e quindi anche i rischi non apertamente citati nel DLgs 81 devono essere valutati.

2) Lo stress lavoro correlato (o distress, che è lo stress negativo, essendo invece l'eustress la tensione positiva del "fare") rimane comunque sempre la conseguenza di incongruenze o di vera e propria malattia dell'organizzazione del lavoro, per cui è la diretta conseguenza di una serie di situazioni che possono verificarsi in un luogo di lavoro (il mobbing, le molestie sessuali sul luogo di lavoro, la violenza fisica di estranei, il lavoro sulla catena di montaggio, gli orari di lavoro eccessivamente protratti, i turni di lavoro non ergonomici, il microclima in condizioni estreme, il lavoro solitario in zone poco o per niente frequentate, il lavoro che espone a pericoli gravi ecc.).
Il messaggio che invece è stato fatto passare (lo disse apertamente in un convegno il Dr Fantini del Ministero del Lavoro) è che il DVR stress esclude per esempio il mobbing. Nonostante tutto grazie alla Circolare Ministeriale del novembre 2010 i soliti noti sono riusciti a dilatare arbitrariamente i tempi del DVR sullo stress (con procedura di infrazione contro l'Italia grazie alla denuncia di Marco Bazzoni)
Ultimi due aspetti:
A) Esiste un documento europeo dell'aprile del 2007, che riguarda la violenza in senso lato (morale, sessaule etc) e che dà una serie di linee guida da recepire da parte degli stati nazionali, che in Italia, grazie ancora ai soliti noti (quella che ormai si può definire la troika dello sfascio: politici, banchieri, industriali) non è stato mai recepito.
B) L'OSHA europea (Agenzia Europea sulla Salute e Sicurezza sul lavoro di Bilbao) sta dedicando il 2012 ai fattori psicosociali e all' invecchiamento attivo dei lavoratori (come salvaguardare ma nello stesso tempo valorizzare i lavoratori anziani negli ultimi anni prima del pensionamento, per evitare loro oltre ai guai fisici anche la depressione): di tutto questo in Italia non si parla minimamente. Purtroppo la deriva più inquietante di questo Paese non è quella di natura economica (spread, PIL etc) ma è quella morale.
Ma che paese è quello che calpesta sistematicamente la dignità di chi lavora e di chi E' DEPRIVATO DAL LAVORO? I padri Costituenti, e anche un grande industriale quale fu Adriano Olivetti, che stanziava per il benessere dei lavoratori tutto il profitto che l'attività industriale gli procurava, non possono che rivoltarsi nella tomba!

Gino Carpentiero Medicina Democratica

In Piemonte, aumento patologie da tagli e conseguenze psicofisiche. Organizzarsi per difendersi

Oggi farlo sindacalmente è un problema perchè Amministrazione e sindacato confondono abitualmente i ruoli e gestiscono (concertano...), lo "straordinario", tra l'altro, per un piatto di lenticchie.
Posizioni organizzative, incarichi fiduciari vengono venduti come incentivi al merito e alla competenza, in realtà sono regali fatti alla disuguaglianza nel trattamento stipendiale e professionale.
Se il lavoratore rifiuta il lavoro straordinario richiesto commette un inadempimento sanzionabile disciplinarmente, ma se il motivo è legato a stress o stanchezza psicofisica ne ha ragione di fare obiezione alla maggior richiesta di lavoro.

Come può difendersi per contrastare questa richiesta di allungamento dei giorni di lavoro o ore per tutelare la sua integrità psicofisica ?

Il D.Lgs.81/08 dispone quanto segue:
L' articolo 28, comma 1, definisce l' oggetto della valutazione dei rischi:
la valutazione dei rischi deve riguardare tutti i rischi per la salute. Tra questi vengono specificati anche quelli legati allo stress lavoro-correlato, ma il termine "tra cui anche quelli collegati" non significa davvero che devono essere valutati solo i rischi da stress.
Il concetto di "salute" (di cui appunto il datore di lavoro deve valutare tutti i rischi) è definito dall' articolo 2 comma 1, lettera o) come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità".

Il datore di lavoro deve valutare non solo lo stress lavoro correlato, ma l'insieme dei rischi psicosociali.
Pertanto quello definito come "Rischio Lavorativo Psico Sociale Organizzativo (il rischio di farsi male in testa per le aggressioni, le umiliazioni, le discriminazioni, le persecuzioni, i diritti negati, lo sfruttamento, l'emarginazione che il dipendente subisce sul lavoro) è un rischio per la salute e come tale deve essere valutato dal datore di lavoro che, in caso di presenza di rischio, deve inoltre definire i necessari interventi di prevenzione e protezione, organizzativi e procedurali.

Redazione

Nel periodo 2008-2010, sono stati spesi oltre 11 mld di euro per infezioni correlate alla minore assistenza.
In tempi di drastici tagli ai finanziamenti e ai posti di lavoro nella sanità questi numeri sono destinati ad aumentare fortemente, in conseguenza della minore formazione e dell'aumento dei carichi di lavoro per gli operatori.

Infezioni ospedaliere 22 mila morti in tre anni

Ogni anno in Europa circa tre milioni di persone contraggono infezioni negli ospedali, con oltre 50mila morti.

In generale dicesi infezione ospedaliera (o infezione nosocomiale) quella contratta dal soggetto in ospedale e che si può manifestare sia nel corso del ricovero, sia dopo la dimissione. Si tratta di un'infezione contratta in ospedale da un paziente che si è ricoverato per un'altra causa. Può essere sostenuta da germi patogeni tradizionali, come salmonelle e virus dell'epatite, o, più di frequente, dai cosiddetti microrganismi opportunisti. Può determinare un allungamento della degenza (costi umani ed economici aggiuntivi) e talora anche la morte.

In Italia nel triennio 2008-2010 sono state contratte 2.269.045 infezioni ospedaliere, per un totale di 22.691 decessi e un costo a carico del Servizio sanitario nazionale che oscilla tra 4,8 e 11,1 miliardi di euro. È quanto rivela una ricerca del centro studi Sic-Sanità in Cifre di FederAnziani.

Le vittime delle infezioni ospedaliere superano di molto quelle degli incidenti stradali, che nel triennio considerato: 13.052, a fronte dei 22.691 decessi legati alle infezioni ospedaliere. Trattasi di costi in larga parte evitabili, se si pensa che circa il 30% delle infezioni è potenzialmente prevenibile con l'adozione di misure preventive.

Nel 2009 il Piemonte era al primo posto nella classifica italiana relativa alla diffusione nelle strutture sanitarie di programmi di sorveglianza e di controllo delle infezioni ospedaliere. Oggi in che posto ci piazziamo?
Spesso sono carenze strutturali, organizzative o semplicemente igieniche che determinano l'infezione in un ricoverato e tali carenze aumentano in maniera esponenziale quando gli investimenti diminuiscono considerevolmente, come vediamo dai tagli nazionali e locali alla sanità pubblica.

Il numero di infezioni ospedaliere è compreso tra il 5 e l'8% dei ricoveri; ogni anno si verificano circa 450-700 mila infezioni (soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi) e nell'1% dei casi si stima che esse siano la causa diretta del decesso del paziente.

Ovviamente, le infezioni aumentano le giornate di degenza e convalescenza del malato e nel caso di infezioni da ferite chirurgiche, di successivi controlli ambulatoriali.
Domanda: ma il primo requisito di un ospedale non dovrebbe essere quello di non arrecare danno al malato?

Oltre all'igiene del malato e del personale di assistenza, particolare attenzione va posta alla decontaminazione di strumenti, oggetti, ambienti. Tra le procedure che devono essere messe in atto nella prevenzione delle infezioni ospedaliere, vanno ricordate:
- La sanificazione: sviluppo, la valorizzazione e pratica attuazione di provvedimenti di ordine sanitario, focalizzando l'attenzione sulla polvere e il pulviscolo che si trovano in tutti i locali dell'ospedale, con addestramento specifico del personale delle pulizie.
- La disinfezione: distruzione dei microrganismi patogeni. I disinfettanti vanno usati correttamente, entro sette giorni dall'apertura della confezione, conservati nei loro recipienti originali, sigillati dopo l'uso.
- La sterilizzazione: distruzione di tutti i microrganismi, patogeni e non patogeni, comprese le spore.

Va ricordata anche la disinfestazione: consiste nel distruggere, nel loro ambiente ecologico e nell' habitat umano, i vettori (es.: mosche, zanzare) dei microrganismi patogeni, nonché nell'allontanarli dal possibile contatto con l'uomo.
Ci chiediamo quante di queste pratiche elementari oggi vengono attuate e verificate quotidianamente.

Redazione

Il fabbisogno di formazione di operatori sanitari in Italia è dell'ordine di circa 35.000 nuovi professionisti l'anno, ma il sistema formativo è latente, soprattutto nel caso degli infermieri. Da questa considerazione parte la richiesta di alcuni colleghi infermieri di non far cadere nel dimenticatoio istituzionale questo Manifesto. Lavoro e Salute nella speranza che venga letto, nel caso ne fosse all'oscuro, e considerato dall'assessore Monferino, rilancia stralci dell'appello promosso a marzo da diverse associazioni della cooperazione sanitaria, della sanità pubblica e delle migrazioni internazionali.

Manifesto per il rafforzamento del personale sanitario

Il settore sanitario in Italia si confronta con un bisogno crescente di operatori qualificati. Il fabbisogno di formazione di operatori sanitari in Italia è dell'ordine di circa 35.000 nuovi professionisti all'anno, al quale il sistema formativo al momento non è in grado di rispondere autonomamente, soprattutto nel caso degli infermieri. La conseguente scarsità di operatori può compromettere l'erogazione di servizi sanitari adeguati alla popolazione. (....)

Scarsità di personale sanitario in Italia: programmare, formare e informare

1. In Italia oggi non ci sono operatori sanitari in numero sufficiente, a causa dell'invecchiamento della popolazione, del prossimo pensionamento di un gran numero di professionisti e di mutati modelli di cura: mancano ad oggi 71.000 infermieri e, a fronte di questa carenza strutturale, i posti disponibili per la formazione di nuovi infermieri non sono significativamente aumentati, ma sono anzi recentemente diminuiti. Per contro, il numero degli infermieri stranieri attivi in Italia è aumentato di quasi 15 volte tra il 2002 e il 2010, arrivando a rappresentare oltre il 10% dei membri di questa categoria. L'assistenza infermieristica nelle strutture sanitarie italiane è dunque già oggi dipendente dalla presenza di professionisti stranieri, in gran parte donne, senza i quali esse sarebbero al collasso. (.....)
A fronte di un sistema che non fornisce risposte adeguate rispetto alla condizione di non autosufficienza e all'invecchiamento della popolazione, infine, oltre 500.000 badanti straniere/i regolari, e un numero non precisato di lavoratrici/ori irregolari, forniscono assistenza alle persone non autosufficienti a domicilio.

2. Il sistema sanitario italiano è dotato di strumenti adeguati per programmare e anticipare il fabbisogno di operatori sanitari a tutti i livelli. E' necessario dunque potenziare le risorse finanziarie disponibili per la formazione iniziale e continua di alcuni profili sanitari, risorse che risultano insufficienti rispetto al crescente bisogno di queste professionalità.

3. Alcune professioni sanitarie, tra cui quella degli infermieri, ma sempre più anche dei medici, sono interessate da un alto tasso di turnover. Ciò diminuisce l'impatto dei già insufficienti investimenti in formazione. A questo proposito, è noto che il miglioramento delle condizioni di lavoro

è elemento cruciale per trattenere a lungo il personale all'interno del sistema sanitario. E' pertanto opportuno superare gli attuali blocchi dei contratti di lavoro e valorizzare, anche economicamente, il personale coinvolto nell'organizzazione della filiera della cura delle persone con patologie cronico degenerative, non autosufficienti e fragili.

Garantire al personale sanitario straniero in Italia gli stessi diritti

4. In ragione della carenza di operatori sanitari nel nostro paese, dal 2002 gli infermieri stranieri possono entrare in Italia per motivi di lavoro al di fuori delle quote previste dal decreto flussi, ricevendo un permesso di soggiorno legato all'esercizio della professione infermieristica. La partecipazione ai concorsi pubblici, tuttavia, è regolata da norme che ne rendono difficile l'accesso per medici e infermieri stranieri, nonostante il sussistente requisito del possesso della cittadinanza italiana sia stato ormai messo in discussione dalla giurisprudenza. Questi professionisti lavorano dunque più spesso nel settore privato, con contratti di lavoro precari e con retribuzioni minori rispetto ai colleghi italiani.

CONTINUA A PAG. 13

 CONTINUA DA PAG. 12

5. Le migranti e i migranti formati alle professioni sanitarie hanno il diritto di sviluppare, anche da noi, una propria prospettiva professionale. La loro presenza rappresenta un'opportunità per il sistema sanitario italiano, che è possibile cogliere, tuttavia, solo se le loro competenze sono pienamente riconosciute, se hanno accesso alla formazione continua e se le loro condizioni di impiego sono eque e non discriminatorie rispetto ai colleghi italiani. Inoltre le migranti e i migranti, in particolare quelli impiegati nell'assistenza a domicilio, hanno diritto a essere informati sui propri diritti e doveri come lavoratori, attivando apposite reti informative e di coinvolgimento operativo nell'ambito del sistema socio sanitario.
(.....)

7. Le attuali migrazioni internazionali di personale sanitario drenano risorse umane e competenze preziose e già scarse dai sistemi sanitari dei paesi di provenienza di questi operatori, nel Sud e nell'Est del mondo. In Romania, per esempio, già adesso il personale è insufficiente, e gli infermieri sono costretti a fare anche il lavoro del personale ausiliario.
(.....)

L'applicazione del Codice di Condotta per il Reclutamento Internazionale di Personale Sanitario in Italia: le nostre raccomandazioni

11. Il Codice di Condotta per il Reclutamento Internazionale di Personale Sanitario dell'OMS trova il proprio fondamento nel diritto alla salute per tutti, pone le basi per favorire pratiche di reclutamento eticamente accettabili e contribuisce a tutelare i diritti dei migranti e delle migranti in quanto lavoratori e lavoratrici del settore sanitario. (....)

- il Ministero della Salute, in coordinamento con il Ministero dell'Interno e con le Regioni, raccolga regolarmente dati utili a meglio conoscere e monitorare i flussi migratori di operatori sanitari da e verso l'Italia, conformemente alle indicazioni contenute nel Codice di Condotta e agli standard europei ed internazionali;

- il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano pianifichi accuratamente e finanzi adeguatamente le proprie necessità di personale sanitario sul medio e lungo periodo, così da ridurre la dipendenza da personale sanitario migrante;

- il sistema universitario possa mettere a bando un numero maggiore di posti per il Corso in Scienze Infermieristiche,

con un contestuale aumento dei fondi disponibili per la formazione di tali profili nelle Aziende sanitarie, affinché queste siano nelle condizioni di fornire quanto di necessità per un tirocinio effettivamente professionalizzante;

- gli stessi requisiti di accesso ai concorsi e le stesse condizioni contrattuali e di impiego siano applicate senza discriminazione a tutti i lavoratori attivi nel sistema sanitario italiano, evitando che i professionisti stranieri siano relegati in situazioni lavorative e contrattuali più svantaggiose o precarie. I salari devono in tutti i casi corrispondere alle competenze riconosciute e alle remunerazioni proprie del settore;

- il sistema sanitario italiano nelle sue diverse strutture organizzative circoscriva fortemente puntando infine ad evitare il reclutamento attivo di operatori sanitari da paesi a risorse limitate e da paesi emergenti con i quali non esistano accordi bilaterali che rispondano ai criteri etici identificati dal Codice di Condotta dell'OMS e che prevedano un sostegno a favore dei sistemi sanitari di origine degli operatori;

- le agenzie per il lavoro e le cooperative appaltatrici di servizi per il SSN integrino nei propri codici etici le indicazioni del Codice di Condotta dell'OMS relative al reclutamento internazionale di personale sanitario e ottengano per questo la preferenza dagli enti pubblici nelle attività di ricerca e selezione del personale sanitario;

- le istituzioni italiane sostengano il censimento e la messa in rete del personale sanitario straniero, per la sua valorizzazione in programmi di cooperazione sanitaria e in percorsi di "migrazione circolare" e di ritorno volontario, così che le competenze e le conoscenze acquisite da questi operatori siano fruibili sia dal loro sistema sanitario di origine che da quello di destinazione.

- la cooperazione sanitaria italiana – inclusa la cooperazione decentrata – sia dotata di maggiori risorse, in modo che l'Italia possa giocare un ruolo più attivo nel rafforzamento dei sistemi sanitari dei paesi a risorse limitate, finanziando in particolare i piani nazionali per il personale sanitario con investimenti pluriennali, prevedibili e allineati con le priorità nazionali, così da potenziare le opportunità di formazione e le prospettive professionali degli operatori sanitari dei paesi partner.

Agire per contrastare la crisi globale del personale sanitario è una responsabilità collettiva per garantire il diritto alla salute per tutti.
E' necessario unire le forze per l'applicazione in Italia del Codice di Condotta e per sensibilizzare l'opinione pubblica circa i temi e le soluzioni proposte dal Manifesto per il rafforzamento del personale sanitario.

Per maggiori informazioni: manifestosanitario@amref.it

I promotori

> AMREF Italia Onlus
> Associazione Medici di origine Straniera in Italia-AMSI
> Centro Studi di Politica Internazionale-CeSPI
> Federazione Nazionale Collegi Infermieri-IPASVI
> Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri-FNOMCeO
> Osservatorio Italiano sulla Salute Globale-OISG
> Società Italiana di Medicina delle Migrazioni-SIMM

infermiere/a

Un mestiere cancellato

Nella Repubblica italiana af/fondata sulla speranza di lavoro negli ultimi cinque anni gli occupati sotto i 35 anni sono diminuiti del 20%. quindi, fuori dalle asettiche percentuali, sono 1.386.000 i ragazzi sotto i 35 anni che cercano disperatamente un lavoro e, ovviamente vanno su tutte le furie quando sentono qualche benpensante o qualche pensionato inacidito " *i giovani di oggi non hanno voglia di lavorare, invece di lamentarsi andassero a cercarlo, qualcosetta troverebbero*". Queste due popolose categorie di italiani non sanno, o fanno finta di non sapere, che chi ha in tasca un diploma, una laurea o una specializzazione non sa più dove sbattere la testa.

Si fa strada in molti la convinzione che dalle istituzioni, dalla politica e dal sindacato che non lotta più per l'occupazione non c'è da aspettarsi nulla di positivo.
Hanno capito che aspettare non serve a nulla e s'inventano come sopravvivere perchè sanno, anche, di poter contare solo su loro stessi e non più sui loro genitori ai quali progressivamente viene ridotto il benessere conquistato, con le riforme delle pensioni e l'aumento dei costi della vita e dei ridotti servizi sociali.

Ecco come un'infermiera torinese, interinale, si racconta "***Settembre? Non mi preoccupa. I problemi, semmai, arriveranno a novembre***". Lo dice, con obbligata filosofia, anche al Fattoquotidiano.

Giulia Minì ha 23 anni, è infermiera pediatrica professionale. La sua sfortuna è quella di essersi laureata nell'ottobre 2011, pochi giorni dopo l'ultimo concorso pubblico della Regione Piemonte: "***Ho cominciato a studiare nel 2008*** – racconta – ***nel mio campo l'assunzione era pressoché sicura. Oggi invece non si fanno più concorsi, gli ospedali utilizzano al limite le risorse esistenti e quando hanno bisogno di personale chiamano le agenzie interinali***".

Giulia è dipendente di un'agenzia interinale e oggi lavora all'ospedale di Chieri, vicino a Torino, con un contratto in scadenza a fine ottobre: "***È sempre così. Un mese, poi tre mesi e forse altri tre. Se lavori lo sai il giorno prima per quello seguente. Costiamo poco e siamo subito disponibili***".
Difficile sognare una carriera, ma Giulia e altri colleghi si sono inventati **Sa.iped, uno studio associato per servizi di infermieria pediatrica sul territorio**: "***Una bella esperienza anche perché è una delle prime in Italia. Certo abbiamo un bel po' di spese, ma se funzionasse…***".

una tazzina nutriente
gusto, qualità, solidarietà
café REBELDE
10 kg 116,16 Euro
CONSEGNA A DOMICILIO *spese spedizione incluse*
026707414 - 3202160435
www.yabasta.it info@caffezapatista.it

Ad opera dei sei amministratori delle "Federazioni sovrazonali" agli operatori e ai cittadini viene chiesto di anestetizzarsi, e senza consenso informato!

In questa nostra dettagliata inchiesta cerchiamo di fare luce su questi anomali e oscuri organismi di gestione delle Asl, incaricati di tagliare(risparmiare, secondo un loro eufemismo) le spese per la salute dei piemontesi.

i 6 bisturi di Cota

" La rappresentazione di un oggetto non è l'oggetto "
René Magritte

Le sei Federazioni sono:
> 1- ***Torino Sud Est***
Asl TO1-TO5, AOU S. Giovanni Battista (Molinette)
> 2- ***Torino Nord***
Asl TO2-TO4 S. Giovanni Bosco, Maria Vittoria, Amedeo di S.
> 3- ***Torino Ovest***
Asl TO3, AOU S. Luigi di Orbassano, AO Ord. Mauriziano
> 4- ***Piemonte Nord Est***
Asl VC, BI, NO, VCO, AOU Maggiore della Carità di Novara
> 5- ***Piemonte Sud Ovest***
Asl CN1 e CN2, AO S. Croce e Carle di Cuneo
> 6- ***Piemonte Sud Est***
Asl AT e AL; AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria

Le Federazioni Sovrazonali si presentano come un rebus, ad iniziare dall'apparente valore simbolico di una denominazione che richiama quel "federalismo" caro alla Lega Nord.

Da quella parte si obietterà che il nome richiama invece quella "cooperazione" richiesta alle aziende sanitarie, giudicate finora tra loro troppo "competitive" (visti i risultati si dovrebbero sovvertire tutte le teorie al riguardo).

Le perplessità sulla vera natura di novità organizzative rappresentate come "società consortili a responsabilità limitata" persistono, perché l'istituzione di "consorzi di area vasta" tra aziende sanitarie risale a molti anni prima nella Regione Toscana.

Questi organismi escogitati per razionalizzare le attività di supporto al funzionamento delle aziende sanitarie sono allora di destra o di sinistra?

Un dubbio utile a respingere la tentazione di dare una valutazione pregiudizialmente negativa del progetto di cui l'Assessore Monferino è convinto promotore.

Con questo non si vuol dire però che le scelte fatte siano soltanto tecniche come afferma ripetutamente l'Assessore, che si dichiara metalmeccanico prestato alla Sanità, ma non alla politica.

vignetta di Angelo campaner

Pensiamo che non sia così, ed anche se fosse dovrebbe essere considerato con attenzione il rischio congenito nell'affidare ad una tecnocrazia industriale la guida della macchina sanitaria.

Marchionne da Detroit ammonisce con il suo "io faccio automobili", ma qui si produce altro, ed anche se i materiali prelevati dai magazzini, le reti telematiche, i software, le apparecchiature biomediche di base ed avanzate, l'insieme di muri e impianti che chiamiamo ospedali rappresentano ciò di cui ci si occupa, questo insieme di

CONTINUA A PAG. 16

DOSSIER

i sei bisturi di Cota

CONTINUA DA PAG. 15

cose non è l'oggetto, ancora formato da persone che hanno necessità e diritto di cura e da quelle che a ciò prestano la propria opera professionale. L'impolitica gestione tecnocratica delle federazioni sovrazonali, anche se funzionerà, non potrà supplire alla necessità di un'autentica politica sanitaria e alla sua gestione attraverso aziende sanitarie.

La rappresentazione delle Federazioni Sovrazonali è di società nelle quali si ritroverebbero alcune funzioni tradizionalmente organizzate all'interno delle aziende sanitarie. Funzioni esternalizzate per conferirle alle Federazioni, ma in stretto collegamento con le ASL consorziate per dare ad esse origine. Si tratta di cosiddette società in house, di cui è esempio noto e abbastanza recente la società di committenza della Regione SCR-Piemonte spa, voluta dalla precedente giunta regionale.

La linea di confine tra le società in house da creare per favorire l'efficienza operativa di amministrazioni pubbliche di troppo limitata dimensione e quelle da eliminare perché inutilmente costose, sembra includere nel primo gruppo quelle che ancora devono essere costituite e nel secondo quelle il cui fallimento è già stato sperimentato (nella più benevola delle ipotesi, questo è un segno dei limiti alla capacità di apprendere da errori ed insuccessi delle esperienze già fatte).

Lo scopo della fondazione di sei Federazioni Sovrazonali per la Sanità è di ridurre il numero di gestori del complesso di attività tecniche e amministrative necessarie per assicurare la disponibilità agli utilizzatori finali dei beni e servizi (materialmente forniti dalle imprese che li fabbricano o vendono) necessari alla produzione sanitaria

In linea di principio, le Federazioni Sovrazonali dovrebbero essere organismi societari a servizio delle aziende sanitarie consorziate per mettere a fattor comune le risorse tecnico-professionali di cui già dispongono nei settori di attività da riorganizzare su base più ampia, secondo un modello cooperativo, come si è detto.

È noto che l'Assessore avrebbe preferito una soluzione differente, consistente in una radicale ristrutturazione del sistema di aziende sanitarie, da ridurre a non più di sei (altro che dimezzare le Province!).

Una scelta per molteplici ragioni attualmente non sostenibile, ma anche una volontà non sopita che ora si presenta come una delle trappole organizzative nelle quali rischia di cadere il progetto di realizzare efficienti strutture di supporto alla gestione sanitaria.

Si ha ormai la netta sensazione che la mission tecnocratica affidata alle Federazioni Sovrazonali prevalga, nell'attenzione dell'Assessorato, sulle problematiche più strettamente sanitarie e che il ruolo affidato agli Amministratori Unici delle Federazioni sia preminente rispetto a quello dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

Complice di ciò che per il momento (fortunatamente) non è ancora un esito, ma si manifesta come preoccupante tendenza, non è solo una stretta finanziaria in nome della quale ogni decisione sembra giustificabile (generalmente tagliando qualcosa).

vignetta di Zdziskaw Romaniwski

Stanno infatti emergendo alcuni limiti strutturali dei sistemi formati da Aziende Sanitarie autonome, ma al tempo stesso consorziate per affidare a un altro soggetto l'autonomia nella gestione di attività non sanitarie, ma strettamente necessarie alla produzione dei servizi sanitari.

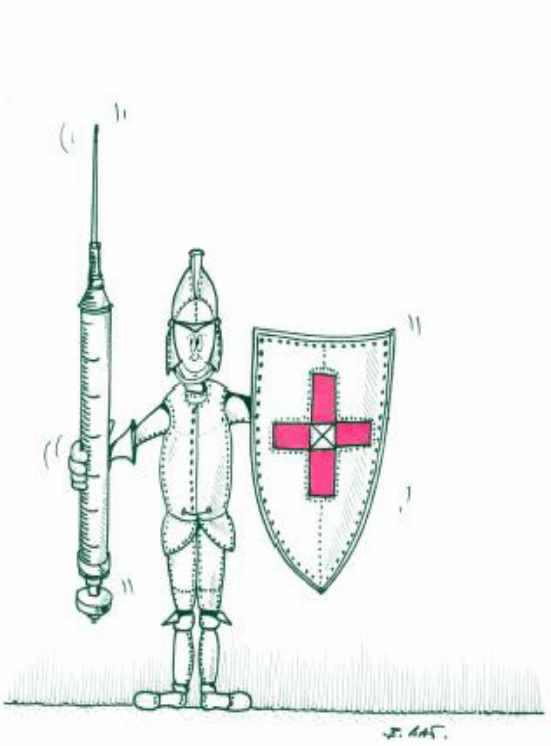
Le relazioni tra i diversi soggetti coinvolti nel suo

CONTINUA A PAG. 17

assetto istituzionale ed organizzativo presentano più di un menage a trois, con tutti i rischi che di solito questo genere di relazioni comporta.

Il primo rapporto a tre è quello tra componenti dell'Assemblea dei Soci, l'Amministratore Unico della Federazione e la Regione.

È quest'ultima infatti ad individuare, sia i Direttori Generali delle aziende sanitarie che gli Amministratori Unici delle federazioni, la cui designazione da parte dei Direttori Generali costituiti in Assemblea dei Soci è perciò pura formalità.



vignetta di Beppe Bataglia

All'Amministratore è affidata la responsabilità di amministrare (è ovvio) la società consortile, ma suoi sono la responsabilità gestionale ed il potere organizzativo, esercitato anche come potere direzionale sul personale "assegnato funzionalmente" alla Federazione, del quale diventerebbe datore di lavoro di fatto (formalmente il personale rimane alle dipendenze delle aziende sanitarie).

E se i servizi forniti dalla Federazione non fossero corrispondenti alle necessità, anche solo per una delle aziende del consorzio? I soci hanno possibilità di esprimere nell'Assemblea le proprie valutazioni, esercitando un potere di controllo che però non gli consentirebbe di agire direttamente nei confronti dell'Amministratore, non legato ai Direttori Generali da alcun tipo di vincolo e soggetto fiduciario della Regione.

L'autorità dei Direttori Generali sui dirigenti responsabili delle attività da trasferire alle federazioni è ben definita nel modello organizzativo delle aziende sanitarie, mentre sfuma nell'incertezza del sistema che li vede assegnati funzionalmente alle federazioni e organizzativamente dipendenti dagli Amministratori Unici.

E qui si profila il secondo rapporto a tre, quello tra i Direttori Generali (datori di lavoro) che continuano a pagare il personale dipendente (dirigenti, quadri e altro personale tecnico-amministrativo) prestato alla federazione, gli Amministratori Unici delle federazioni che necessitano delle risorse umane da organizzare e dirigere per fornire beni e servizi alle aziende consorziate (cioè agli stessi Direttori Generali, per l'impiego nella produzione dei servizi sanitari ai cittadini), ed infine il personale.

Da un punto di vista contrattuale, è evidente il rapporto tra il personale e le aziende da cui continua a dipendere, ma un altro formale rapporto contrattuale si deve formare tra i Direttori Generali delle aziende (soci del consorzio, cioè componenti dell'Assemblea che ne è organo statutario) e l'Amministratore Unico della federazione. Il potere dell'Amministratore Unico trova infatti, almeno per ora, un limite nella necessità di stipulare accordi con i Direttori Generali riuniti nell'Assemblea, con i quali decidere le assegnazioni di personale alla federazione.

Gli accordi dovrebbero essere molto precisi, e stabilire non solo a quali attività si destinerebbe ciascun dipendente assegnato funzionalmente alla federazione, ma (se dirigente) con quali specifici obiettivi, per quanto tempo (alcune attività potrebbero essere definite a progetto) e con quale percentuale del tempo di lavoro contrattuale, presso quale (o quali sedi) operative.

Ma anche gli accordi sull'assegnazione funzionale del personale potrebbero trasformarsi in un prestito forzoso e sviliti a formale approvazione delle autonome scelte dell'Amministratore di una società che dovrebbe operare come longa manus delle aziende sanitarie consorziate, ma che è anche diretta espressione e prolungamento del decisore politico regionale.

CONTINUA A PAG. 18

DOSSIER

i sei bisturi di Cota

CONTINUA DA PAG. 17

Quali equilibri di governo del rapporto tra Direttori Generali e Amministratori Unici si potranno realizzare in un sistema nel quale i primi hanno obbligo di avvalersi dei secondi per ottenere ciò di cui hanno bisogno per la produzione sanitaria, mentre i secondi hanno necessità di avvalersi della forza lavoro messa a disposizione dai primi per restituire il risultato della produzione di servizi tecnico-amministrativi?

Per comprendere la portata dei rischi (conflitti di varia natura ed entità e risultati inferiori alle aspettative, se non il fallimento dell'operazione) occorre esaminare più da vicino quali funzioni in concreto sono affidate alle Federazioni Sovrazonali. Le linee di produzione individuate dall'Assessore sono tre.

La prima linea riguarda la catena di approvvigionamento e distribuzione dei beni necessari alla produzione.

Alla centralizzazione degli acquisti, che non è una novità, si affianca la centralizzazione dei magazzini.

Questa è, o potrebbe essere, la più significativa innovazione. La rappresentazione della concentrazione, in sei magazzini centralizzati, dei cento al momento contati a livello regionale ha un valore simbolico, ma non consente di apprezzare il grado di importanza di un cambiamento che prevede di introdurre i criteri della gestione dei materiali, così come applicati nel mondo industriale.

Uno scenario che può generare diffidenza tra gli utilizzatori finali, ed è vero che quei criteri devono essere opportunamente tarati, perché un banco prova tmotori e un tavolo operatorio non sono esattamente la stessa cosa.

La prospettiva richiede anche aggiornamento e riqualificazione degli operatori del settore, fino ad ora dirigenti e impiegati amministrativi ed operatori tecnici. Piaccia o no, dovranno essere sviluppate competenze tipiche dell'ingegneria gestionale e della produzione.

Senza dimenticare che la catena della distribuzione termina in reparti utilizzatori il cui personale è sanitario, ed è da coinvolgere in un processo che richiede apprendimento e applicazione per operare in modo da poter disporre esattamente di ciò che serve, quanto serve e quando serve.

L'impegno ed il tempo necessario a realizzare un progetto di gestione della logistica di magazzino di tale portata potrebbero indurre a puntare solo sulla centralizzazione degli approvvigionamenti, quale strumento per realizzare risparmi nell'acquisto di prodotti di consumo e di servizi non sanitari appaltati.

Per una parte dei soggetti interessati al cambiamento, può essere una tentazione frenare un processo che richiede di compiere un salto culturale nella gestione dell'acquisto di materiali (sempre più importanti per la produzione sanitaria e di crescente valore economico).

L'ingegner Monferino è chiaro nel sottolineare che mediante volumi d'acquisto più elevati e razionale gestione dei magazzini (riduzione scorte e scarti per invecchiamento dei prodotti) si vuole ottenere un risparmio economico che dovrà sommarsi a quello determinato dalla corrispondente riduzione del personale complessivamente addetto a queste attività, da impiegare per altri scopi o non sostituire dopo il pensionamento.

Nelle Federazioni, la funzione di "approvvigionamento beni e servizi e gestione dei materiali e della logistica" non è perciò destinata solo a produrre contratti.

vignetta di Carlo Sterpone

CONTINUA A PAG. 19

 CONTINUA DA PAG. 18

Il perfezionamento di atti per la fornitura di beni e servizi è solo un passaggio intermedio rispetto all'esecuzione degli affidamenti conclusi attraverso procedure di gara pubblica (che si vuole realizzare in modo più efficiente e trasparente, attraverso uffici interaziendali specializzati, maggiormente in grado di garantire omogeneità dei contratti stipulati e di evitare gli sprechi che si riscontrano nel risultato di procedure indette da enti "poco virtuosi").

Nella fase di appalto si gioca già una parte del risultato economico che si vuole misurare alla fine del processo.

vignetta di Marcello Berreto

Ma ciò che avviene dopo, con l'esecuzione dei contratti stipulati, è ancora compresa tra le attività gestite delle Federazioni, che perciò non sono, e non dovrebbero ridursi ad essere, semplici "uffici gare" per conto delle aziende consorziate.

Ci si può convincere di questo passando ad esaminare anche le linee di produzione che affiancano la gestione degli acquisti e della logistica.

Lo sviluppo e la razionalizzazione dei sistemi informativi ed informatici è il secondo elemento cardine nel progetto delle Federazioni Sovrazonali.

Alla base c'è la spinta alla digitalizzazione della pubblica amministrazione, ma nello specifico anzitutto la necessità di realizzare un sistema informativo che sia in grado di fornire al governo regionale dati consistenti e comparabili della gestione delle aziende sanitarie, sia per quanto riguarda volumi e qualità della produzione, sia per quanto riguarda i costi della gestione corrente e la valutazione economica degli investimenti.

L'ultima linea di produzione da esaminare è quella che, nell'approccio ingegneristico dell'assessore, comprende la gestione degli stabilimenti di produzione (principalmente gli edifici ospedalieri) e dei macchinari necessari (principalmente le tecnologie sanitarie).

Le Federazioni avranno compiti nella realizzazione degli investimenti in edilizia sanitarie e delle attrezzature e dovranno assicurare la manutenzione e la gestione efficiente e sicura di strutture ed impianti e beni tecnologici.

I settori dell'ingegneria sanitaria (includiamovi anche quello dell'infrastruttura telematica e l'informatica sanitaria) necessitano di essere alimentate da risorse per progettare e realizzare investimenti.

Oltre un certo limite non è più sufficiente riparare, per quanto si possa "ottimizzare" la manutenzione (ciò che è richiesto fare alle Federazioni).

Negli ultimi due anni il contributo regionale ad investimenti in edilizia e tecnologie è stato pressoché nullo. Senza benzina nel motore l'automobile non parte, o si ferma.

Nelle intenzioni, le Federazioni Sovrazonali dovrebbero operare come efficienti strutture tecnico-amministrative, applicando metodi dell'organizzazione industriale.

L'Amministratore è anche un "direttore tecnico", ruolo non previsto nell'ordinamento delle aziende sanitarie, nelle quali il Direttore Generale condivide le scelte gestionali con un direttore sanitario e un direttore amministrativo (formalmente ancora scelti dallo stesso Direttore Generale, ma si è perso da tempo il ricordo di designazioni fatte in autonomia dalla politica).

Un progetto di questa natura e portata richiederebbe, insieme alla massima chiarezza delle idee, anche un'efficace azione di sostegno. Entrambe le condizioni non sono al momento realizzate, ed è concreta la prospettiva di vanificare le attese di risparmio gestionale e di introdurre nel sistema delle aziende del

CONTINUA A PAG. 20

i sei bisturi di Cota

DOSSIER

CONTINUA DA PAG. 19

servizio sanitario regionale soltanto un ulteriore livello di burocrazia, forse ancor meno controllabile che nel passato.

Si ritorna al tema della governabilità del sistema formato dalle aziende sanitarie consorziate e dalle società di servizio che ne sono filiazione.

La gestione del rifornimento di prodotti necessari alla produzione sanitaria è devoluta alle Federazioni Sovrazonali, ma la responsabilità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie alla popolazione rimane delle Aziende Sanitarie.

Gli Amministratori delle Federazioni saranno responsabili del costo complessivo della gestione degli acquisti e della distribuzione dei prodotti, ma non degli eventuali disservizi.

I Direttori Generali delle Aziende restano gravati delle responsabilità di tutela di sicurezza e salute dei lavoratori e dei terzi che vengono in contatto con le strutture sanitarie, ma nello stesso tempo devono affidare agli Amministratori delle Federazioni la manutenzione di strutture, impianti e attrezzature, privandosi del personale professionale e tecnico (dirigenti e preposti), in quanto necessari per le attività "migrate" nelle Federazioni, allo scopo di ottimizzare la gestione.

L'organizzazione delle Federazioni Sovrazonali si presenta perciò come problema complesso, essendo necessario anzitutto individuare modelli relazionali e sistemi di funzionamento adeguati a gestire realtà eterogenee aggregate in insiemi ormai di notevoli dimensioni, da ogni punto di vista.

È indispensabile che ruoli e responsabilità siano definiti in modo da non consentire di eludere l'obbligo di rendere conto dei risultati ottenuti.

L'approccio organizzativo imprenditoriale deve portare a risultati anche compatibili con il vasto quadro di riferimento normativo, che rimane pubblico. I primi risultati non sono entusiasmanti.

Ai limiti di "ingegneria istituzionale" già presenti nel complesso sistema formato da aziende e federazioni si sommano la macroscopica carenza di una visione prospettica e di leadership.

Tra le sei Federazioni, due non dispongono neppure di un sito istituzionale sul web (Federazione 3 - Torino Nord Ovest, Federazione 4 - Piemonte Nord Est).

Le altre hanno pubblicato gli organigrammi che prevedono di riempire selezionando personale del comparto e dirigenti anzitutto sulla base della dichiarazione di una disponibilità all'assegnazione funzionale alle federazioni.

Soltanto la Federazione 1 (Città della Salute, ASL TO1, ASL TO5) guidata dall'Avv. Zanetta ha pubblicato un organigramma coerente con l'impostazione indicata dall'Ing. Monferino.

Nella struttura organizzativa della Federazione nella quale la Città della Salute gioca tutto il suo peso, le tre linee di produzione indicate dall'assessore sono state ridotte a due, una "Divisione Acquisti e Logistica" e una "Divisione Tecnologie e Strutture".

vignetta di Andrea Bersani

Della seconda farà parte la struttura di Information Technology, a formare un'apparentemente solida divisione di servizi di ingegneria.

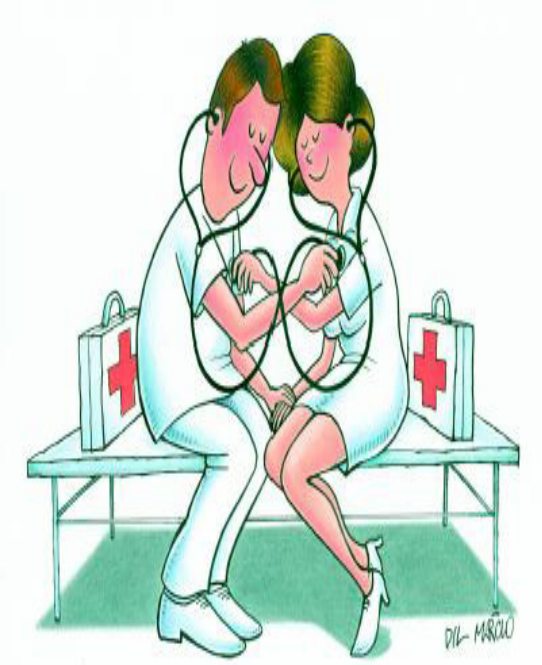
Un modello organizzativo articolato a più livelli (le due divisioni si presentano come dipartimenti interaziendali), accompagnato da una prima ipotesi di dimensiona-mento per quanto riguarda incarichi dirigenziali e fabbisogno di personale del comparto.

CONTINUA A PAG. 21

i sei bisturi di Cota CONTINUA DA PAG. 20

Manca per ora qualunque ipotesi di un'articolazione organizzativa di livello più basso, che sembrerebbe necessaria per garantire la continuità tra il livello centrale della federazione ed i luoghi della produzione.

Anche l'indicazione quantitativa di una previsione di addetti "tecnico-amministrativi" rimane oscura, non individuando quanti amministrativi e quanti e quali (con quali specifici profili professionali) tecnici si prevede di impiegare (per iniziare, più di 70 persone, tra dirigenti e addetti).



vignetta di Silvia Di Marcio

L'organigramma delle altre Federazioni ripropone invece in forma di grafico un elenco dei settori di attività previsti dalla legge, ciascuna facente capo alla diretta responsabilità dell'Amministratore Unico.

Nulla di più, se non per il tentativo della Federazione 2 - Torino Nord, di elencare e descrivere più nel dettaglio le attività associate a ciascuna funzione (l'orientamento che se ne desume privilegia la funzione di ufficio gare ed il settore informatico).

In nessun caso è indicato come l'organizzazione delle Federazioni si raccorderà con quella delle aziende, e sono mutevoli le quotazioni delle ipotesi che circolano in questi giorni, nelle quali si prospettano aziende totalmente private di dirigenti e personale del comparto attualmente assegnato a strutture aziendali, ma anche alternative meno radicali, per quanto ancora indefinite.

È evidente la necessità di un approccio organizzativo più evoluto di quello che per ora è prevalente e di maggiore cooperazione e coordinamento tra gli Amministratori Unici e i Direttori Generali, con un trasparente coinvolgimento dei dirigenti e un'adeguata comunicazione al personale.

Di tutto ciò si è ancora in attesa, mentre si stanno per concludere le procedure avviate da alcune Federazioni per selezionare impiegati e funzionari amministrativi e tecnici e per sostenere con motivazioni ("il più possibile" meritocratiche) gli incarichi ai dirigenti responsabili di funzioni gestionali e di coordinamento.

Sono stati pubblicati a fine luglio avvisi rivolti al personale del comparto per sondare la disponibilità ad un'assegnazione alle Federazioni.

La Federazione 1 ha avviato verso fine agosto una separata procedura per la selezione dei dirigenti, comunicandolo e invitando gli interessati ad aggiornare il proprio curriculum, senza richiedere di presentare alcuna dichiarazione di "manifestazione volontaria di interesse", come invece previsto per il personale del comparto (l'espressione coniata per gli avvisi per il personale amministrativo e tecnico è un capolavoro di bizantinismo: qualunque autentico "interesse" difficilmente potrebbe essere manifestato involontariamente o essere frutto di coercizione).

Anche altre federazioni hanno previsto appositi modelli per i dirigenti che intendono dichiarare la propria disponibilità ad un'assegnazione funzionale, mentre per la Federazione 2, che non ha pubblicato uno specifico avviso per i dirigenti, sarà possibile per questi utilizzare la stessa modulistica predisposta per il personale del comparto (!).

Si va avanti in ordine sparso, in un variegato spontaneismo nel quale l'idea della libertà manageriale si confronta con i vincoli del rapporto di lavoro pubblico, senza trovare per ora una soluzione.

Un comprensibile disagio serpeggia anche tra quanti inizialmente apparivano più propensi ad accogliere positivamente le novità annunciate.
È un segnale che dovrebbe preoccupare.

I risultati di questo modo di procedere possono essere imprevedibili, ma non c'è da farsi illusioni che da tanta confusione e

CONTINUA A PAG. 22

i sei bisturi di Cota

CONTINUA DA PAG. 21

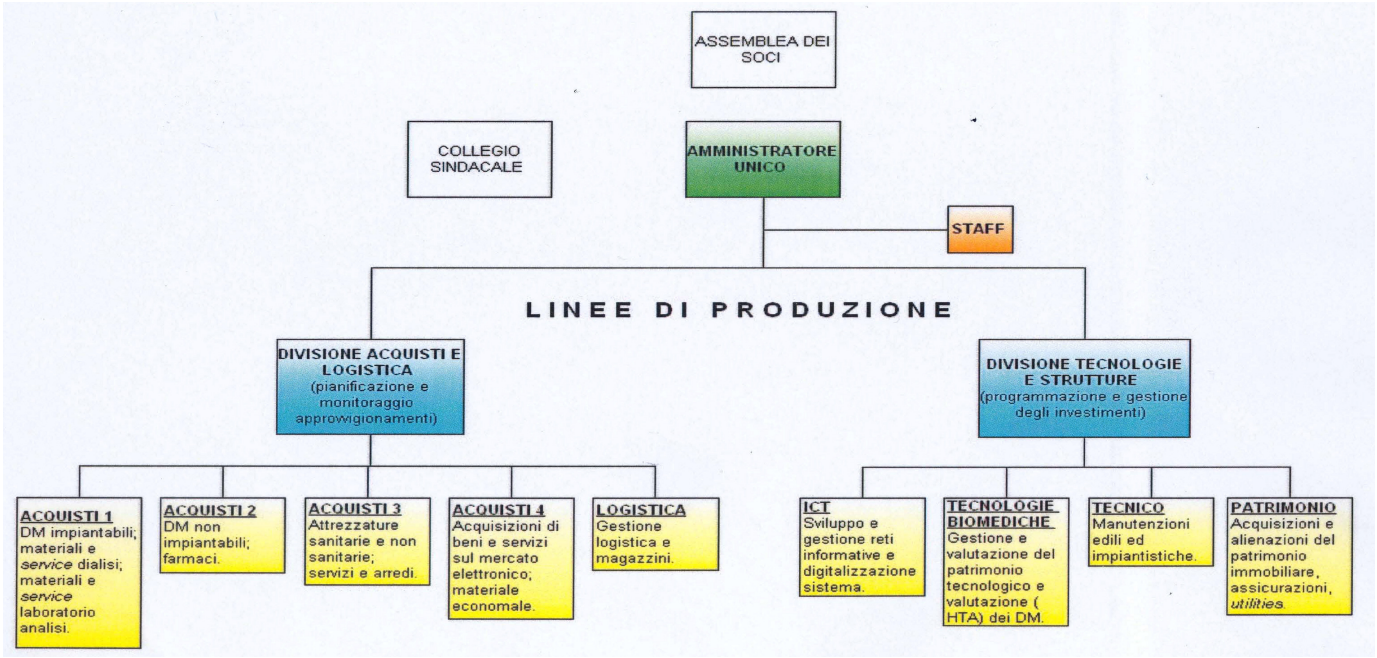
disorientamento possano scaturire valide soluzioni organizzative e risultati, in assenza di repentine azioni (ancor più che cambiare la rotta, appare necessario tracciarne una).

Tra gli esiti possibili, prevalgono al momento i segnali negativi che preludono ad una generale "risolidificazione" della cultura burocratico-amministrativa all'interno delle Federazioni Sovrazonali, nella contesa di posizioni dirigenziali che possano mettere al riparo dai temuti tagli.

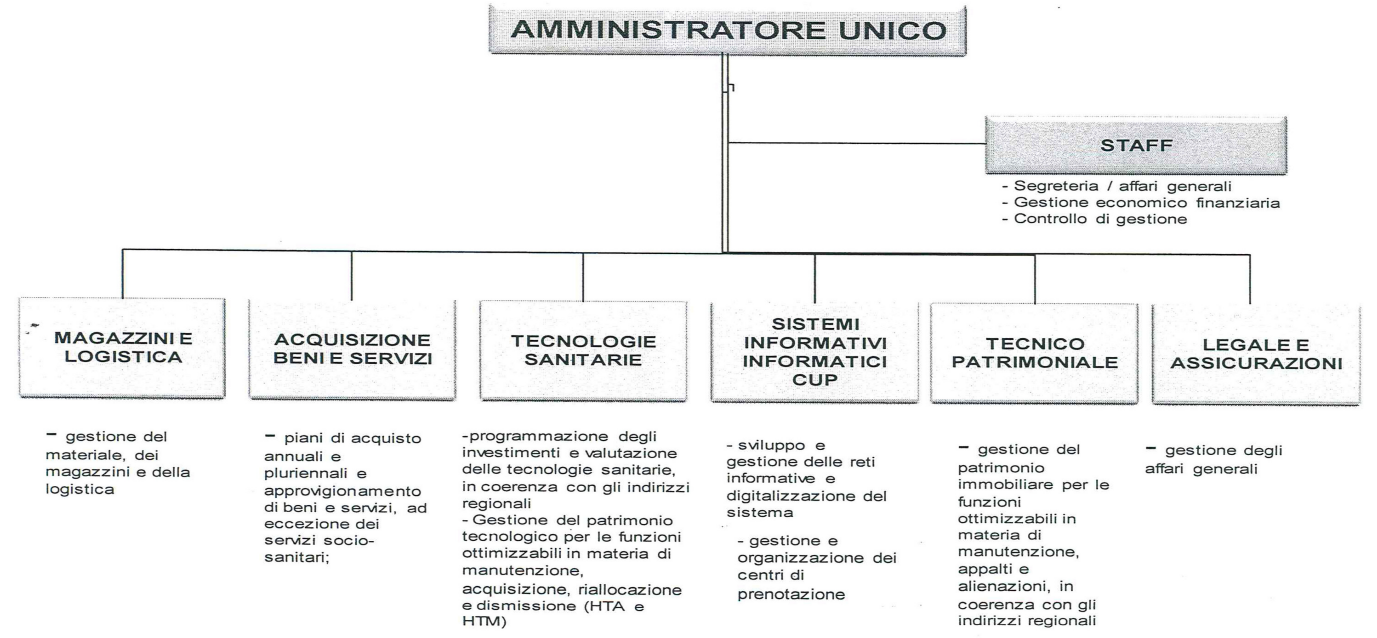
In tal caso, le Federazioni risulterebbero oggetti poco somiglianti alla rappresentazione che ne è stata finora data, proponendole come strumento di un cambiamento rivoluzionario.

Sarebbe un'ironia della sorte, per l'assessore-ingegnere che ha tracciato le linee del disegno originario, forse trascurando qualche indispensabile dettaglio costruttivo.

Organigramma Federazione sovrazonale 1 Torino Sud-Est



Organigramma Federazione sovrazonale 6 Piemonte Sud-Est



Dacci oggi i nostri morti quotidiani. Il Piemonte in testa

200.000 morti potrebbero essere evitate in Italia, perchè si verificano a causa di comportamenti e stili di vita errati, vedi fumo, alcol, cattiva alimentazione, sedentarietà e scarsa prevenzione dell'ipertensione e dei tumori.
Inoltre, ogni italiano perde, a causa dell'inquinamento dell'aria, 9 mesi di vita e ogni giorno muoiono, in media, 106 persone. Cause di mortalità e disabilità che rientrano nella normalità quotidiana del nostro sistema sociale.
Lo stesso non si può affermare delle morti sul lavoro.
Questa strage di qualche migliaio di lavoratori all'anno, diminuiti di poco in questi ultimi due anni "per merito" dei licenziamenti, ha assunto caratteri strutturali nel nostro sistema socio-economico ed una predestinata inevitabilità assunta dalla politica come atto dovuto, quindi insindacabile. ***Quando parliamo di infortuni e morti sul lavoro non dobbiamo mai dimenticare quelle che possiamo definire come "morti posticipate" e ci riferiamo alle malattie professionali, nel privato e nel pubblico (compresa la sanità), che ammontano ad altre migliaia di vittime che difficilmente vengono individuate nel tempo come "causa di lavoro" e per questo anche poco riconosciute in termini di risarcimento; ad esempio, il caso dell'Eternit è un'eccezione!***
Per dare i numeri - poco visibili su giornali e televisioni, in ossequio ai loro padroni/editori - pubblichiamo i dati, aggiornati al 2/9, di Carlo Soricelli, dell'Osservatorio Indipendente sui morti per infortuni sul lavoro.

Redazione Lavoro e Salute

LAVORO: L'ITALIA E' MORTALE

Dal primo gennaio ad oggi 2 settembre sono morti SUI LUOGHI DI LAVORO 421 lavoratori (tutti documentati), oltre 800 dall'inizio dell'anno se si aggiungono i lavoratori deceduti in itinere o sulle strade. L'Osservatorio considera "morti sul lavoro" tutte le persone che perdono la vita mentre svolgono un'attività lavorativa, indipendentemente dalla loro posizione assicurativa e dalla loro età. Molte vittime non hanno nessuna assicurazione e muoiono svolgendo l'attività in "nero".

Morti sui luoghi di lavoro per categoria.

Il 30,8% delle vittime sono in agricoltura, di queste la metà schiacciati dal trattore (già 82 dall'inizio dell'anno). Edilizia 28,9% sul totale, in questa categoria il 30% delle morti è causata da cadute dall'alto. Industria 16,1%, quest'anno quasi la metà di queste morti sono state provocate dal terremoto in Emilia. Servizi 5,8%. Autotrasporto 5,1%, Il 3% Esercito Italiano (Afghanistan). Il 2,7% nella Polizia di Stato (tutte le morte in servizio sulle strade). Il 13,3% dei morti sui luoghi di lavoro sono stranieri. Eta' delle vittime: il 4,9% hanno meno di 29 anni, dai 30 ai 39 anni il 14,1%, dai 40 ai 49 anni il 24,48%, dai 50 ai 59 anni il 15,7%, dai 60 ai 69 anni il 9,5%, il 12,8% ha oltre 70 anni. Del 16,5% non siamo a conoscenza del'età.

Morti sui luoghi di lavoro nelle regioni e province.

La regione Lombardia ha già 50 morti e la provincia di Brescia con 15 morti risulta seconda se si esclude la provincia di Modena che ha tantissimi lavoratori morti per il terremoto, come negli ultimi anni Brescia è sempre ai vertici in questa triste classifica delle province con più morti sui luoghi di lavoro. L'Emilia Romagna ha 49 lavoratori morti di cui 17 deceduti sotto le macerie del terremoto del 20 e 29 maggio,

Il Piemonte registra 31 morti, la provincia di Torino risulta in questo momento con 17 vittime la prima in Italia per numero di morti. (....)

Non sono segnalati a carico delle province i lavoratori morti che utilizzano un mezzo di trasporto e i lavoratori deceduti in autostrada: agenti di commercio, autisti, camionisti, ecc.. e lavoratori che muoiono nel percorso casa-lavoro / lavoro-casa.
La strada può essere considerata una parentesi che accomuna i lavoratori di tutti i settori e che risente più di tutti gli altri della fretta, della fatica, dei lunghi percorsi, dello stress e dei turni pesanti in orari in cui occorrerebbe dormire, tutti gli anni sono percentualmente dal 50 al 55% di tutti i morti sul lavoro. Purtroppo è impossibile sapere quanti sono i lavoratori pendolari sud-centro nord, centro-nord sud, soprattutto edili meridionali che muoiono sulle strade percorrendo diverse centinaia di km nel tragitto casa-lavoro, lavoro-casa. Queste vittime sfuggono anche alle nostre rilevazioni, come del resto sfuggono tanti altri lavoratori, soprattutto in nero o in grigio che muoiono sulle strade. Tutte queste morti sono genericamente classificate come "morti per incidenti stradali"

Nel 2011 ci sono stati più di 1170 morti, di cui 663 sui luoghi di lavoro + 11,6% sul 2010. Per approfondimenti sui lavoratori morti per infortuni sul lavoro nel 2011 andare nella pagina dell'1 -1 e 3- 1 del 2011 dell'Osservatorio. Ci sono cartine geografiche con il numero di morti sui luoghi di lavoro per ciascuna provincia italiana e grafici inerenti all'età, professione e nazionalità dei lavoratori vittime d'infortuni mortali.
Sono 84 dall'inizio dell'anno i suicidi legati alla crisi economica di cui siamo a conoscenza. Ci sono imprenditori che non riescono a pagare le tasse, lavoratori che hanno perso il lavoro o dipendenti di aziende in crisi. Queste tragedie non si possono considerare infortuni sul lavoro, ma hanno per la loro drammaticità un forte impatto sociale.

Carlo Soricelli

Osservatorio Indipendente morti per infortuni sul lavoro
www.cadutisullavoro.blogspot.com

La redazione di Lavoro e Salute ha chiesto a Eleonora Artesio di farsi promotrice in Consiglio Regionale di una pressante azione a favore delle centinaia di infermieri stranieri che (causa impedimenti legislativi) non possono esercitare la professione in Italia, per dare loro un'opportunità di lavoro, riqualificandoli come OSS, per affrontare urgentemente la forte carenza di questa figura nella sanità piemontese.

Al Presidente del
Consiglio regionale
del Piemonte

INTERROGAZIONE

a risposta orale in Aula

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.

Torino, 30 Marzo 2012

PRIMO FIRMATARIO ***Eleonora Artesio***

Solo le Regioni sono abilitate a organizzare, ***e tenute a fare in base ad un accordo Stato-Regioni****, i corsi per Operatore Socio Sanitario*

Occhio ai falsi corsi OSS

Il Migep riesce ancora una volta ad evitare falsi corsi OSS.
Sanzioni per gli gli Istituti formativi che promuovono corsi OSS non autorizzati.
La vicenda in questione concerne l'Isituto Servizi Didattici della Sardegna il quale ha pubblicizzato corsi per OSS ed OSA utilizzando impropriamente il logo della Regione Sardegna in assenza della necessaria autorizzazione regionale.
A seguito di alcune segnalazioni pervenuteci, abbiamo informato le Autorità competenti. All'esito di questa segnalazione, la Regione Sardegna, ritenendo tale pratica commerciale scorretta, ha provveduto a cancellare l'Istituto Servizi Didattici dall'Elenco Regionale dei soggetti abilitati a proporre e realizzare interventi di formazione professionale in regime di autofinanziamento.
Ovviamente l'Istituto ha proposto ricorso al TAR per ottenere l'annullamento di questo provvedimento.
Ebbene il TAR ha ritenuto che il provvedimento della Regione Sardegna sia adeguatamente motivato.
La questione non è finita. Si attende infatti anche che l'AGCM si pronunci sulla vicenda. In caso positivo l'Istituto potrebbe essere sanzionato!!!
Pertanto, occhio ai corsi per OSS. Soprattutto, prima di sottoscrivere un contratto per accedere ad un corso per OSS, chiedete prima alla vostra Regione.

Per chi fosse incappato in questa vicenda, può contattare il Migep o il servizio legale. Siamo qui per tutelarvi!!!!!!!!!

www.migep.it

officina
AURORA
l'autosicurezza
via Principe Tommaso 12 Torino 011.658080

IDRAULICA
STAGLIANO'
mestiere
e onestà

preventivi gratuiti, interventi celeri
Telefono 327.6546432

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

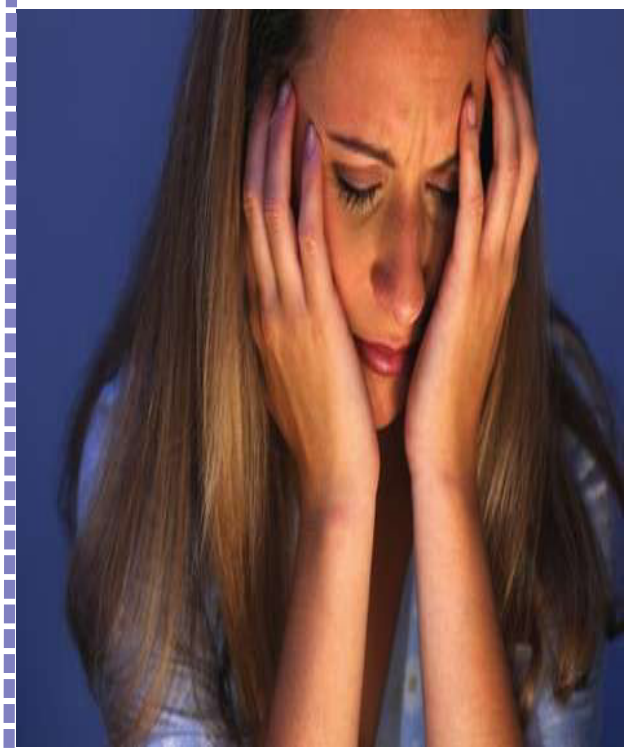
Per le tariffe delle inserzioni pubblicitarie
contattare la redazione, email:
info@lavoroesalute.org

STALKING O DOVERE PROFESSIONALE?

stalking e professioni sanitarie

Con il termine stalking si indica una serie di atteggiamenti e comportamenti di atti persecutori tenuti da un soggetto nei confronti di un altro al fine di ingenerare paura ed ansia. Lo stato di malattia può rappresentare un traino per compromettere la serenità della vita quotidiana per chi svolge un lavoro di cura? L'altra domanda riguarda i rapporti gerarchici sui posti di lavoro. La gerarchia, ma anche l'insolenza dei pari, quale ruolo ha nell'insorgenza di comportamenti persecutori, tali da compromettere la stessa la professionalità della vittima?

(redazione)



Il titolo propone una riflessione su un elemento deontologico imprescindibile del lavoro quotidiano dei professionisti della cura (Health Care Professionist), il prendersi cura dell'altro da sé, nell'accezione del prestare cure sanitarie al conspecifico che vive in una condizione di sofferenza o malattia. Non di rado il confine della cura sfuma fino a confondersi con l'area del fenomeno dello stalking; come conseguenza la richiesta di accudimento nasconde la persecuzione assillante dello stalker.
Secondo la letteratura internazionale gli psicologi, i medici, gli psichiatri, e gli infermieri rappresentano una categoria a rischio proprio a causa della professione che svolgono a stretto contatto con persone problematiche.

Per comprenderne meglio la rilevanza nel nostro territorio, il tema dello stalking nelle HCP (Health Care Profession) è stato oggetto di studio da parte di un'equipe di ricercatori e psicologi dell'Università degli Studi di Torino e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria - San Giovanni Battista di Torino che hanno condotto una ricerca per approfondire il fenomeno diretta alle figure professionali interessate (Acquadro Maran, D., Pristerà, V., Varetto, A. e Zedda, M., 2010), adattando inizialmente e poi somministrando a 1072 soggetti (operatori dei principali ospedali piemontesi e nazionali) lo Sheridan Questionnaire on stalking (Sheridan e Davies, 2001; Sheridan, Davies e Boon, 2001).
Dall'elaborazione dei risultati è emerso che il 14.93% del campione è stato oggetto di attenzioni da parte di molestatori ed in particolare l'85% delle vittime erano soggetti di genere femminile.
I sintomi fisici maggiormente evidenziati sono disturbi del sonno, variazione di peso, stanchezza e attacchi di panico, mentre la sintomatologia psichica sottolinea un aumento dei livelli di ansia, rabbia, paura ed irritazione.

Come possiamo definire lo stalking? Il termine infatti non trova un esatto corrispondente nella lingua italiana e letteralmente significa "braccare, pedinare, seguire le tracce della preda, muoversi in modo minaccioso". Nonostante non esista una definizione di questo fenomeno universalmente accettata, secondo alcuni autori si potrebbe intendere come una forma di aggressione agita da un persecutore che in maniera reiterata, indesiderata e distruttiva pervade la vita di un altro individuo, la sua vittima, con gravi conseguenze sia sul piano fisico che su quello psicologico (Gargiullo e Damiani, 2008).
Secondo la letteratura internazionale sono tre i fattori che si devono verificare affinchè si possa evidenziare questo fenomeno: deve essere presente un molestatore (stalker), una vittima (stalking victim) e devono essere messi in atto una serie di comportamenti ripetuti nel tempo esperiti da questa come intrusivi e sgraditi. Questi comportamenti possono essere identificati in continue telefonate, messaggi, invio di fiori e doni, atteggiamenti insomma che si possono ricondurre al corteggiamento, fino ad arrivare a visite inaspettate sul posto di lavoro, pedinamenti e appostamenti sotto casa, minacce di lesioni e aggressioni alla vittima stessa o a persone per essa significative.

Queste condotte vengono vissute dalla vittima come inopportune, moleste e inquietanti a tal punto da arrivare a mettere in pratica delle strategie difensive che modificano il normale trascorrere della vita quotidiana, e che possono correlare con l'insorgenza di alcuni disturbi di tipo psicologico quali la depressione, l'ansia e l'insonnia.
Studi internazionali hanno evidenziato come non esista un'unica tipologia di stalker, ma come il profilo psicocomportamentale comprenda una vasta gamma di motivazioni, tratti psicologici e comportamenti differenti (Kienlein, 1998) e quanto sia importante, al fine di intraprendere la strategia più efficace, identificare il tipo di molestatore di cui si è oggetto di attenzioni poiché in alcuni casi determinate risposte, come rivolgersi alle forze dell'ordine, invece che migliorare la situazione la possono far degenerare fino alla messa in atto da parte dell'assillatore di comportamenti violenti.

Da uno studio svolto in Australia nel 2000, con un campione di 145 stalker, Mullen, Pathè e Purcell hanno individuato e proposto una delle classificazioni che oggi è tra le più utilizzata in ambito internazionale e che suddivide le

CONTINUA A PAG. 27

tipologie di stalker in cinque categorie: cercatore di intimità, respinto, risentito, predatore, corteggiatore incompetente. Nella prima il molestatore desidera instaurare una relazione (di amicizia o di amore) con la vittima che ha idealizzato e persevera con gli approcci indipendentemente dalle risposte negative che riceve. Lo stalker "respinto" mette in atto i comportamenti molesti dopo che si è interrotta la relazione con il partner, o dopo che questo ha esplicitato l'intenzione di chiudere la relazione. In questo caso l'obiettivo dell'assillatore è quello di riconciliarsi oppure di vendicarsi. La terza tipologia corrisponde allo stalker "risentito" la cui intenzione è quella di suscitare paura e preoccupazione nella vittima che, secondo lui, lo ha danneggiato. Forte di questa convinzione il risentito mette in atto un piano punitivo e la sensazione di potere che ne deriva rinforza il suo atteggiamento. Per lo stalker "predatore" l'obiettivo è quello di realizzare i desideri di controllo e di gratificazione sessuale attraverso un rapporto sessuale con la vittima e per raggiungere questo scopo può arrivare al punto di aggredirla di sorpresa. La quinta ed ultima tipologia è rappresentata dallo stalker "corteggiatore incompetente" che non è capace di avvicinarsi all'altro sesso e che quindi non possiede le adeguate competenze relazionali che gli consentirebbero di entrare in sintonia con il partner desiderato.

Il numero più elevato dei comportamenti molesti viene attuato da partner o ex partner di genere maschile (in Italia il 70% degli stalker sono uomini) con un'età compresa tra i 18 ed i 25 anni quando la causa è di amore respinto o di abbandono, o con un'età superiore ai 55 anni in condizioni di separazione o di divorzio (Aramini, 2002). In particolare, una ricerca del 1999 portata avanti da Palarea, Zona ed altri, mette in evidenza come sia maggiore la probabilità che i casi aventi come stalker gli uomini si verifichino quando è stata presente una relazione intima con la vittima, mentre le donne divengano prevalentemente autrici di stalking in situazioni relazionali non intime con la vittima.
Ritornando alle HCP si può notare come il fenomeno dello stalking sia "ad ampio spettro", non solo diretto ai VIP, e di conseguenza narrato come fenomeno sensazionalistico e pericoloso, ma come elemento relazionale che può colpire chiunque. Nel contesto della sanità, le possibili spiegazioni che vedono le professioni d'aiuto al centro dell'interesse degli stalker possono essere sia la diretta conseguenza del prendersi cura dell'altro che li può coinvolgere più facilmente in proiezioni e relazioni interiorizzate dei pazienti, sia la richiesta di attenzione o una ricerca di rivalsa da parte dello stalker.

Una conseguenza negativa per l'obiettivo della cura è la rottura o compromissione della relazione con i pazienti in generale, condizione essenziale per assicurare il benessere. Autori quali Galeazzi e Curci (2001) sostengono, infatti, l'importanza di un intervento tempestivo negli HCP ed un intervento preventivo tale da aumentare le strategie di coping alternative ed efficaci, anche da un punto di vista lavorativo.
Con questo articolo, oltre a sensibilizzare gli HCP sull'eventualità di essere vittime inconsapevoli di stalking, il nostro obiettivo è quello di incentivare azioni di prevenzione primaria e secondaria finalizzate a riconoscere i segnali del fenomeno e preparare gli operatori ad affrontare lo stalker.
Gli interventi preventivi ottimali, in linea con la letteratura internazionale, si inseriscono in un quadro composto da progetti formativi rivolti agli operatori ed agli studenti, una politica informativa specifica nel fornire adeguate conoscenze del fenomeno per sensibilizzare la comunità, momenti di supervisione per discutere sulle esperienze e sviluppare le competenze necessarie a gestire situazioni critiche (es. rottura della relazione) ed interventi di counseling per fornire supporto strategico alle vittime.

Dott. ***Massimo Zedda***
Psicologo - Membro del gruppo di ricerca universitario sullo stalking. Docente a contratto presso il Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino (Master II livello).
massimo@zedda.it

Dott.ssa ***Ilaria Ambrosi***
Psicologa - Consulente sessuale
ilaria.ambrosi@libero.it

Bibliografia

Acquadro Maran, D., Pristerà, V. e Zedda, M. Stalking and health care professional: an analysis of relevant literature. Revista de Psicologia/ International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1(4), 123-128 (2009).

Acquadro Maran, D., Pristerà, V., Varetto, A. e Zedda, M. Stalking: aspetti psicologici. Psicologi a confronto, 2, 45-60 (2010).

Aramini M., Lo stalking: aspetti psicologici e fenomenologici, in Gulotta e Pezzati (2002).

Galeazzi, G.M. e Curci, P. La sindrome del molestatore assillante (stalking): una rassegna. Giornale Italiano di Psicopatologia, 7, 434-452 (2001).

Gargiullo B. e Damiani R., Lo stalker, ovvero il persecutore in agguato. Classificazione, assessment e profili psicocomportamentali, Angeli, Milano 2008.

Kienlein K. K., Developmental and Social Antecedents of Stalking, in Meloy (1998).

Mullen P. E. e Pathé M., Purcell R., Stalkers and Their Victims, Cambridge University Press, New York 2000.

Palarea R. E., Zona M., Lane J. e Langhinrichsen-Rohling J., The Dangerous Nature of Intimate Relationship Stalking: Threats, Violence, and Associated Risk Factors, "Behavioural Sciences and the Law", N. 17, pp. 269, 283 (1999).

Purcell, R., Pathè, M. e Mullen, P.E. The prevalence and nature of stalking in the Australian community. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36, 114-120 (2002).

Sheridan, L. e Davies, G.M. Stalking: The elusive crime. Legal and Criminological Psychology, 6, 133-147 (2001).

Sheridan, L., Davies, G.M. & Boon, J The Course and Nature of Stalking: A Victim Perspective. The Howard Journal, 40(3), 215-234 (2001).

Associazione

OFFICINE PSICOLOGICHE

È proprio nei momenti di crisi e difficoltà che è ancora più utile innovare ed investire: quale miglior messaggio, da parte di un gruppo di psicologi, del dimostrare in prima persona di aver fiducia verso il futuro creando una associazione orientata al promuovere e sviluppare benessere e qualità della vita ?

L'Associazione Officine Psicologiche nasce a Torino, il 23 Marzo di quest'anno, dall'incontro di professionisti con competenze diverse in ambito psicologico e formativo, sia nel campo della psicologia clinica, che del lavoro, che delle organizzazioni. Si propone come luogo d'incontro orientato al miglioramento della Qualità della Vita e alla promozione del benessere psicofisico e dello sviluppo umano, culturale e sociale delle persone di tutte le fasce d'età e realtà sociali. Opera attraverso interventi di formazione, ricerca, attività culturali e di divulgazione scientifica, percorsi di consulenza, sostegno psicologico-educativo, riabilitazione cognitiva e vari progetti di natura laboratoriale.

Nel contesto attuale, scrivere un articolo per presentare la nascita di una nuova associazione scientifico culturale senza scopo di lucro, incontra non poche difficoltà. Mantenere la motivazione nonostante la crisi e il pessimismo generalizzato non è sempre semplice; il rischio di cadere in un vortice di involuzione è alto, soprattutto per chi inizia a muovere i primi passi e vorrebbe lanciare un messaggio diverso alle persone: prendersi cura di se stessi, perchè ognuno di noi è il motore che manda avanti le nostre vite.

Il momento di difficoltà economica che il nostro paese sta attraversando non è certo motivante per chi prova a intraprendere nuove attività e iniziative: la saturazione dei mercati, la disoccupazione in aumento, le nuove realtà di povertà che man mano stanno aumentando all'interno delle nostre città, mettono certamente a dura prova chi sta iniziando a "mettersi in gioco". Inoltre, la mancanza di sostegno, flessibilità e tutela da parte delle istituzioni non fa che aumentare il senso di solitudine e impotenza.

La professione dello psicologo vive inoltre oggi un momento di insicurezza. La poca buona informazione sulle competenze specifiche di questi professionisti, la confusione tra professionalità attigue (psichiatra, psicologo, psicoterapeuta) e altre figure inserite recentemente nel panorama lavorativo (counselor, coach, consulenti filosofici… ecc.) e forse ancora il residuo delle passate credenze culturali che la dipingono appannaggio solo della malattia mentale, confondono la collettività e fanno guardare con diffidenza alla professione dello psicologo.

Tuttavia, proprio queste difficoltà che tutti noi quotidianamente vediamo e/o viviamo, ci spingono sempre di più a portare avanti gli obiettivi principali di questa nuova Associazione: la promozione del benessere dei cittadini. Forse proprio oggi, come mai prima, esiste una reale necessità di essere ascoltati e di prendersi cura di sé.

A volte è importante avere a disposizione uno spazio d'ascolto, un momento da dedicare a se stessi, sia quando si affronta qualche difficoltà, sia quando si sente la necessità di predisporsi verso un cambiamento. E' fondamentale che queste esigenze siano accolte da persone formate nell'ambito della salute, con competenze adeguate per accogliere e gestire la sofferenza attraverso metodologie cliniche e scientifiche appropriate.

OFFICINE PSICOLOGICHE

Proprio per questi motivi, l'Associazione "Officine Psicologiche" nasce nella collettività, con la prospettiva di lavorare con le persone, di creare percorsi personalizzati di crescita e cura di sè, di prevenzione del disagio, cercando di promuovere benessere e salute.

I fondatori dell'Associazione sono tutti psicologi, accomunati da una formazione di tipo cognitivo-costruttivista, ma caratterizzati ognuno da un proprio personale bagaglio di esperienze professionali e personali.

Il presupposto scientifico di partenza è che vi sia una stretta relazione tra corpo, pensieri, emozioni e comportamenti. La ricerca ha dimostrato, infatti, che le nostre reazioni emotive e comportamentali sono determinate dal modo in cui interpretiamo le varie situazioni, quindi dal significato soggettivo che ognuno di noi dà agli eventi.

Parlare di una cornice di riferimento cognitivo - costruttivista significa quindi pensare che ogni persona abbia "costruito" nel tempo un proprio "sistema conoscitivo" che organizza la rappresentazione di sé, regola le interazioni con gli altri, ed elabora a livello sia consapevole, che inconsapevole, le informazioni provenienti sia dagli stimoli interni che da quelli ambientali. Questo sistema conoscitivo si costituirebbe sin nei primi anni di vita all'interno delle relazioni di attaccamento, sviluppandosi successivamente attraverso l'integrazione, al suo interno, di nuove conoscenze ed esperienze.

La sofferenza psicologica originerebbe da eventi interni o di vita che contrastano con le rappresentazioni di sé e del mondo che sono alla base del sistema conoscitivo, che la persona non riesce a gestire e integrare al suo interno.

Tutte le nostre proposte si basano quindi su percorsi guidati da obiettivi, sempre condivisi con l'utenza interessata, di maggiore consapevolezza emotiva del proprio funzionamento e integrazione di nuove esperienze e significati che facilitino il raggiungimento di equilibri sempre più complessi e funzionali dei propri sistemi conoscitivi, agevolando il normale percorso di sviluppo a cui ognuno di noi tende.

Per informazioni:
Associazione Officine Psicologiche Volvera
www.officinepsicologiche.org
Mobile: 334-5700910
Mail: info@officinepsicologiche.org

RICERCA VS DONNA

Per le donna la risposta alle ingiustizie sociali e alla violenza della società patriarcale starebbe in farmacia

La strada per la felicità (?!)

Qual è la strada per la nostra felicità? Ce l'hanno indicata i ricercatori americani. Chi altro poteva essere?

Sulla rivista "Progress in Neuro-psychopharmacology and biological psychiatry" è stata pubblicata una ricerca che ci dice che **la felicità è scritta nel DNA ed è "femmina". I ricercatori avrebbero identificato il legame tra il gene MaoA e la capacità del cervello di reagire a dopamina e serotonina che inducono stati di benessere. Questo nelle sole donne.**

Altri ricercatori della "State University" di New York , ci dicono che il sesso orale aiuta le donne a combattere la depressione e l'insonnia. **Lo sperma maschile rappresenta, secondo loro, il più naturale degli antidepressivi e, per goderne i benefici, basterebbe praticare un po' di sesso orale. Il liquido seminale maschile conterrebbe sostanze in grado di modificare positivamente l'umore femminile e, al contempo, combattere attivamente l'insonnia. Contenitore di serotonina, melatonina, cortisolo e ossitocina, lo sperma sembrerebbe costituire un impareggiabile toccasana per la salute psicologica delle donne**. La ricerca ha stabilito anche che le donne che riescono a mantenere una certa stabilità sentimentale e che non usano alcun contraccettivo, godono di una maggior rilassatezza interiore. Ciò avverrebbe in quanto la donna preferisce rapporti che garantiscano un alto grado di fiducia e affidabilità nel partner, legato al ruolo fondamentale di quest'ultimo nella riproduzione e nell'allevare la prole. Inoltre, le donne abituate ad usare precauzioni durante il sesso soffrirebbero di disturbi depressivi più o meno nella misura di quelle che si astengono da qualsiasi attività sessuale.

Perciò, i gay si rassegnino, perchè non hanno il MaoA, mentre le lesbiche possono trovare la serenità se assumono, possibilmente alla sera, prima di andare a dormire, sperma maschile, come del resto si fa con una medicina che non piace. **E, tutte quante, di giorno, invece di scendere in piazza a fare stressanti manifestazioni, prendiamo la nostra dose di farmaci** a base di dopamina e serotonina e, di sera, invece di fare inutili riunioni, magari separatiste, tutte a fare sesso orale , con relativa "bevuta", con il proprio partner!

A proposito, la ricerca non ci dice qual è la quantità giusta. Siamo costrette a fare a occhio e qualcuna sarà più fortunata e qualcuna meno. E quelle che, finora, si sono astenute dal farlo perchè non lo gradivano, si mettano con impegno in pari. Ne va della loro felicità!

Naturalmente quelle che ne hanno più bisogno sono quelle maltrattate, mortificate, povere e oppresse.

Poi, mi raccomando, se volete "equilibrio" e "stare bene con voi stesse" non date assolutamente retta alle femministe che predicano la gestione del proprio corpo, l'uso delle precauzioni e degli anticoncezionali. E, soprattutto, non vi date tante arie, è il maschio che dà la vita e educa la prole come ci dice la ricerca americana!

E come la mettiamo con quelle che fanno poco sesso o non lo fanno per niente?

Che facciamo? le portiamo dallo psicologo , come si fa in Svezia? perchè secondo questo modello di "normalità" (e ci risiamo con la "normalità!) a diciotto anni devi aver avuto la tua prima esperienza altrimenti rientri nel campo del patologico. E, invece, una volta "non lo facevo per piacer mio, ma per dare un figlio a dio"! e ,oggi, si deve fare tre volte alla settimana per rendere meglio sul lavoro!

Però, le ricerche di cui abbiamo parlato all'inizio, si inseriscono e supportano la nuova vulgata che ora vogliono instillarci e che prevede la ridefinizione dei ruoli e del ruolo della donna in particolare, la sua "complementarietà" con il maschio, la sua dipendenza adorante perchè di lui non può fare a meno, il ripristino di valori che sembravano appartenere, ormai, ad un passato lontano e non più proponibili come la verginità, la maternità, la dolcezza, la disponibilità.....**La donna è, di nuovo, isterica ed insonne, come nella società vittoriana, ed è necessaria la calma e la sicurezza del maschio, oltre al suo sperma naturalmente, a rassicurarla**. Le gravidanze delle giovanissime non sono più un problema (certo nell'ambito di una "sana storia d'amore"...!?!) e, anzi, i bambini si fanno più facilmente da giovani! E' tutto un inneggiare a fanciulle che si tengono il figlio sui banchi della scuola!

Siamo in un momento di transizione in cui sopravvivono valori socialdemocratici modello svedese, mentre comincia ad imporsi la lettura neoliberista, di cui ora la socialdemocrazia "moderna" si fa paladina, e l**a tendenza è quella di far rientrare tutte nei ranghi, in una visione moralistica della vita portata avanti da uno Stato che, ogni giorno di più, si configura come Stato etico al servizio di un controllo sociale sempre più serrato che passa, anche, attraverso l'"autocontrollo" della sessualità e della vita privata.** E la trasgressione sessuale viene fatta sempre più percepire come "rivoluzionaria" ottenendo così due risultati: una "normalità" vittoriana e una trasgressione sessuale come soluzione ai desideri di liberazione e all'insofferenza per la vita che viviamo.

Le regole sociali dipendono da categorie socio-culturali e dal modello economico e le idee dominanti sono quelle della classe dominante. Per battere le costruzioni teorico pratiche che ci vorrebbero imporre, non bisogna farsi irretire nei dibattiti degli esperti, anche quando sono ammantati da presunta scientificità, perchè il loro ruolo è di costruire categorie che permettano di etichettare ogni comportamento degli individui. Quelle/i che non rientrano in una presunta"normalità", funzionale in quel momento al dominio, devono essere recuperate/i e, nel caso questo non riesca, viene sancita la loro esclusione. **La tendenza è quella di ridurre tutto ad un problema psichico, ormonale e di ambiti del cervello. Sei femminista? leggi questa società come ingiusta? ti ribelli? le motivazioni sociali non c'entrano niente, basta assumere la medicina adatta e andare dagli esperti!**

La risposta alle ingiustizie sociali e alla violenza della società patriarcale starebbe in farmacia. La nostra risposta è, invece, autonomia, autodeterminazione, autorganizzazione e autodifesa.

Elisabetta Teghil

mailinglist [Sommosse] 03\09\12 www.womenews.net

MA PERCHE' I GINECOLOGI OBIETTANO?

Il numero dei medici *che si rifiutano di praticare l'aborto dichiarandosi obiettori di coscienza in Italia cresce di anno in anno.* ***A più di trent'anni*** *dall'approvazione della legge sull'interruzione di gravidanza, oggi circa l'80% dei medici non pratica l'aborto quando appena quindici anni fa, nel 1997, il loro numero rappresentava il 60% dei ginecologi e il 50% degli anestesisti.* ***Sono questi i numeri*** *rivelati dall'associazione Consulta di Bioetica onlus che ha lanciato la campagna contro l'obiezione di coscienza dallo slogan eloquente "Il buon medico non obietta".* ***Secondo la Consulta*** *infatti, ormai è fallito il tentativo tutto italiano di integrare le volontà del medico con quelle del paziente visto che è diventato difficilissimo trovare un non obiettore negli ospedali italiani.* ***Nel subdolo attacco alla Legge 194*** *si dimentica, volutamente e senza vergogna che la Corte Costituzionale ha già stabilito che i diritti dell'embrione, che ancora persona non è, non possono in alcun modo limitare quelli della donna, che persona è; che il medico è coinvolto come soggetto attivo in quanto prestatore di un servizio, ma l'unico vero soggetto protagonista di questa scelta è e rimane la donna!* ***Comunque sia,*** *anche l'accettazione, di fatto, dell'obiezione da parte delle Asl, non deve negare un diritto riconosciuto nelle strutture sanitarie pubbliche!*

(redazione)

Sul parere del Comitato nazionale di Bioetica

Diciamolo chiaramente: di questo parere del Comitato nazionale di Bioetica sull'obiezione di coscienza non se ne sentiva proprio il bisogno. In un paese in cui la quasi totalità dei ginecologi si rifiuta di compiere interruzioni di gravidanza proprio dichiarandosi obiettore di coscienza, e in cui a causa di questi numeri abnormi sta diventando praticamente impossibile abortire in molte strutture pubbliche.

E i princìpi ribaditi nel documento si possono così riassumere:
a) l'obiezione di coscienza è un diritto costituzionalmente fondato (il riferimento è agli articoli 2,3,10,19 e 21 della Costituzione);

b) "la liberta` di coscienza da sola non e` sufficiente a fondare l'obiezione di coscienza secundum legem ma dev'essere integrata dal valore richiamato dall'obiettore" perché "quando la legge interviene sulla tutela di un bene fondamentale come la vita o la salute (...), il valore richiamato dal medico obiettore rappresenta una diversa interpretazione del valore protetto dalla Costituzione".

Il parere del comitato cade poi in continue ambiguità, e talvolta in vere e proprie contraddizioni. Nel tentare di difendere l'autonomia sia dei singoli medici che della categoria professionale nel suo complesso, il Cnb propone in un esempio paradossale: "Un'eventuale legge che obbligasse il medico a somministrare una emotrasfusione nonostante il rifiuto del paziente maggiorenne e consapevole (ad esempio testimone di Geova) - si legge nel documento - imporrebbe un'idea eteronoma della professione come attivita` di esecuzione di prestazioni obbligatorie anche per chi le riceve, anziche´ di prestazioni offerte a persone libere". Ma qui siamo in presenza di un paziente che rifiuta una cura! L'esempio calzante sarebbe stato quello di un medico testimone di Geova che si rifiuta di fare una trasfusione di sangue su un paziente che ne ha bisogno (e che la consenta). Ossia - in analogia con il più classico caso dell'obiettore di coscienza sull'aborto - l'esempio di un medico che, in nome delle sue convinzioni etiche e religiose, si rifiuta di prestare un servizio previsto dalla sua professione.

Il documento è tutto teso a creare la cornice etico-giuridica per un'obiezione di coscienza costituzionalmente fondata e perfettamente coerente con l'ordinamento giuridico e per fare questo (e anche forse per riuscire ad ottenere una larghissima maggioranza) ribadisce più volte che questo istituto non può diventare un'arma di sabotaggio delle leggi dello Stato. Per questo, nelle conclusioni, il Cnb afferma che "nel riconoscere la tutela dell'obiezione di coscienza nelle ipotesi in cui viene in considerazione in bioetica, la legge deve prevedere misure adeguate a garantire l'erogazione dei servizi, eventualmente individuando un responsabile degli stessi" ed esplicitamente raccomanda "la predisposizione di un'organizzazione delle mansioni e del reclutamento, negli ambiti della bioetica in cui l'obiezione di coscienza viene esercitata, che puo` prevedere forme di mobilita` del personale e di reclutamento differenziato atti a equilibrare, sulla base dei dati disponibili, il numero degli obiettori e dei non obiettori". Ma è proprio l'ordine del ragionamento a essere capovolto: è la tutela dell'obiezione di coscienza come diritto fondamentale della persona il punto di partenza.

E forse non è un caso che questo parere, che non è stato richiesto dal governo né dal parlamento, ma è un'iniziativa autonoma del Comitato, esca proprio a pochi mesi dall'inizio di una mobilitazione dei medici non obiettori.
Con le iniziative della Laiga prima e con la campagna "Il buon medico non obietta" dopo, i non obiettori avevano cominciato ad alzare la testa e a ribadire con forza e orgoglio la propria professionalità, denunciando un fenomeno che sta di fatto rendendo inoperativa la 194.
La controffensiva è cominciata.

Cinzia Sciuto
http://cinziasciuto.blogspot.it

la fissa sulle donne, una testimonianza

L'oscurantismo vaticano pervade l'informazione. Praticamente dei cloni della Madonna

Donne italiane secondo i media: madri addolorate, martiri che non fanno sesso!

Stavo ragionando sulla maternità, perché sapete che è tornato di moda il fatto di costruire l'aurea di santità sulle donne affliggendosi in quanto madri, come moderno pianeta del martirio, per cui a momenti sono quasi alcune femministe che immaginano che la "natura" ci abbia fatto un favore a farci "partorire con dolore", quasi a darci uno strumento di rivalsa sul mondo, ché se ce lo togliessero codesto strumento non sarebbe male. L'epidurale a tutte e poi lotte per un welfare in cui chiunque può fare quello che vuole e non a richiesta e su tutela di ruoli genitoriali esclusivi, dove si chiedono mille forme di assistenza per le mamme come se ai padri qualche settimana o mese o tempo o risposta lavorativa e sociale alla sua espressione di paternità facesse schifo.

Ma comunque dicevo, stavo riflettendo su questo, su sollecitazione di quella FikaSicula che assieme ad altre qui hanno attivato il percorso critico rispetto a questo genere di stereotipi sociali e personali. ***E mi ritrovo un articolo della Stampa*** *di quelli che continuano e insistono sulle differenze di genere tra i cervelli, le cellule e i gruppi sanguigni, con tanti scienziati pazzi che non fanno altro che cercare prove per determinare discriminazioni di genere basandosi su esperimenti idioti o su opinioni preconcette.*
E in questo caso hanno puntato sulla sessualità così stabilendo che gli uomini sarebbero sempre maniaci, con il pene ché nemmanco il viagra può invidiargli l'estro e la disponibilità, e con l'idea fissa di rifarsi in seghe ogni qualvolta poi gli gira.

Ma se anche fosse che uno ha voglie e desideri e saranno cazzi suoi, che stiamo qui a contargliele le volte e le pugnette e le sudate e poi gli orgasmi. Il fatto è che quando si parla di 'ste cose si stabilisce già una differenza. Gli uomini c'hanno il sesso inside mentre le donne non ce l'avrebbero per niente. Non ci masturbiamo, noi, secondo codesti personaggi, non pensiamo al sesso, siamo a contare le farfalle e a romanticheggiare sullo sfiorar di mani.
E si vede che gliel'hanno raccontata un po' alla cazzo perché a me è capitato di trovare uomini che se gli facevo ehi poi mi volevano sposare ché è importante per loro non sentirsi oggetti e in effetti non li ho mai trattati in quanto tali. Ma il sesso è sesso. Si fa. Ci piace.
Abbiamo la nostra trombatrice precaria a dimostrarlo.
E poi pensavo alla santità, a questa cosa che ci diceva FikaSicula e il punto è che sono 'sti discorsi che ci portano alla santità. Ci obbligano a essere perennemente in via di canonizzazione, senza scappatoia alcuna. Capite o no che siamo esseri umani, persone e che godiamo uguale e che desideriamo e che non è vero manco per un'ovaia che se ci piace e se ci piace tanto siamo degne di patologizzazioni. Ma davvero dobbiamo ancora stare a sentire queste chiacchiere idiote che portano dritto diritto alla criminalizzazione dei nostri comportamenti sessuali se non son consoni a queste conclusioni?

Siamo sessualmente attive, capito? e non ninfomani. Ci piace, lo facciamo. Spesso. Ci tocchiamo e ci piace toccarci e ci piace il sesso in generale. E basta. E in conclusione, devo dire, mi pare sempre più sospetta questa cosa che ogni giorno sui media e nei ragionamenti sparsi in generale le donne appaiano come fossero personaggi del Petrarca. Madri addolorate, vedove piangenti, creature affrante e che non si toccano nemmeno. Ma per favore!
Enjoy women. La vita è bella.
Il mestiere di martiri non ci si addice.

http://femminismo-a-sud.noblogs.org

Il martirio delle donne
Se tutto è a carico della donna

E' una scelta sbagliata quella di non metter su famiglia? la domanda è indissolubilmente legata ad un'impossibilità materiale e alla mancanza di condizioni (in primis economiche e sociali) adeguate in grado di consentire una serena genitorialità.

Inoltre, conciliare lavoro e famiglia per le donne italiane è una pratica funambolica. Lo confermano i dati Istat: scarto di 11 punti tra occupazione maschile e femminile in mancanza di figli (76% maschi, 65% femmine) e uno di ben 32 punti con l'arrivo del primo pupo (90% i papà, 58% le mamme occupate). La forbice tra maschi e femmine si allarga con il secondo bambino con solo il 51% delle donne che restano al lavoro fino ad aprirsi sguaiatamente con l'arrivo del terzo o quarto bambino (in tal caso è il 34% delle donne a restare al lavoro contro l'85% degli uomini).

Il congedo parentale obbligatorio per i papà di tre giorni, un altro degli atti simbolici del Governo attuale, resta un inutile ago nel pagliaio. Perché se è vero che c'è un elemento culturale che vuole la donna italiana relegata a fare l'angelo del focolare, nei fatti non è permesso dalle ristrettezze economiche che hanno scaricato totalmente sulle donne la cura di bambini e anziani.

Decine di suicidi di lavoratori, disoccupati, pensionati, piccoli imprenditori

SalvaItalia? Oggi arriva con forza la necessità di "salvare gli italiani". A dichiararlo è **Giuseppe Luigi Palma, presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi**.

"***L'allarme*** - sostiene - ***viene rilanciato da più parti come da associazioni del volontariato, degli artigiani, degli imprenditori. L'attenzione - spiega - torna alta sul fenomeno dei cosiddetti suicidi economici, una lunga lista di vittime della crisi che si abbatte sulla vita reale. Un fenomeno, questo, tristemente tipico dei periodi di difficoltà economica e che secondo dati recenti è cresciuto negli ultimi due anni di quasi il 25%: solo nei primi sei mesi del 2012 si sono già registrati più di trenta casi di suicidi***".

E se questi numeri dovessero crescere ancora?

"***Se questi numeri*** - continua - ***rappresentano lo spaccato estremo e definitivo di un disagio che una persona non è in grado di sopportare, altre e altrettanto profonde sono le inquietudini che vediamo serpeggiare nell'animo e nei pensieri delle persone: si insinua il dubbio, la paura, l'ombra che porta a temere che qualcosa di grave e per certi versi irreparabile ed irreversibile possa capitare a ciascuno di noi: la crisi può colpire anche me***". "***I segnali*** - dichiara lo psicologo - ***ci sono: l'eliminazione progressiva del superfluo quotidiano, ma anche la constatazione che i risparmi si assottigliano, che il valore della propria casa, magari di poco, si riduce***".

Ma non è finita. "***I negozi del quartiere che scompaiono, il posto di lavoro che potrebbe diventare pericolante*** - aggiunge Palma - ***La tentazione, specialmente dei cittadini di ceto medio (alto e basso), è quella di girare la testa dall'altra parte, ma il tarlo resta: non può che essere così, sentendo ogni giorno di rischio Grecia, rischio Spagna, e di euro appeso a un filo. Il tormento*** - *sostiene* - ***è quotidiano: spread a cinquecento, contagio imminente, baratro senza fondo, fine delle certezze individuali cosi' come di quelle collettive***".

"***Dal nostro osservatorio*** - dice ancora il presidente degli psicologi italiani - ***avvertiamo una inquietudine diffusa, sottile, pericolosa: quella di chi non sta (ancora) malissimo, ma che sa (o teme) di essere sulla soglia del baratro, vero o temuto: aziende in ristrettezze improvvise, mobilità, prepensionamenti: parole che per molti non sono più una lontana ipotesi per conoscenti sfortunati da consolare***".

"***Forse*** - osserva - ***più grave la situazione della vasta platea dei quasi cinque milioni tra professionisti e lavoratori autonomi intellettuali stremati dal precipitare della crisi su una situazione già difficile: pagamenti fermi, investimenti a zero, burocrazia ora piu' che mai insopportabile***".

"***L'affanno*** - spiega - ***sempre piu' spesso sembra prendere il sopravvento: accorparsi, dividere le spese, non mollare.***

L'agiata precarietà intellettuale degli anni passati che sfuma tra rimpianti e rimorsi".

"***La gente*** - continua Palma - ***si chiude in casa, uomini e donne; molto di piu' uomini che vivono il loro default come un'onta e una vergogna - di seconda e terza eta', sono terrorizzati per figli e nipoti: serpeggia, rabbia, desolazione, ansia repressa. I sensi sono tutti concentrati sull'allerta che puo' evitare la caduta, il tonfo, il film dell'orrore del restare al verde e vedere il segno meno del proprio conto in rosso***".

"***Non sarà un bel settembre, quello che verrà*** - conclude - ***sembra quasi che il cuore e l'animo dei cittadini non riesca a (ri)sollevarsi. Monti pensando allo spread e al debito ha varato il SalvaItalia, ora servirebbe davvero un Salva Italiani***".

Piemontesi nell'inquietudine

Il Piemonte sempre più depresso da una Giunta regionale prevaricatrice su ogni regola di elementare democrazia, lo rappresenta in tutto una Torino smembrata nei valori sociali, venduta agli speculatori con la privatizzazione dei Beni Comuni e alle banche; l'orrendo grattacielo del SANPAOLO in corso Inghilterra, voluto più alto della Mole, lo certifica: la simbologia e l'ideologia dominante dev'essere visibile ai sudditi!

Il mantra della città che si sviluppa armoniosa e bella, ben amplificato dai giornali del potere (La Stampa e La Repubblica) non funziona più come negli anni drogati dalle olimpiadi. I lavoratori, gli operai della Fiat licenziati e in cassintegrazione non trovano più ragione di cittadinanza, si sentono rifiutati e clandestini.
Torino ha anticipato la crisi di civiltà del Paese con le Giunte Castellani/Chiamparino/Fassino che hanno suicidato la vita dei torinesi, consegnandola nelle mani degli speculatori e dell'usura al potere.

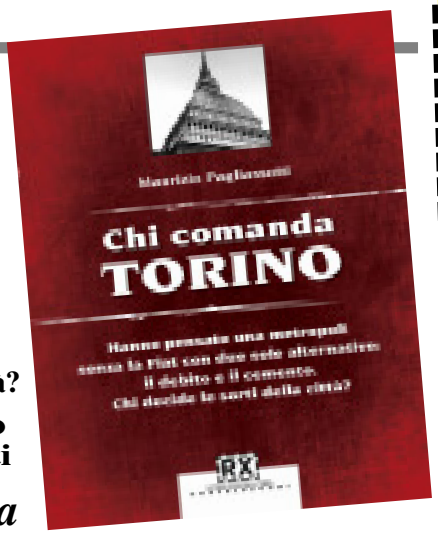
Anche a Torino qualcuno si dà fuoco per togliersi la vita. Nel caso del lavoratore suicidatosi il 19 agosto nella periferia, La Stampa ha derubricato la causa del suicidio in "dipendenza dai videogiochi". Quanta ipocrisia non dire che l'aggrapparsi alla speranza del gioco è solo la conseguenza di uno stato di depressione causato dalla perdita del lavoro, dai debiti e dalle insolvenze accumulate per mancanza di reddito!

redazione LeS

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

di **Maurizio Pagliassotti**

in libreria



Una città venduta alle banche e agli speculatori, come fosse una proprietà di gruppi d'affari

Torino città modello? Si, per le privatizzazioni dei beni comuni

In Italia c'è una deleteria abitudine popolare, certamente coltivata e curata scientificamente dai grossi (e grassi di finanziamento pubblico) mezzi di comunicazione stampata e televisiva: quella di dimenticare subito i danni fatti a nostre spese dalla politica degli affari, e poi quando ce la sentiamo materialmente cadere addosso ci chiediamo il perchè come se la batosta arrivasse dal cielo. Vogliamo ricordare un grave fatto successo recentemente a Torino.

Il Consiglio Comunale di Torino dopo aver approvato la privatizzazione degli asili, ha approvato la privatizzazione dell'Amiat e della società che gestisce l'inceneritore.
Questa decisione della maggioranza del Consiglio (PD-MODERATI-SEL-IDV-) ben accettata dall'opposizione (PDL-LEGA) è avvenuta a pochi giorni dalla sentenza della Consulta, che ha riconosciuto le ragioni dei movimenti referendari contro le norme di Berlusconi che favorivano le privatizzazioni.

Ipocrita l'astensione di SEL e IDV perchè ha dato il via libera alle privatizzazioni con la formula "Ponzio Pilato" come pilatesche sono le giustificazioni del sindaco quando parla di controllo pubblico sui processi di acquisizione dei privati sui beni pubblici essenziali per i torinesi. Sono rassicurazioni che politici come quelli di SEL e IDV potrebbero facilmente smascherare in quanto sostenitori a suo tempo dei referendum per l'acqua pubblica, vinti con il SI di oltre il 90% degli italiani.
Ma pare che le poltrone sono troppo comode per rinunciarci in nome di una coerenza politica e del rispetto nei confronti dei cittadini torinesi. Non caso Fassino ha ringraziato pubblicamente il partito di Vendola e di Di Pietro per non aver messo in crisi la maggioranza.

Questa decisione non rispetta la sentenza della Consulta che ha rigettato il ricorso contro i referendum, rispettando la volontà popolare, e rischia di confermare il regalo che il governo Berlusconi/Bossi aveva tentato di fare ai privati; sempre alla finestra, come avvoltoi pronti a intrecciare i propri interessi speculativi sui Beni Comuni, per i cittadini servizi pubblici, per accalappiare quei politici nei governi locali che ritengono cose vetere i diritti sociali.

Ospedale Amedeo di Savoia

Ambulatorio IST (Infezioni Sessualmente Trasmesse)

Corso Svizzera, 164
Torino (TO)
telefono: 011/4393788

trasporti:
tram: 3, 9; bus 59, 60

Giorni e orari:
Padiglione RUDIGOZ;
lun/mar/gio/ven
sono disponibili 15 posti
dalle 08,30 alle 10,00.

Visite per ritiro esami
a libero accesso:
lun/mar/gio/ven
dalle 13,00 alle 14,30;
mer dalle 09,00 alle 11,00.

Attività infermieristiche (prelievi, terapie post visita).

Non è necessario prenotare;
non è necessaria l'impegnativa del medico di base;
su richiesta è garantito l'anonimato;
la visita non comporta il pagamento del ticket;

Disponibilità di mediatori culturali.

LETTURE DI CURA

Al di là delle cure

interventi complementari e di supporto in oncologia

Il testo affronta un argomento interessante e di attualità: i malati di tumore si affidano nella quasi totalità alle cure tradizionali, ma in varie fasi del percorso della malattia, che può durare anche anni e che sottopone loro stessi e i loro familiari ad una notevole carica di stress sia fisico che psicologico, ricorrono frequentemente alle cure complementari. Ai nostri giorni il malato, o i suoi familiari, non si accontentano delle parole del curante ma allargano le conoscenze attraverso i media – stampa, TV, Internet o la rete amicale, con il rischio di informazioni incomplete o errate che li possono confondere e allontanare dagli obiettivi della cura. È importante quindi che i malati, i loro familiari ma anche gli operatori sanitari abbiano una conoscenza, se pur generica, di tali cure in modo da chiarirne l'efficacia e di conseguenza sviluppare anche aspettative adeguate. Questo testo sulle cure complementari presenta alcuni punti di forza: specifica infatti chiaramente che le cure complementari non sono alternative alle cure scientifiche tradizionali ma sono una parte di quella medicina integrata multidisciplinare che accompagna il malato durante tutto il percorso di cura. Inoltre dà adeguato spazio alla spiegazione dei termini usati e alla descrizione delle diverse forme di cure complementari. (*Nota a cura dell'Editore*).

Autore: Piero Pantaleo
Editore: Franco Angeli,
Collana: Scienze & Salute
Euro 23.00 - Pag. 192
Questo libro è disponibile anche in versione e-Book

HIV/AIDS: PIU' RISPOSTE MENO DUBBI

EDIZIONE AGGIORNATA

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

su www.lila.it
l'opuscolo in pdf

Sono proprio veri "Pigs!"

Un libro per tutti; gli arcani della crisi svelati finalmente senza le formule degli apprendisti stregoni politici e mediatici

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.
In questo libro di Paolo Ferrero fresco di stampa - "Pigs!", DeriveApprodi, pag. 210, euro 12 - molto eloquente già a partire dal titolo (notate il punto esclamativo...), corredato da quattro facce "emblematiche", Monti, Merkel, Fornero, Draghi...
Sì, un libro di controinformazione. Se volete, un manuale di autodifesa, potete tenerlo come libro da comodino, pronto all'uso.
Tranquilli, nel libro di Ferrero non troverete nemmeno un rigo riconducibile al linguaggio per addetti ai lavori, criptico, falsamente misterioso, creato su misura perché i più, tutti noi, non ci capiscano un'acca. No, il linguaggio del libro (un pregio non da poco) è semplice, facile, su misura perché i più, tutti noi, ci capiscano e bene.

Per esempio, "Facciamo come in Danimarca", bello vero?, è un altro dei luoghi comuni che ci propinano: in salsa "flexsecurity", variante danese «proposta come alternativa da chi vuole fare piazza pulita dell'art. 18». Falso. Se non altro perché «in Danimarca il tasso di occupazione è dell'80%, in Italia meno del 57%»; e magari perché «la Danimarca è un posto dove se sei licenziato hai diritto a un salario di disoccupazione per quattro anni», in Danimarca.
Punto per punto, lo smontaggio dei luoghi comuni, delle menzogne, delle ipocrisie, dei falsi idoli coi quali sperano di farci ingoiare lacrime e sangue - la mazzata e la beffa - prosegue con argomentata semplicità e chiarezza.
Siamo al tempo del "Pensiero unico" (il loro), della rivoluzione che trionfa (la loro, quella turbo-finanziarcapitalistica), della Internazionale (la loro, via globalizzazione), della più gigantesca "privatizzazione dei profitti e socializzazione delle perdite" (diceva un certo Marx...).

Socialismo o barbarie, la via d'uscita c'è, pressoché «obbligata»; e l'ultima parte è dedicata appunto a questo tema. Per esempio, «cosa fare in Europa»; per esempio, come realizzare «un New Deal di classe in Italia», al tempo dell'euro che sta per saltare in aria; al tempo di Marchionne, di Monti, di Bce, di fiscal compact, di Troika e altri mostri.

Maria R. Calderoni *(www.controlacrisi.org)*

Il dentista sociale a Torino

VISITA E PREVENTIVO COMPLETAMENTE GRATUITI

telefoni: 333.3391309 - 339.6735043

Parte da Montecatini Terme e approda a Nichelino il tentativo di contrastare quella che è ormai entrata nelle aspettative comuni come un'angosciante prospettiva. In campo scendono Vincenzo Ortolani dentista con specializzazione in odontostomatologia, odontoiatra e protesi dentaria, e lo staff nichelinese della Federazione della Sinistra, che 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."

Referendum su art.18 e contratto

Proposti da Fiom/cgil, Federazione della Sinistra, Italia dei Valori, Sel, Verdi, Associazione Alba, Giuristi del lavoro

Con l'adesione dell'USB (Unione Sindacale di Base)

Questi referendum riguardano atti dei governi Berlusconi e Monti, che hanno devastato diritti sociali e i diritti del lavoro.

Con l'approvazione dell'articolo 8 della manovra dell'agosto 2011, si sono poste le premesse per la cancellazione tanto del contratto collettivo nazionale e delle relative leggi a tutela del lavoro, rendendo il derogabile dalla contrattazione di secondo livello e dunque dall'accordo con qualsiasi sindacato a livello aziendale o territoriale.

Con lo svuotamento, di fatto una cancellazione, dell'articolo 18, si è tutti ricattabili dalla minaccia del licenziamento, tutti precari perché in qualsiasi momento e con giustificazioni discrezionali, ad esempio la ragione economica, il rapporto di lavoro si può interrompere. Uno strumento discrezionale in mano al datore di lavoro, privato e pubblico, per licenziare chiunque.

Con la controriforma delle pensioni del dicembre 2011 si è allungato fino a sei anni il tempo di lavoro per gli occupati mentre per chi è stato licenziato, o è già disoccupato, senza più possibilità di ricollocarsi nel mondo del lavoro e lontanissimi dalla possibilità di accedere alla pensione, significa la distruzione non solo di progetti di vita ma della possibilità stessa della sopravvivenza. Inoltre, l'allungamento del periodo lavorativo per chi lavora è una beffa per la disoccupazione giovanile che nel nostro paese raggiunge livelli gravissimi.

Il comitato promotore inizierà la raccolta firme davanti ai luoghi di lavoro e nelle piazze dal mese di ottobre.

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*

Collaboratrici/ori di redazione: *Fulvio Aurora, Roberto Bertucci, Enrico Moriconi, Michele Diciolla, Stefano Morena, Matteo Salvai, Margherita Napoletano, Luisella Morandi, Valentina Boi, Cristina Miletto, Marisa Chiaretta, Marco Prina, Renato Fioretti, Jerry Scotellaro,*

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 grafica di *Mac Rizzo*
Vignette (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 10-9-2012
Suppl.a M. D. - n° 200
Stampa: Grafica Nuova via Somalia 108/32 Torino Copie stampate: 5000
numero pubblicato solo in pdf su web

Tariffe delle inserzioni pubblicitarie: contattare la redazione
- nb. Le inserzioni di questo numero sono gratuite

Pubblicati 207 *numeri*
- 13 speciali - 7 n. tematici
- 1 referendum nazionale su contratto sanità
- 1 questionario regionale su piano sanitario piemontese

Scritto da 1393 *autori*
- 1066 operatori sanità
- 126 sindacalisti
- 34 esponenti politici
- 164 altri

Stampate 685mila *copie*
- 482mila ospedali e ambul.
- 131mila luoghi vari
- 72mila copie distrib. naz.