Racconti e Opinioni
lavoroesalute
www.lavoroesalute.org
Anno 29 * n.4 settembre 2013 Periodico finanziato da promotori e lettori * Diretto da *franco cilenti*

Più donne medico *ma a quali condizioni*
a pag. 6

La sanità è precaria con lavoratori precari? *Chi se ne frega!*

Roberto Cota Presidente della Regione Piemonte

Nella sanità piemontese, e generalmente nella sanità nazionale, il fenomeno del precariato ha assunto dimensioni tali da rendere precaria anche la qualità della cura.
Inoltre, il danno grave è amplificato all'ennesima potenza, distruttrice, perchè riguarda ambiti di lavoro dentro i quali quotidianamente si sviluppa, sempre più conflittualmente, in ospedale e nel territorio il rapporto tra operatori e cittadini, quali l'emergenza e l'assistenza sanitaria diretta.
La conflittualità si esprime in tante forme, quella direttamente verbale o fattiva con il ricorso alla legge (vedi chiamate dei carabinieri e denunce alla magistratura) e non meno pesante per la considerazione del nostro lavoro di dipendenti della sanità pubblica è il silenzio.
CONTINUA A PAG. 4

STABILIZZAZIONE PRECARI DEL PUBBLICO IMPIEGO? UNA PRESA IN GIRO *a pag. 5*

editoriale ***Per una presenza sul lavoro che ci identifichi come soggetti pensanti*** pag. 2

8- Aborto e precarietà della salute delle donne
9 - *I medici antiabortisti vanno licenziati?*
11 - Nè puttane, nè madonne, siamo donne
18 - *Un infermiere: il paziente è nostro nemico?*
21 - Autismo: i bambini non trovano la sanità
22 - *Sicurezza lavoro: malarisposta del governo*
23 - Burnout lavoro: confronto tra infermieri
24 - *Tumori dai luoghi più inquinati del Piemonte*
25 - Valsusa: le malattie viaggeranno più veloci
26 - *Il 50% dei farmaci è inutile o dannoso*
27 - InceneritoreTorino: inquinamento e spreco
---- *e altri articoli, notizie, commenti*

a pag. 12 e 13 Eleonora Artesio
In Piemonte meno cure agli anziani non autosufficienti
CITTA' DELLA SALUTE
Dove sono finiti i soldi?

Lavoro x tutti
A ottobre la raccolta firme
a pagina 32

«È il momento di unire le forze»
Lo chiedono Rodotà, Landini, Don Ciotti e Zagrebelsky
Lo riafferma Paolo Ferrero
a pag. 3

a pag. 30 la recensione

DENTISTA SOCIALE a Torino
Qualità e giusto prezzo Preventivo gratuito
333.3391309 - 339.6735043 - info. a pag. 31

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

editoriale

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

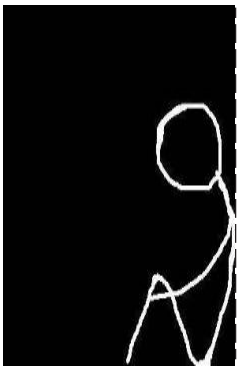
di *franco cilenti*

E' impressionante la capacità della gente, nel nostro caso la stragrande parte dei dipendenti della sanità piemontese, di sorvolare sulle questioni di organizzazione del lavoro e dignità professionale, e ovviamente su quelle politiche e sindacali, che incidono pesantemente sulla loro vita quotidiana, e non solo quella lavorativa. Pare che tutto ciò che succede venga vissuto con filosofia spirituale, quasi fossero fatti del proprio destino di gente che aspira a vivacchiare alla giornata, piuttosto che pretendere il diritto alla gratificazione nel lavoro per vivere dignitosamente, piuttosto che lavorare male per vivere sempre peggio.

Non parlo di ideali ma di idee comuni per farci uscire da questo ruolo di comparse, e più spesso, di marionette alle quali viene chiesto di muoversi per servire bisogni altrui. Facciamo comodo e facciamo divertire chi sta già comodo nell'abbondanza e si diverte nella propria facilità ad avere tutto servito su un piatto d'argento, mentre noi ci barcameniamo nella nostra solitudine nell'arrancare sul lavoro e nel resto della giornata. Siamo portati a pensare ognuno ai fatti nostri e i fatti degli altri ci paiono lontani per constatare se sono comuni ai nostri, o li guardiamo con depressione se troppo migliori dei nostri.

Ci siamo "accomodati" sul destino di perdenti, o più precisamente, ci hanno abituati a considerarci perdenti. Se non cerchiamo punti d'incontro e dialogo con chi è nelle stesse condizioni, e non è difficile individuarli sui nostri stessi posti di lavoro, evitando di frapporre personalismi caratteriali e professionali saremo sempre più comparse, più o meno visibili, quelle volte che facciamo comodo. Al dirigente intelligente o incapace, e al sindacalista, utile o meno che si dimostri.

L'esigenza di cambiare nella sostanza lo stato delle cose presenti, nei luoghi di lavoro come nella società (fonti di dolori e depressione) ci accomuna. Ecco perchè le idee sono sorgenti di proposte per affermare diritti che vengono negati, nella loro concretezza e materialità.



Per affermare che il nostro lavoro può e deve organizzato diversamente per poter adempiere al compito che la Costituzione ci affida: la salute di tutti i cittadini.

E' vero che non bastiamo noi operatori della sanità pubblica, in quanto l'impatto dell'organizzazione sanitaria influisce sulla salute in una percentuale importante, ma non superiore al 30%. E' legata prevalentemente al reddito, quindi al lavoro, all'ambiente, all'istruzione, alle condizioni abitative.

Organizzazione sanitaria, e professioni. Proposte

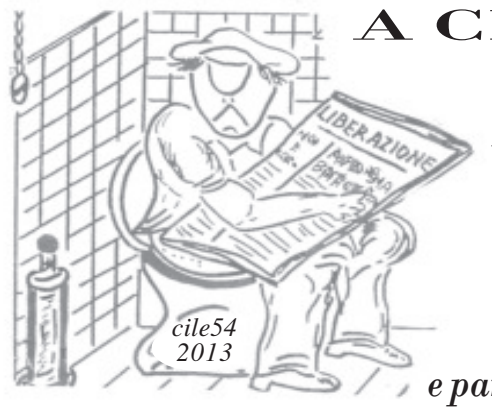
UNA PRESENZA SUL LAVORO CHE CI IDENTIFICHI COME SOGGETTI PENSANTI

L'organizzazione sanitaria è importante, in quanto fondata sull'epidemiologia, perché segnala le situazioni di rischio e di danno, cura le persone malate, le riabilita nella misura del possibile. Il sistema sanitario nazionale è stato mercificato e bisogna tornare alla sua natura di servizio di utilità pubblica.

Per dare spunti di discussione alle professionalità nei luoghi di lavoro mi rifaccio a proposte che come Associazione onlus, Medicina Democratica, sosteniamo nelle sedi di confronto istituzionali come nelle iniziative pubbliche.

Per riprendere la bontà della legge 833 del 1978 che ha istituito il Servizio Sanitario nazionale, universale e gratuito, bisogna che l'attuale struttura aziendalistica venga modificata in toto; non più grandi ASL, ma USSL (unità socio sanitarie locali), dirette da un Comitato di Gestione, non di nomina politica, ma eletto, ogni 5 anni, su base territoriale composto di 5-7 membri, su base volontaria, con un presidente - il solo retribuito - che svolge anche la funzione di direttore generale con un salario non superiore a quello di un direttore di dipartimento, che le rappresenta giuridicamente e le dirige con l'apporto di tutto il Comitato.

CONTINUA A PAG. 3



A CHE PRO?

Perchè mai dovremmo pensare a cosa ci capita, lo sai bene che corriamo il rischio di capire tutto e fare le pulci a dirigenti e tanti siglati sindacali? Pensare non ci conviene e parlare è controproducente!

UNA PRESENZA SUL LAVORO

CONTINUA DA PAG. 2

Le USSL sono devono avere un numero di abitanti compreso fra 50 e 100000 abitanti; i distretti non più di 10-15.000.
Le USSL comprendono non più di un ospedale pubblico.
Viene istituito anche un Comitato di Partecipazione dei cittadini e degli operatori, formato ed eletto, dai movimenti e dalle associazioni per il diritto alla salute, che diventa interlocutore del Presidente e del Comitato di Gestione.

Le USLL attuano il programma stabilito dal Piano Regionale in attuazione dei livelli nazionali essenziali di assistenza. Fondamentale è la relazione umana tra dirigenti, operatori e cittadini.

Il programma riguarda:
a) l'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro e sul territorio in attuazione delle leggi esistenti. Va ripensata la funzione dell'INAIL, ma da subito si devono affidare alle USSL il riconoscimento delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro;
b) l'attività di cura;
c) l'attività di riabilitazione.
La cura e la riabilitazione sono a carico delle USLL anche per ciò che attiene alle persone con grave disabilità e le persone croniche non autosufficienti.
Devono essere superati gli attuali punti deboli come quello delle cure domiciliari, che devono essere istituite in tutti i distretti e dirette da Unità Valutative Multidimensionali e istituite a livello distrettuale. Il sistema di finanziamento è improntato essenzialmente alla quota capitaria, per ciò stesso vengono eliminati i DRG, passando ad un sistema fondato sui risultati di salute "un sistema che paga la salute, al posto dell'attuale sistema che paga la malattia").
Gli operatori che dirigono ed erogano le prestazioni devono essere operatori pubblici con assunzioni a tempo indeterminato: occorre superare nel tempo ogni forma di appalto o affidamento di servizi a settori di sanità privata o cooperativistica. Da subito va eliminata la libera professione degli operatori pubblici sia intra che extra muraria come ogni forma di sanità integrativa.

Le grandi opere in sanità "succhiadenaro" e autoreferenziali (Città della Salute, Grandi Centri di Ricerca) vanno eliminate.
IL Servizio Sanitario Nazionale risponde ai bisogni di salute di tutti i cittadini dimoranti sul territorio nazionale senza distinzioni o discriminazioni nei confronti di cittadini extracomunitari, rom, omosessuali o altri.
Gli OPG, come i CIE, devono essere definitivamente eliminati. Gli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere scientifico, fanno capo al Ministero della Salute in stretto contatto con le Regioni.

Per raggiungere questi obiettivi è necessaria una grande discussione. Non solo di merito, ma sulle modalità di raggiungerli, quindi sui modi e sui tempi. Si tratta di principi fondamentali esposti per trovare una condivisione di fondo, che richiedono di essere articolati.

Al seguito di tutto ciò è necessaria la predisposizione, quindi l'approvazione di una legge nazionale che abbia come punto di partenza la legge 833/1978 attualizzandola alle mutate condizioni sociali e che comprenda anche la soluzione dei problemi che riguardano la bioetica a partire dalla procreazione assistita e dal fine vita.

«È il momento di unire le forze»

Lo chiedono Rodotà, Landini, Don Ciotti e Zagrebelsky.

Lo riafferma Paolo Ferrero

Con la dispersione delle idee e degli atti di ognuno di noi diventa più difficile per tutti, pensarci non più come singoli individui e non come milioni di persone con bisogni comuni.
Quei bisogni che i movimenti sui diritti sociali, civili e di giustizia senza privilegi, hanno inteso evidenziare con le denunce, le lotte e i referendum, primo su tutti quello sull'acqua pubblica che ha confermato come su un'idea comune la maggioranza degli italiani riesce a unirsi contro chi vuole accaparrarsi anche dei beni vitali.

Quello che sta nascendo non è un altro partito ma il naturale "stare insieme" di chi non accetta lo stato di cose presenti (vedi astensionismo al voto).
E' naturale che insieme si mettano persone coerentemente impegnate politicamente e sindacalmente a sinistra, (e elementarmente democratiche), quella stessa natura che si esprime nelle opinioni dei singoli ridotti a tentare di sopravvivere, schiacciati dal furto del diritto al lavoro, allo studio e alla stessa libertà di parola, che lor signori in questi ultimi 30 anni hanno cercato di ridurla a libertà di lamento impotente.

Altri tentativi sono stati fatti in questi anni (ultimo Rivoluzione Civile) per ridare futuro sociale e politico all'Italia; è destino che gli italiani onesti non possano camminare, e votare, uniti a testa alta? Volere è potere, questa è la strada maestra!

Precari in sanità?
Chi se ne frega!

CONTINUA DA PAG. 1

Possiamo pretendere dai cittadini la comprensione di uno stato di angoscia quotidiano del lavoratore precario, che inficia la serenità e la stessa professionalità, quando si vive con l'incubo della sicura fine del rapporto di lavoro?
Possiamo pretendere dal cittadino la comprensione di un pessimo umore del lavoratore precario sottoposto a pesi ricattatori di responsabilità, spesso senza diritti normativi e di sicurezza sul lavoro, con stipendi fortemente penalizzanti e legati alla fonte al profitto delle agenzie interinali?
Capirebbero i cittadini, quegli utenti (malati e famigliari) il disagio, che eufemismo, di giovani e meno giovani costretti a non poter pensare al futuro ma solo al giorno dopo?

Questa drammatica realtà la sanno leggere pochi occhi istituzionali; citiamo, condividendolo, un passaggio di un'articolo di Francesco Saverio Proia, dirigente del Ministero della Salute, da anni impegnato nel settore dello sviluppo delle Professioni Sanitarie (quotidianosanita.it del 23 agosto 2013)

" *Certamente ormai, anche per le varie pronunce della massima magistratura è impensabile una soluzione di stabilizzazione del precariato che eviti il dettato costituzionale del rispetto dell'accesso all'impiego pubblico tramite prove selettive concorsuali prevedendo per il precario la riserva nei concorsi e/o la valutazione adeguata del servizio prestato, ma per dare respiro e tranquillità alla lavoratrice ed al lavoratore precaria/o ed allo stesso sistema, almeno si potrebbe avere il coraggio di superare il periodico rinnovo del contratto a tempo determinato e prorogarlo sino all'effettuazione delle rispettive prove concorsuali, con l'obbligo temporale per le Aziende Sanitarie e le Regioni di effettuarli in un periodo predeterminato (cinque anni?).* "

In sanità negli anni 80 con la conquista della legge 207/85 fu abbattuto il fenomeno nascente della precarietà in sanità (150.000 unità, di cui 30.000 convenzionati) e a quei precari fu restituita la possibilità di costruirsi il futuro come cittadini lavoratori.
Oggi la problematica del precariato è più pesante perchè non esiste, se non nella formalità, la mediazione politica tra le parti atta a risolvere le questioni che toccano mortalmente il servizio sanitario, e ancora peggio, non esiste la dinamica sindacale propedeutica a una presa di coscienza dei problemi indirizzata alla soluzione definitiva. Oggi il sindacato si riduce alla denuncia post danno omettendo ipocritamente che sono complici attivi non avendo operato preventivamente con lotta e programmazione contrattuale. Eppure, è noto che i precari in sanità svolgono funzioni fondamentali come chi è in organico effettivo.

Quindi, alla fine dei conti "basterebbe" l'onestà e il coraggio di aprire gli occhi da parte del sindacato per iniziare a risolvere questa paurosa differenza di diritti tra i lavoratori a tempo indeterminato e quelli a tempo determinato. Un coraggio "politico" per smuovere la politica, nazionale e locale, e a ricaduta le stesse aziende sanitarie che spesso si accomodano nei vuoti della politica e nell'accondiscendenza sindacale. Anche su questo aspetto citiamo un altro passo di Proia:
.....lo stesso coraggio politico dovrebbe imporre alle Aziende Sanitarie la scelta risolutiva per la quale la normalità del rapporto di lavoro sia quello a tempo indeterminato e che il ricorso a quello a tempo determinato sia circoscritto solo a quelle fasi ristrette e delimitate nel tempo quali le sostituzioni per aspettativa etc.; altrettanto coraggio dovrebbe essere esercitato per bandire l'utilizzo dei cosiddetti rapporti atipici e flessibili ed il ricorso alle cosiddette cooperative di servizio, non solo di norma ma soprattutto per quelle funzioni "core" dell'azienda sanitaria. E' noto a tutti che questi rapporti di lavoro sono caratterizzati per l'assenza della maggioranza dei diritti previsti per gli altri lavoratori a fronte degli stessi doveri e per una retribuzione altrettanto inferiore, una volta si chiamava sfruttamento ed ingiustizia sociale, ora non so che neologismo utilizzare. ".

Urge una mobilitazione reale, che non si riduca a un presunto "stato di agitazione" da parte dei sindacati, per la stabilizzazione del lavoro precario del personale e la valorizzazione delle esperienze lavorative nelle aziende del Servizio Sanitario Regionale e un accordo sulle politiche di occupazione per le giovani generazioni delle professioni infermieristiche e delle altre professioni sanitarie che oggi vedono allontanarsi la possibilità di lavoro. Sono state rese note le scelte di facoltà universitarie dei giovani diplomati e la facoltà di scienze infermieristiche ha visto dopo decenni un netto calo di iscrizioni.
Serve un accordo da imporre alla Giunta Regionale per il progressivo superamento del fenomeno del "precariato", e quindi all'obiettivo di qualificazione

CONTINUA A PAG. 5

Precari? e chi se ne frega!

CONTINUA DA PAG. 4

degli organici delle Aziende del SSR, per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e fornire prestazioni e servizi di qualità;
- un programma annuale di revisione delle consistenze organiche del personale (in servizio sia con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, che tramite altre forme contrattuali), nell'ambito del quale può essere valutata la possibilità di trasformare le posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizione di lavoro dipendente a tempo indeterminato.

Vero che ci sarebbe bisogno di ben altre scelte politiche di rottura con questi ultimi vent'anni di boicottaggio del sistema sanitario pubblico e di svalorizzazione delle professionalità ed esperienze individuali e collettive che hanno permesso comunque un livello qualitativo nella cura e assistenza, ma questo è il compito della politica istituzionale fermo restando che la sua etica e le sue scelte di giustizia sociale sono legate al voto dei cittadini, però il sindacato può e deve fare indipendentemente dal sistema e dai partiti che governano. O no?

REDAZIONE

Precari: 68% sono donne

Sono oltre 35 mila i lavoratori precari nella sanità: 23 mila fanno parte del personale del comparto, 7.200 sono medici, 1.063 dirigenti non medici e 702 'altro personale'. A lavorare con contratti a tempo all'interno di ospedali e aziende sanitarie sono soprattutto le donne (24.159), circa il 68% del totale (35.188). Sono i numeri del Conto annuale 2011 della Ragioneria generale dello Stato.

La maggior parte delle unità in lavoro flessibile è a tempo determinato: 29.545 operatori di cui 20.758 tra il personale non dirigente, 7.240 medici, 933 dirigenti non medici e 611 che figurano come 'altro personale'. Tra il personale del comparto ad avere contratti di lavoro a termine sono soprattutto le donne: 14.945 su 20.758. Una differenza che si assottiglia un po' tra i medici. I camici rosa precari sono infatti 4.207 su 7.240.

La maggior parte dei precari (30.362) lavora nelle Asl e negli ospedali. Oltre 1600 precari prestano invece servizio all'interno degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e 1.469 nei Policlinici universitari.

LA STABILIZZAZIONE DEI PRECARI DEL PUBBLICO IMPIEGO? UNA PRESA IN GIRO DEL GOVERNO

In realtà per comprendere come la presunta soluzione del problema del precariato sia una colossale bufala, peraltro estremamente pericolosa, è sufficiente soffermarsi su alcuni elementi.

Risorse.

Primo elemento dissonante rispetto all'ipotesi di soluzione è il tema delle risorse, rispetto al quale il Governo non è intervenuto in nessun modo affidando la questione precariato al 50% delle risorse che si renderanno disponibili dalle cessazioni, con un turn over previsto nei tre anni interessati dalla norma che sarà rispettivamente 20%, 50% e, solo nell'ultimo anno, 100%.
Cioè sarà utilizzabile rispettivamente il 10%, il 25% e il 50% del turn over di quegli anni. Pur essendo difficile produrre una previsione di quante saranno le cessazioni in questi anni, è abbastanza facile ipotizzare che la quantità di risorse che si libereranno sarà più che insufficiente rispetto al numero di precari presenti in tutta la pubblica amministrazione.
Nel 2011 i precari monitorati dal conto annuale della ragioneria dello stato (TD, Interinali, LSU, CoCoco) contavano oltre 150mila unità, esclusi i precari della scuola. Inoltre la distribuzione dei precari così come quella delle cessazioni non è affatto omogenea, per cui, fatalmente, si verificheranno situazioni nelle quali ad un alto numero di precari corrisponderà un basso numero di cessazioni con il risultato che i precari di quell'Ente o di quell'Amministrazione non avranno nessuna possibilità, neanche di fare i concorsi.

Quali precari.

Ad essere interessati saranno unicamente i lavoratori con contratto a TD (con 3 anni di contratto negli ultimi 5), mentre rimarranno esclusi tutti i CoCoCo, gli esternalizzati, interinali e tutti quei lavoratori che sono costretti a muoversi nella giungla delle altre forme di lavoro flessibili come le partite IVA, le finte borse di studio, le parcelle, etc. Saranno esclusi anche coloro che, seppure con più di tre anni di precariato alle spalle, hanno avuto carriere miste (es. CoCoCo + TD) con meno di tre anni di TD.

CONTINUA A PAG. 6

stabilizzazione precari
UNA PRESA IN GIRO DEL GOVERNO

CONTINUA A PAG. 5

Concorsi.
Per decidere quali saranno i pochi fortunati a prendere questo treno si prevedono concorsi "altamente selettivi" come specificato in maniera assolutamente provocatoria dal Presidente del Consiglio. Nella maggior parte dei casi i precari della PA lavorano nelle proprie amministrazioni da ben oltre 3 anni, arrivando anche a 10-15 anni di anzianità variamente maturati, con un'età media che si aggira intorno ai 35-40 anni. Questi lavoratori, oltre ad aver già sostenuto in moltissimi casi delle vere e proprie selezioni per titoli ed esami, la vera selezione l'hanno superata lavorando per anni ed anni consentendo alle Amministrazioni e agli Enti di svolgere la propria missione garantendo l'erogazione di servizi ai cittadini. Se non dovessero essere all'altezza di un posto di lavoro a tempo indeterminato andrebbero cacciati prima di tutto i dirigenti che li hanno tenuti e pagati per anni, ma visto che così non è, il Presidente Letta meglio farebbe ad avere rispetto di chi vive la propria vita nella precarietà.

Licenziamenti.
La forte limitazione all'utilizzo dei contratti precari nel settore pubblico che dovrebbe essere contenuta nel provvedimento ci vede ovviamente favorevoli, anche se noi sosteniamo da sempre il blocco totale della flessibilità. La domanda che facciamo noi è la seguente: se si realizzerà veramente una forte limitazione dei contratti precari che fine faranno i precari che non vincono i concorsi riservati nel triennio? Il rischio estremamente concreto è quello dei licenziamenti di massa, così alla fine dell'operazione ci si ritroverebbe di fatto con l'ennesimo taglio di posti di lavoro pubblici, alla faccia della soluzione del problema. Una sorta di spending review applicata ai precari.

Enti locali e Sanità.
Questi due settori, nei quali c'è una buona parte dei precari pubblici, sono sottoposti al patto di stabilità e stanno attuando piani di rientro. Come faranno ad assumere i precari? Tema particolarmente delicato in quanto i precari di questi comparti operano in settori particolarmente delicati, ospedali, pronto soccorsi, nidi e scuole dell'infanzia, etc.

USB Pubblico Impiego

Sempre più donne medico, ma a quali condizioni

In medicina e in sanità è accaduto un fatto che può essere foriero di cambiamenti oppure no. Ormai statisticamente le donne medico sono una ampia maggioranza rispetto agli uomini al punto che se calcoliamo le iscrizioni all'università, si può dire che nel breve medio periodo le donne medico saranno oltre i tre quarti dell'intero universo di medici.
Non è detto che questo dato, quindi questa evidenza statistica, sia di per sé foriera di cambiamenti, nel senso che non basta una maggioranza, per giunta statistica, in quanto tale, a determinare un cambiamento. Per far in modo che una maggioranza si esprima come tale deve avere un proprio pensiero originale. Tale maggioranza inizia lentamente a formarsi, fin dagli anni 70, rivelandosi comunque un processo lungo e progressivo, e, sino ad ora, essa si è di fatto integrata nel paradigma dominante pur accumulando nel tempo una lunga serie di sempre più pesanti contraddizioni che prima o poi esploderanno.

Per rendersene conto è sufficiente consultare "Quotidianosanità.it" che a questo proposito, attraverso uno speciale aperto, sta ospitando un interessante dibattito che, è il caso di dirlo, è abbastanza unico nel suo "genere". In questo speciale si possono leggere le storie di donne medico e comprendere per certi versi la drammaticità della loro condizione professionale, fatta da svantaggi, da soprusi, in certi casi anche da molestie sessuali, e che si appalesano soprattutto nella penalizzazione delle carriere e nella preclusione ai ruoli di direzione e di responsabilità, ma non solo questo. I due problemi più grandi che si percepiscono sono:
" l'essere obbligate come donne ad adattarsi comunque ad un paradigma indubbiamente a dominanza maschile, e quindi a ricorrere, come scrivono alcune di loro, a vere e proprie "strategie mimetiche".
" accettare concezioni anche superate delle medicina, organizzazioni del lavoro da ripensare, modelli comportamentali anacronistici.
Cioè in una parola le donne, che comunque sono nuovi ingressi nel mercato del lavoro sanitario,

CONTINUA A PAG. 7

Sempre più donne medico

CONTINUA DA PAG. 6

rappresentassero un potenziale di cambiamento se volessero affermarsi professionalmente sarebbero costrette a rinunciarvi o quanto meno a mettere un silenziatore.

Questo stato di cose, in un modo o in un altro, crea come dicevo delle contraddizioni anche pesanti. Ad esempio non si può pensare che le presidenze degli ordini professionali continuino ad essere a stragrande maggioranza maschile, stessa cosa vale per la maggioranza delle società scientifiche. Prima o poi saranno necessari quanto meno dei riequilibri, delle armonizzazioni, dei compromessi nella condivisione dei tanti tipi di poteri che insistono in medicina e in sanità .Ma non sono questi i problemi più importanti. Una maggioranza pone sempre inevitabilmente un problema "politico":

" nei confronti di una minoranza, quindi rispetto a eventuali conflitti di volontà.

" nei confronti di un progetto cioè rispetto ad altre concezioni della medicina.

Le donne non solo sono più numerose degli uomini ma sono anche le intelligenze più fresche a disposizione del sistema, cioè sono il grosso delle nuove generazioni al quale non si può continuare a proporre modelli di medicina omeostatici e invarianti. In questo senso le donne rappresentano, in quanto comunque nuove risorse intellettuali, la parte "impermanente" del sistema, quindi il bisogno di cambiamento, nei confronti della parte "permanente", cioè dell'ortodossia, della conservazione e dell'invarianza.

Alla questione "genere" si accompagna anche quella "generazionale" con tutto quello che comporta. Con questa chiave di lettura io leggo, sempre nello speciale di QS, anche se ancora in nuce, un "riformismo potenziale" che orienta, soprattutto alcune donne, a ridiscutere le attuali forme di organizzazione del lavoro, gli attuali approcci alla cura, oltre ché ad aprire un nuovo capitolo sui loro diritti. Tutto questo è come se avesse il sapore di una organizzazione e di una concezione della medicina al "femminile", anche se, da parte mia, sono poco incline ad accettare equazioni automatiche tra "genere" e "medicina".
Conosco un mucchio di donne medico che sono perfettamente mascolinizzate professionalmente esattamente come la manodopera femminile in una fabbrica tessile. Ma dallo speciale di QS viene fuori un "genere" nel "genere" che al contrario di quello mascolinizzato, mimetizzato e integrato, si batte silenziosamente per cambiare lo stato delle cose.
Da parte mia, la medicina dovrebbe essere di genere "neutro" nel senso che la formazione del medico dovrebbe valere alla stessa maniera tanto per gli uomini che per le donne, ma questo non vuol dire che "neutro" sia indifferente alle qualità anche antropologiche del genere (maschile o femminile), ma solo che tali qualità debbono essere condivisibili ma soprattutto spendibili nell'interesse del malato.

In un convegno sulla medicina declinata al femminile del 2007 organizzato dalla Fnomceo, nella relazione introduttiva, se non sbaglio, si distingueva una tipologia maschile di medico, razionale, e una tipologia femminile di medico, innatista e di indole passionale, una distinzione che parafrasando Levi-Strauss, quello del "crudo" e del "cotto", sarebbe tra "una medicina fredda" e "una medicina calda", che, per tante ragioni, proprio in medicina lascia il tempo che trova. Ma supponiamo che freddo e caldo abbiano un senso. In questo caso la questione nell'interesse della medicina non è se razionalità e indole sono in competizione ma sole se entrambe possono concorrere a definire una medicina migliore. Cioè se entrambe sono un valore aggiunto per il malato e in quanto tali traducibili in una formazione adeguata.

In conclusione la maggioranza al femminile dei medici si trova davanti ad una scelta politica: medicina invariante o altra medicina. Do per scontato l'inevitabilità di una battaglia per i diritti delle donne, ma oggi la medicina ha bisogno, per tanti motivi descritti a più riprese su questo blog, di cambiare, per cui sarà interessante capire come le donne medico affronteranno il cambiamento. Se esse, come io spero, saranno portatrici di una nuova qualità della medicina esse diventeranno un fenomeno degno di questo nome e non semplicemente un turn over di genere e gli uomini maschi vi si dovranno adeguare.

Ivan Cavicchi

3/9/2013

Pubblicato anche sul blog dell'autore su www.ilfattoquotidiano.it

Precarietà del diritto alla salute

L'autodeterminazione delle donne

Nel 2012 il nostro Paese è stato classificato all'80esimo posto per parità tra uomo e donna nel mondo. Qui per le donne italiane e straniere, le cose vanno molto male: la disoccupazione femminile è in crescita un po' per la crisi, un pò perché le opportunità di lavoro per le donne sono scarse a causa di fattori culturali ben radicati nel nostro paese, la violenza domestica è ormai una piaga che non viene affrontata dal Governo anche se si tratta di violenze che sfociano in femminicidio, quasi sempre annunciati da lunghe persecuzioni e botte che l'attuale legge non riesce a fermare in quanto piena di limiti.

L'immagine femminile nel nostro Paese è legata a fattori culturali: le donne non esistono. L'invisibilità alla quale sono relegate le donne nel nostro Paese è un fattore che favorisce l'omertà dietro ad una vasta fila di discriminazioni e violenze che subiamo in famiglia o fuori casa.
Il femminicidio è uno di questi, ma non c'è solo l'uccisione di una donna. Certo, quella fa più rumore, ultimamente. Ci sono discriminazioni e violenze che vengono perpetrate dallo Stato da leggi o da campagne sociali. Sono gravi soprusi che avvengono silenziosamente. Due tra le quali e l'obiezione di coscienza e la legge per le dimissioni in bianco.

Cosa hanno in comune questi due aspetti? Non solo tratta di gravissime emarginazioni sociali ma anche di violazioni di diritti all'autodeterminazione della donna. Il paradosso è che l'obiezione di coscienza è una campagna pressante attorno al concetto di "vita" che passa attraverso la maternità (coercitiva e in qualsiasi condizione) come ruolo principale per una donna, mentre la legge per le dimissioni in bianco negano alle donne il diritto di diventare madri per non perdere il proprio posto di lavoro.

Nel nostro Paese la donna viene ancora identificata come madre e moglie. Il ruolo tradizionale è talmente radicato nella cultura del nostro Paese che ogni spot televisivo o giocattolo per bambine rappresenta unicamente questo modello, talvolta esaltandolo e spacciandolo come realizzazione fondamentale per una donna.

Nella cultura radicata in Italia, il posto delle donne è stare in casa a fare bambini e a fare da ammortizzatore sociale per sostenere la carriera del proprio marito. Insomma, un ruolo secondario e fortemente subordinato. Tanti talenti e qualifiche sprecate, poiché le donne hanno titoli di studi più elevati e con profitti più alti. Ma la nostra carriera si ferma lì, all'università o la scuola pubblica, oppure alla nascita del primo o secondo figlio.

L'altro stereotipo principale attraverso il quale viene dipinta una donna è quello della donna-oggetto; è attraverso questa credenza che vengono ostacolate tutte quelle pratiche legate al piacere femminile, dove perfino la violenza sessuale viene giustificata. Questi due modelli giustificano tutta la serie di limiti e violazioni ai quali le donne subiscono. In quanto madre per ruolo ci si aspetta che le donne siano accoglienti e abbiano l'istinto materno. Non è possibile pensare che una donna possa avere rapporti sessuali che non abbiano come fine la riproduzione. Per le donne italiane la contraccezione è praticamente inaccessibile. La disinformazione sessuale nelle giovani è altissima e le famiglie non hanno strumenti o hanno tabù per informare le proprie figlie.

Nemmeno io ho ricevuto una corretta educazione sessuale nè per quanto riguarda la contraccezione, tanto meno per il piacere sessuale. Ho dovuto fare tutto da sola attraverso amiche più grandi o internet. Per mia mamma l'importante era che avessi il mio primo rapporto sessuale il più tardi possibile e con la persona giusta. Questo è quello che viene insegnato alle figlie ancora oggi a causa dei tabù sulla sessualità femminile a causa delle insicurezze maschili o perché ancora oggi conta per una donna realizzarsi attraverso un matrimonio o per paura delle gravidanze indesiderate, paura che sarebbe risolvibile proprio attraverso l'educazione sessuale o il facile accesso a contraccezione o aborto. Le madri ancora oggi, invece, si occupano di tutto quell'aspetto preliminare che concerne l'innamoramento, poi alla sessualità ci deve pensare un uomo esperto, poiché l'esperienza sessuale maschile è sinonimo di vanto, ancora oggi in Italia.
Allo stesso tempo, nemmeno i maschi ricevono una corretta educazione sessuale, "perchè a queste cose ci devono pensare le femmine"..però le femmine ne sanno meno di loro, perchè tanto per un uomo avere accesso ai profilattici è più facile anche se

CONTINUA A PAG. 9

Autodeterminazione delle donne e salute

CONTINUA DA PAG. 8

i prezzi sono i più alti d'Europa.
Le donne, e ancora peggio le ragazzine (il primo rapporto oggi si ha a 14 anni) del 2013 non hanno accesso ad alcun tipo di contraccettivo.
La pressione cattolica nella nostra società è talmente alta che i consultori stanno chiudendo e le minorenni sopratutto non sanno a chi rivolgersi per avere la pillola che per una ragazzina che non lavora è costosa, sui 15 euro circa se vuoi una pillola che non sia una "bomba di ormoni".

Accanto a ciò si aggiungono i pregiudizi culturali che rendono impossibile non solo l'informazione sessuale per le ragazze ma tengono lontane queste ultime dalle farmacie o dai luoghi frequentati dalla gente che possa sapere della loro intimità. In molti paesini italiani, per questo motivo, è impossibile trovare contraccettivi nelle farmacie, perfino i condom, e spesso si tratta di cittadine troppo lontane da paesi più grandi dove si possano reperire.

In molti paesi europei la contraccezione è gratuita o è un farmaco da banco e da 20 anni è pure diffuso il condom femminile, molto importante per salvaguardare le donne anche dal rischio di contrarre virus sessualmente trasmissibili perchè non tutti gli uomini sono d'accordo con l'uso del profilattico maschile. Ma in Italia sono poco diffusi e i prezzi sono molto alti, superiori a quelli del condom tradizionale (che è costoso anch'esso).

Per ottenere la pillola del giorno dopo, contraccettivo d'emergenza al quale ricorrono troppe ragazze

CONTINUA A PAG. 10

l'opinione

Medici antiabortisti vanno licenziati

La Chiesa di Roma non muove un passo che non sia ispirato, con particolare arroganza, ad interferire nei diritti degli italiani e altrettanta particolare predisposizione all'appropriazione di soldi e beni del Popolo!
La Legge 194/78 (Regolamentazione del diritto all'interruzione volontaria della gravidanza) è una legge dello Stato laico italiano emanata a seguito di referendum popolare, cioé voluta dalla maggioranza dei cittadini.
Se il diritto all'aborto passò, all'epoca, a maggioranza popolare, ritengo che molti bigotti papalini votarono a favore, visto che i criminali vaticani affermano, tutt'oggi, che il 90% degli italiani sono pagnottisti cattolici perché battezzati iscritti nei registri parracchiali da quand'erano infanti minorenni e non gli era concessa alcuna possibilità di scelta e decisione, alla faccia del libero arbitrio.
Assodato, quindi, che il diritto all'esercizio dell'aborto è una legge dello Stato laico italiano e che, essendo appunto Legge, deve essere rispettata da tutti, nessuno escluso, mi chiedo perché viene consentita l'obiezione di coscienza ai medici cattolici dipendenti pubblici nei confronti dell'aborto.
Stiamo parlando di dipendenti di quello stesso Stato che ha emanato la Legge 194/78 e che paga loro un congruo stipendio, a cui per coerenza, nell'obiezione di coscienza, costoro non rinunciano: l'obiezione per costoro sta nel rifiutare di eseguire le interruzioni di gravidanza a norma di legge, che fanno parte delle loro mansioni lavorative per cui vengono pagati, non nel rifiutare lo stipendio perché non svolgono il lavoro previsto dalla regolamentazione del datore di lavoro.
E' chiaro che vanno licenziati in tronco dal pubblico impiego, come verrebbe licenziato qualsiasi lavoratore che rifiutasse di rispettare il regolamento della propria azienda.
Basta con la prepotenza economicamente ingorda dei talebani bigotti seguaci della monarchia assoluta (non democraticamente parlamentare e costituzionale) vaticana: fuori dalla Pubblica Amministrazione i parassiti dell'obiezione di coscienza!
Una domanda a costoro: come si comporterebbero con un medico dipendente pubblico Testimone di Geova che, per obiezione di coscienza dettata dalla propria religione, rifiutasse di praticare una trasfusione di sangue?
Il diritto è uguale per tutti, anche nell'arroganza!
Ma si sa, la religione cattolica è una setta peggio della più schifosa massoneria che difende e rispetta solo i suoi diritti e quelli dei suoi "associati": no all'aborto, la quantità di materia prima per i preti pedofili và salvaguardata!

Nino Caliendo *7 settembre 2013*

Autodeterminazione delle donne e salute

CONTINUA DA PAG. 9

a causa dei danni dovuti alla mancanza di informazione sessuale nelle scuole e in famiglia, è ancora più difficile. Lì devi passare al vaglio dell'obiezione di coscienza ed è capitato anche a me, quando una dottoressa cattolica mi rifiutò la prescrizione del farmaco perché classificato come un aborto.

La legge 194 (quella che garantisce l'interruzione della gravidanza) sta praticamente diventando inapplicabile. A qualsiasi condizione, anche laddove una donna debba abortire a scopo terapeutico, ossia quando il feto ha gravi malformazioni o quando la donna è in pericolo di vita. L'80% degli ospedali italiani sono obiettori e i costi di un aborto in clinica privata sono altissimi, troppo alti per troppe donne che vivono in condizioni di povertà, per le minorenni o per le immigrate. Anche viaggiare all'estero per un aborto in sicurezza è praticamente impossibile per chi non possiede mezzi economici per farlo.

Ecco che così torna la piaga dell'aborto clandestino. In Italia, secondo i dati forniti dal Ministero della sanità nel 2008, gli aborti illegali delle donne italiane sono 20.000, circa 73.000 casi l'anno rispetto ai circa 50.000 degli anni '80. I dati sono stati pescati dall'incremento degli aborti registrati come spontanei, di donne che si recano all'ospedale a rischio di setticemia dopo aver tentato di abortire clandestinamente. Si stima che il 70% delle donne denunciate che ne hanno ricorso sono minorenni.

I dati sono più alti se contiamo il numero di straniere e clandestine, superiore a quello delle italiane, che abortisce illegalmente attraverso farmaci di contrabbando. Pochi giorni fa proprio una di queste, una minorenne, ha rischiato la morte per setticemia dovuta all'aborto clandestino con farmaci anti-ulcera. Le morti legate alla piaga delle mammane è in crescita Si tratta spesso di donne che temono di essere denunciate, rimpatriate o chiuse nei cie, sopratutto se clandestine.

Le donne che riescono ad abortire negli ospedali non vengono assistite dal personale e spesso si leggono testimonianze di donne a cui gli viene vietata ogni minima assistenza. Le altre, che incontrano gli obiettori vengono insultate e intimate a non uccidere, perché una donna che abortisce a qualsiasi condizione, viene considerata un'assassina.

Questo fatto riflette la condizione femminile italiana, dove i pregiudizi, i tabù, l'ingerenza religiosa, la cultura maschilista, sono alla base di tutto ciò. Donne negate perfino del diritto alla salute alla libertà di disporre autonomamente della propria sessualità e di scegliere quando diventare madri.

Donne costrette a dover ricoprire un ruolo che per un paese maschilista come il nostro è considerato sacro ma che poi non tutela con leggi per il sostegno della maternità, come ad esempio i sussidi per gli asili nido, il mantenimento del posto di lavoro, l'assistenza psicologica e fisica della donna dopo la nascita del bimbo, l'aiuto economico per le ragazze-madri non solo povere e sole ma anche emarginate da una società che le considera puttane perché prive di una figura maschile accanto eccetera….

Perchè in Italia diventare madri significa perdere diritti e identità, ed è per questo che il tasso di parità è sceso.

Malgrado ciò il nostro paese non si è reso conto che il ruolo delle donne è cambiato e i ruoli tradizionali sono stati superati: le donne hanno voglia di emancipazione, libertà e diritti!

Mary

La Berlusconiana di pancia!

La ministra Lorenzin ha presentato una sua statistica che mette in relazione il calo degli aborti con quello dell'aumento dei medici obiettori. Falso, anche perchè sono diminuite le nasciste Inoltre, non parla degli aborti clandestini, dell'uso dei pericolosi farmaci utilizzati. Non parla degli aborti costosi nelle cliniche private. (red)

(http://comunicazionedigenere.wordpress.com)

ATTUALITA RELIGIOSA E POLITICA

Riflessioni su un libretto di catechismo del 1935

Nè puttane né madonne.... siamo donne

"*Allora il Signore maledì al serpente: lo condannò a strisciare sul suo ventre e a mangiare terra e aggiunse: porrò inimicizia fra te e la Donna, fra la stirpe tua e la stirpe di lei; Essa ti schiaccerà il capo. Poi disse ad Eva: Tu diverrai madre nel dolore e sarai soggetta all'uomo.*"

In un mercatino di libri usati ho trovato una copia del catechismo di Pio X intitolato "La dottrina Cristiana –testo ufficiale per tutte le Diocesi della Regine Toscana", ed. Libreria Editrice Fiorentina, anno 1935.

Si tratta del catechismo caduto in disuso dopo il Vaticano II e che nel 1992 è stato ufficialmente sostituito da un altro con l'introduzione dell'allora cardinale J.Ratzinger.

Il catechismo di Pio x era stato dato alle stampe nel 1905; nel 1930 era stata disposta una riduzione per i bambini e le bambine. Le generazioni che si sono susseguite fino al Concilio Vaticano II, hanno studiato, a memoria, domande e risposte del catechismo in preparazione alla prima comunione e al sacramento della Cresima.

Nella prima lezione si rispondeva alla domanda: "*Chi ci ha creato? Ci ha creato Dio".*
Ma "Chi è Dio? Dio è l'essere perfettissimo, Creatore e Signore del cielo e della terra.". E poi: "*Dio vede tutto?Dio vede tutto, anche i nostri pensieri.*" La lezione due era dedicata alla Trinità di Dio: "*Vi è Dio solo? Sì, vi è un Dio solo, ma in tre persone uguali e distinte che sono la Santissima Trinità*".

Il catechismo poneva domande e risposte sugli Angeli, la Divina provvidenza, il peccato di Adamo e di Eva, il peccato originale e "il gastigo della colpa", ecc.

Il tutto imparato sempre senza poter fare domande o lasciare spazio a qualche dubbio. Una pedagogia perseguita con precisione in ogni parrocchia del Paese da suore, preti e laici catechisti.

Lo psicodramma di Adamo e di Eva nel paradiso terrestre è ben scolpito nei cuori e nelle menti di generazioni di uomini e donne che oggi hanno oltre ottanta anni o si trovano tra i sessanta e i settanta.
"*Allora il Signore maledì al serpente: lo condannò a strisciare sul suo ventre e a mangiare terra e aggiunse: porrò inimicizia fra te e la Donna, fra la stirpe tua e la stirpe di lei; Essa ti schiaccerà il capo. Poi disse ad Eva: Tu diverrai madre nel dolore e sarai soggetta all'uomo.*"

Quel "sarai soggetta all'uomo" chissà come risuonava nelle menti dei bambini e delle bambine? Probabilmente non appariva strano poiché a casa loro le donne: mamme, nonne, figlie, nipoti, di fatto erano umilmente e silenziosamente sottomesse agli uomini padri, mariti, nonni, zii e anche fratelli. L'autorevolezza della Chiesa sanciva in modo inequivocabile il principio, ed evitava ribellioni improprie.

Ai giorni nostri fa sorridere la risposta alla domanda "Che cosa proibisce il nono comandamento: Non desiderare la donna d'altri?"
"*Il nono comandamento: Non desiderare la donna d'altri, ci proibisce i pensieri e i desideri impuri*".

La donna d'altri? E gli uomini d'altri? E no, si dava per scontato che fossero gli uomini e soltanto loro, a commettere adulterio, perché "naturalmente" cacciatori di animali-animali e di animali-donne. "pensieri impuri" e di che cosa si tratta? I catechisti restavano sempre nel vago, mentre alle bambine dicevano di essere pudiche, sempre, nell'abbigliamento e nei gesti: "Il sii composta" stava sulla bocche delle madri e delle suore fin dall'infanzia.

Nelle ultime pagine è trattato il tema della Crocifissione e morte di Gesù: "*I Giudei presero Gesù, gli posero sulle spalle la croce e lo condussero al luogo chiamato Golgota….*".
Come non ricordare che nella liturgia i celebranti recitavano "I perfidi Giudei, ecc."?

Il 13 ottobre arriverà a Roma la statua della madonna di Fatima, una delle celebri madonne da quella di Lourdes, all'ultima di Medjugorje.

A questo proposito il teologo Vito Mancuso ha pubblicato un interessante articolo su La Repubblica (2sett.013) dove ricorda che la proliferazione mariologica cattolica non è certamente frutto della Rivelazione, bensì del connubio tra potere pontificio e devozione popolare.

E precisa: "Il fatto è che quanto più crescono il desiderio di onestà intellettuale, la fedeltà al dettato evangelico, la volontà di reale promozione della donna all'interno della Chiesa, tanto più decresce l'afflato mariologico con la sua tendenza barocceggiante."

Nella tradizione protestante la figura di Maria sta nei limiti indicati dai Vangeli e le donne possono assumere ruoli sacerdotali e di preminenza. Mancuso ci ricorda che nella Chiesa Cattolica i più devoti a Maria "sono anche i più contrari al diaconato e al sacerdozio femminile", come è stato con Giovanni Paolo II.

Il culto delle Madonne nell'area mediterranea da una parte si spiega come sincretismo inevitabile: il cristianesimo si è trovato a dover mediare con i culti della Grande Madre.

Ma dall'altra, forse si spiega con la misoginia di un clero cui è imposto il celibato. Il femminismo degli anni settanta aveva coniato uno slogan che conteneva la spiegazione più chiara del fenomeno della mariologia cattolica: "Né puttane, né madonne, siamo donne".

Ileana Montini

04|09|13 www.womenews.net

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

La giunta di destra in Piemonte aggira le disposizioni del Tar e comprimere in una morsa i malati e le loro famiglie. Cambiano le facce e i nomi all'assessorato alla sanità, ma la loro arroganza privatizzatrice è senza soluzione di continuità, di fronte ad almeno 30.000 anziani in lista d'attesa. redazione

COTA E CAVALLERA RIDUCONO IL DIRITTO ALLE CURE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

La Giunta regionale, invece di aumentare i fondi per il settore sociosanitario, ha deciso di abbattere le liste di attesa per entrare in Rsa semplicemente riducendo la platea degli aventi diritto. Un espediente vergognoso, che di fatto escluderà dalle cure migliaia di anziani non autosufficienti.

Nonostante questa prescrizione - la Giunta ha lasciato invariato per il 2013 il budget dell'anno precedente (265 milioni di euro), da cui si deduce che non verranno creati nuovi posti letto. O meglio, verranno creati attraverso un nuovo piano tariffario a carico dei malati già ricoverati e di quelli futuri, a cui verranno imposti costi aggiuntivi con cui l'amministrazione conta di recuperare il 15 per cento di convenzioni in più.

Ma siccome neppure questo basterebbe per rispondere al Tar, la manovra ha previsto anche di estendere ai tempi per entrare in una residenza i criteri esistenti per le liste di attesa per visite ed esami, introducendo una differenza tra casi urgenti, non urgenti e differibili.

Non solo. Ma vengono cambiati, innalzandoli, i punteggi che gli anziani si devono vedere attribuiti dalla Unità di valutazione geriatrica per avere diritto a essere ricoverati. Mentre precedentemente si veniva definiti bisognosi di interventi ad alta intensità assistenziali con l'attribuzione di 12 punti, ora solo se si ha 19 punti (praticamente solo se si è gravemente malati) si può essere ricoverati. Se si hanno 24 punti si potrà sperare di accedere a una casa di riposo entro 90 giorni, per gli altri i tempi vanno da un anno a mai o meglio a successiva verifica da parte della commissione dell'Asl. E così magicamente le liste di attesa spariscono.

Gli altri anziani che non abbiano questi punteggi dovranno invece rimanere a casa propria , non si sa in quali condizioni, visto che non vengono neppure aumentati gli stanziamenti per le cure domiciliari in lungoassistenza. Insomma, una mossa a tenaglia per aggirare le disposizioni del Tar e comprimere in una morsa i malati e le loro famiglie.

CITTA' DELLA SALUTE: sul grido di allarme dei professionisti della Città della salute

DOVE SONO I SOLDI DEL PIEMONTE?

Le condizioni attuali delle Molinette testimoniano, se ancora ce ne fosse bisogno, la totale incapacità della Giunta Cota di programmare non solo i servizi sanitari, ma anche la rete di edifici che li deve accogliere in modo adeguato perché possano essere moderni ed efficienti.

Tutti ricorderanno con quanta enfasi all'indomani dell'elezione il presidente aveva annunciato l'accordo con gli altri enti cittadini sul progetto, tanto che il nuovo ospedale sembrava già fatto. Ora scopriamo che siamo al punto zero e non certo solo per colpa del governo, come vuole farci credere il governatore, che ripete che i fondi per l'edilizia sono bloccati.

La fiaccolata per la riapertura dell'ospedale Valdese, del 20 settembre in Piazza Castello davanti alla sede della Regione Piemonte

Vorrei infatti ricordare a Cota che nel febbraio 2013 è stato raggiunto un accordo nella Conferenza delle Regioni per il riparto di 835 milioni destinati agli interventi per l'edilizia sanitaria (ex art.20). Alla Regione Lombardia, in particolare, arriveranno 320 milioni di euro, altri 150 all'Emilia Romagna e 130 al Veneto. Credo che ai piemontesi interessi sapere cosa è toccato al Piemonte, perché e con che destinazione, tenendo conto che la suddivisione non avviene con criteri legati al caso, ma sulla base della serietà e della fattibilità della documentazione che si presenta a Roma.

Illuminanti in questo senso le parole di commento all'accordo dell'assessore al bilancio della Lombardia, Romano Colozzi, riportato dalla rivista Panorama della sanità: "*Lo sblocco dei fondi per l'edilizia sanitaria, che per la Lombardia valgono circa 320 milioni di euro, sono l'esito di 4 anni di lavoro sui tavoli nazionali, che premiano la nostra credibilità finanziaria e istituzionale, oltre ad una riconosciuta efficienza e capacità di programmazione*".

Insomma mentre Cota qui si riempie la bocca di federalismo e di macro-regione, a Roma le altre regioni del Nord mostrano capacità di presentare progetti concreti e operativi (non master plan fantasmagorici, che si arenano nelle commissioni ministeriali), che vengono premiati e che consentiranno a queste realtà di avere ospedali sempre più all'avanguardia, mentre noi mettiamo sempre più a rischio l'eccellenza del lavoro dei nostri medici.

Eleonora Artesio

NOTA

Nel 2013, in particolare, il Fondo sanitario nazionale e' stato ridotto di oltre 1,8 miliardi rispetto al 2012. Dopo che tra il 2011 e il 2015 il governo ha operato tagli per oltre 31 miliardi, tra blocco dei contratti, economie di spesa, tagli dovuti alla spending review e riduzione dei finanziamenti.

E in questi giorni ci raccontano di una situazione disastrosa alle Molinette, ai limiti della chiusura per inagibilità, con: sale operatorie non a norma, servizi eufisticamente definiti insufficienti e paurose liste di attesa; ad esempio: oltre 60 giorni per un tumore al seno anche a causa della chiusura dell'ospedale Valdese che disponeva, e continua a disporre, pronte all'utilizzo, di quattro sale operatorie perfettamente agibili.

Inoltre, sempre al Valdese, ci sono interi reparti chiusi con stanze da due e tre letti, una radiologia con apparecchiature all'avanguardia, con un fiore all'occhiello rappresentato da una modernissima TAC colpevolmente sottoutilizzata.

Qualcuno in vena di spiritosaggini, o sprovveduto e disinformato, ha proposto (per farsi citare dai giornali) la turnazione di notte disinteressandosi della volontà espressa dalla Giunta Cota di non far funzionare l'ospedale a pieno ritmo diurno.

Ma, a nostro parere, il problema non è l'opinione inconsulta degli incompetenti quanto la superficialità dei giornalisti che prestano il palcoscenico a tali facezie.

Redazione

Finalmente

la Giunta ha preso atto del fallimento delle Federazioni. Organismi burocratici, inutili e anacronistici che l'Assessore ha rivendicato dichiarando "lavoreremo affinché l'esperienza e l'operatività delle Federazioni non venga dispersa...", ma di quale operatività parla se hanno prodotto solo spese e disagi gestionali alle asl?

Approvato il disegno di legge di superamento delle Federazioni

La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla Sanità, Ugo Cavallera, ha approvato il disegno di legge di superamento delle Federazioni sanitarie, istituite con la legge regionale nr. 3 del 28 marzo 2012.
La decisione è stata adottata sia a seguito della scelta di potenziare e sviluppare la centralizzazione degli acquisti in campo sanitario da parte di SCR, società di committenza regionale- così come stabilito dalla legge 8 del 7 maggio 2013- sia per corrispondere alle osservazioni pervenute dal Tavolo tecnico interministeriale per la verifica degli adempimenti delle Regioni sottoposte a Piano di rientro.
Per quanto riguarda le altre funzioni tecnico-amministrative, logistiche, informative e di supporto la cui gestione non sarà in capo a SCR, fermo restando un forte e più incisivo coordinamento della Direzione regionale Sanità, la Giunta regionale individuerà, per ciascuna area di programmazione, sulla base degli ambiti territoriali definiti, l'Azienda sanitaria con funzioni di capofila.
"La scelta di centralizzare determinate funzioni rimane. La modifica organizzativa, che sarà a regime dal 1° gennaio 2014, tiene conto sia delle indicazioni ministeriali che delle scelte regionali in materia di centralizzazione degli acquisti: lavoreremo affinché l'esperienza e l'operatività delle Federazioni non venga dispersa e sia utilizzata nel contesto della nuova configurazione"- sottolinea l'Assessore Cavallera.

CGIL Funzione Pubblica Piemonte
09 Settembre 2013

Dal documento di piano di rientro della sanità emerge quello che spesso l'opposizione, e con continuità e caparbietà Rifondazione Comunista con la sua Consigliera Regionale Eleonora Artesio (anche tramite le pagine di Lavoro e Salute) continua a denunciare dal 2010

Questa Giunta è un danno per la salute e per il lavoro. Si dimetta!

Questa Giunta non ha nessuna visione, idea o progetto per il rilancio della sanità piemontese, ma pensa solo ed esclusivamente a tagliare i servizi, fingendo grandi riforme che non ci sono mai state e non ci saranno. Basti pensare alle tanto sbandierate Federazioni, le cui funzioni verranno demandate al Scr, dopo che per un anno le aziende sanitarie sono state costrette a concertare la loro attività con questi enti inutili e di dubbia legittimità.
Con i blocchi del turn over, nel 2015 il sistema sanitario piemontese, già ora con l'acqua alla gola sul fronte del personale, avrà complessivamente 1.800 dipendenti in meno.
Vengono poi riconvertiti 10 ospedali senza prevedere alcuna seria alternativa sul fronte dell'assistenza territoriale, visto che si prevede l'apertura di soli 4 centri di assistenza primaria in tutta la regione.

Per i disastri causati anche dal loro malgoverno e dai privilegi accumulati insieme ai cortigiani (consulenti e moltitudine di dirigenti), per niente sfiorati, hanno messo in piedi un vero e proprio bagno di sangue:

- TAGLI al fondo del personale di circa il 3% all'anno per i prossimi tre anni, blocco totale del turnover, con conseguenze inevitabili e ripercussioni sulla funzionalità dei presidi assistenziali e sanitari, già oggi ai limiti;

CONTINUA A PAG. 15

Questa Giunta è un danno

CONTINUA DA PAG. 14

- AUMENTO delle tariffe e dei ticket per l'accesso alle prestazioni specialistiche;

- TAGLI stimati in circa 1100 posti letto nelle strutture per anziani e per non autosufficienti;

- CHIUSURE:
Previsione e possibilità di ulteriore chiusura di presidi sanitari o servizi fondamentali come i DEA, i punti nascite, etc.;

- MOBILITA'
e LICENZIAMENTI dei tanti lavoratori precari utilizzati per colmare le tantissime e gravissime carenze e indispensabili per la tenuta delle prestazioni (riduzione del 18% in tre anni dei contratti atipici);

- AUMENTO, già dal 2013, dell'Addizionale Regionale Irpef, a carico dei soggetti meno abbienti. Con un meccanismo di rivisitazione del calcolo, Cota fa il Robin Hood alla rovescia, aumenta, già da quest'anno, il carico impositivo per i possessori di redditi più bassi: i più penalizzati quelli con reddito fino ad • 15.000,00 (aumento da • 184,50 ad • 253,50) e quelli fino a • 22.000,00. Il paradosso è quello che per i redditi superiori viene diminuito il carico attuale.

Sono aumentati i ticket per tutti gli esami e le visite specialistiche. Il ticket è composto da una quota nazionale definita nel nomenclatore, e da una quota aggiuntiva regionale. Con la delibera del 2 luglio, ad esempio, il costo della prima visita specialistica è passato da 23,10 euro (18,60 di costo base + 4,50 di ticket aggiuntivo regionale) a 26,70 euro (20,70+6). Pertanto, oltre all'aumento di 2,10 euro, deciso a livello nazionale, la Regione ha confermato un ulteriore incremento del ticket regionale di 1,50 euro. Stesso discorso per la seconda visita e successive, che passano da 12, 90 euro a 14,40 euro.

- La sanità deve e può essere solo pubblica per garantire a tutti gratuitamente prevenzione, cura e riabilitazione. La modalità incestuosa del privato convenzionato, dove troppo spesso il pubblico stanzia risorse e il privato trae profitti, ha mostrato il suo vero obiettivo finendo per essere occasione di lucro sul bene comune salute.

- La programmazione sanitaria deve essere territoriale e rispondente ai bisogni reali di salute delle persone. Deve prevedere il coinvolgimento attivo di strutture di cittadini, unici garanti contro clientelismo e ruberie. Essenziale è la promozione di reali e lungimiranti politiche di educazione sanitaria, in termini di prevenzione e gestione del proprio bisogno di salute che è inscindibile dai diritti fondamentali (lavoro in sicurezza, ambiente sano, casa, alimentazione, istruzione) senza i quali viene minato alla base il concetto stesso di salute.

- Abolizione della libera professione dei medici ed eliminazione dell'intramoenia nelle strutture sanitarie pubbliche. E' dimostrato dai fatti che questi istituti, negli anni , non sono riusciti a raggiungere gli obiettivi per cui erano stati creati: ridurre le disumane liste di attesa , permettere ai cittadini la "scelta" del medico e dunque di come e dove curarsi. Solo chi ha le possibilità economiche ottiene una visita in breve tempo e successivo "diritto" al ricovero.

- Gestione diretta da parte del Sistema Sanitario Pubblico di tutti i servizi oggi esternalizzati con l'assunzione diretta degli operatori di ditte e cooperative. Ciò comporterà un evidente risparmio sui bilanci regionali grazie ai soldi recuperati dai profitti oggi garantiti ai privati tramite il losco sistema delle gare di appalto, da sempre prive di qualsiasi trasparenza e garanzia di equità.

- Sblocco delle assunzioni con immediata stabilizzazione dei precari e dei lavoratori atipici, con una verifica costante degli organici per concretizzare nelle strutture pubbliche qualità ed umanizzazione dell'assistenza.

- Riconoscimento a tutti gli operatori della salute a contatto con il pubblico della particolarità ed usura del proprio lavoro, potenziando il lavoro di gruppo, riducendo i carichi di lavoro, abolendo gli straordinari, riattivando gli scatti biennali, favorendo le richieste di mobilità volontaria ed attivando scivoli per il pensionamento. Questa è l'unica "meritocrazia" accettabile per non annientare la dignità professionale e la finalità di salute degli ospedali e servizi terrrritoriali.

Redazione lavoro e Salute

Intervista a Eleonora Artesio, consigliera di Rifondazione Comunista nel Consiglio Regionale del Piemonte

IL PUBBLICO ESPLODE, IL PRIVATO RINGRAZIA

Le regioni pretendono due miliardi dal governo altrimenti, sostengono, la sanità pubblica naufragherà con parecchio clamore. Il governo, che si appresta a mettere mano alla legge di stabilità, potrebbe sfruttare l'occasione per cominciare un discorso più concreto sulla privatizzazione. Intanto, Confindustria ha avuto una audizione in commissione alla Camera, spinge l'acceleratore sul passaggio ai privati. .

Sulla privatizzazione della sanità si sta per aprire una fase nuova?

La privatizzazione della sanità è strisciante da tempo. Su due versanti, uno riguarda il fatto che sono aumentati tutti i settori nei quali è prevista la compartecipazione economica degli utenti. Il caso più vistoso è quello delle malattie dell'invecchiamento, con il 50% di costo a carico. Sempre di più si profilano disegni di legge in cui si estende questo modello non calcolato sul reddito della persona ma sul reddito della famiglia.

L'altro esempio è quello dei ticket, che investe direttamente le regioni. Ad oggi ci sono analisi e cure per le quali andare nel privato costa meno oggettivamente. In questo c'è buon gioco a dire che visto che un costo c'è perché non continuare a battere il solco delle assistenze integrative?

Tutto il tema fondi integrativi e assicurazioni collegate è strisciante. Una volta rotto il principio dell'assistenza pubblica però non si sa dove si andrà a finire.

Alcuni servizi, per esempio, potrebbero diventare così tanto costosi da essere tolti o riservati solo per alcuni. Qui però siamo ancora nell'alveo delle persone che hanno una occupazione. Tutto il resto della popolazione non avrebbe nemmeno una minima possibilità di usufruirne.

E l'altro versante della privatizzazione?

L'altro versante riguarda tutta questione delle funzioni non sanitarie, dagli approvigionamenti, all'informatica, ai trasporti. Su questo si insinua molto bene tutto l'apparato di Confindustria. C'è una lettera della Marcegaglia del 2009 su questo e da allora non hanno mai mancato di ribattere sullo stesso punto. La difesa di queste funzioni del sistema sanitario nazionale non ha un grande appeal nell'opinione pubblica. Contrastare questo andazzo è molto più difficile.

L'argomento del costo diverso delle siringhe a seconda delle regioni è quello che fa più presa. Intanto, però, in linea di massima il privato deve avere un margine di utilità che quindi non può non andare verso un discorso di forniture al ribasso. Non è detto che dallo spreco si ricava la redditività per l'impresa. Il pubblico quando gestisce le cure si rende conto della diversità dei servizi, per esempio, a cui il privato che agisce nei servizi collaterali non può attingere. Non si possono comprare cateteri a chili senza avere una visione delle specificità dei vari interventi.

E poi ogni volta che la centrale degli acquisti si allontana dall'erogazione accade che dall'altra parte si crea un monopolio e quindi una difficoltà strutturale a trattare sui prezzi. E questo produce uno squilibrio tra dimensione globale e ricaduta locale.

CONTINUA A PAG. 17

IL PUBBLICO ESPLODE, IL PRIVATO RINGRAZIA

CONTINUA DA PAG. 16

L'allarme lanciato dalle Regioni è credibile?

Secondo me le regioni sono al punto di rottura. Anche quelle che non sono state messe nel piano di rientro come Veneto e Toscana a fronte della mancata copertura ticket da parte dello Stato rischiano di violare l'altro vincolo del patto di stabilità che dice che non puoi mettere risorse più del 5% del fondo complessivo. E quindi sono tutte sul livello di esplodere.

E il problema sarà politico perché i governatori sono o del Pd o del Pdl e quindi dei due partiti che reggono l'esecutivo nazionale.

La reazione dei cittadini?

Purtroppo la sanità è un tema che riguarda tutti ma sulla quale c'è stata meno partecipazione che in altri settori del welfare. C'è alla base, per esempio, un atteggiamento di delega da una parte verso il medico e, dall'altra, verso la politica.

Le risposte sul piano politico tendono a una ricentralizzazione e verso il leghismo. Resta il tema delle alleanze con i professionisti e questo è un terreno delicatissimo.

Lo Stato ha bloccato il turnover e quindi mancano una o due generazioni senza prospettive di ingresso.

I professionisti non sono riformatori e molti vedono una gestione centralizzata. Detto questo, qui in Piemonte sul piano di rientro medici e cittadini, persino con le piccole imprese, fanno battaglia comune, ma non è detto che sia dappertutto così

Fabio Sebastiani
18/09/2013 www.liberazione.it

Presentazione del libro di *Gianfranco Vitale*

"mio figlio è autistico. Storia di una vita negata"

21 ottobre - via Alfieri 15 - dalle 17 alle 19

Con *Eleonora Artesio* e *Nino Boeti*
Carlo Pontillo
Dirett. area disabilità ASL2
Maurizio Arduino
psicologo
Paolo Leggero
Pres. Coop. Interactive
Arianna Porzi
Presidente Angsa Torino;
Liana Baroni
Presidente Angsa nazionale

a pag. 21
Autismo: i bambini non trovano la sanità

Mario Valpreda

Vogliamo ricordare anche su "Lavoro e Salute" il compagno Mario Valpreda. Ci ha lasciato lo scorso 26 luglio. In tanti gli abbiamo dato l'ultimo saluto Aveva 76 anni. Nato ad Asti nel 1937, appassionato di atletica leggera, era stato tre volte campione nazionale e sei volte campione piemontese. Si era laureato a Torino prima in Medicina Veterinaria e poi in Scienze Politiche. Specializzato in Ispezione degli alimenti e Fisiopatologia della riproduzione animale era stato ricercatore presso la facoltà di Veterinaria, poi professore a contratto. Dirigente dell'istituto Zooprofilattico, ha diretto poi a lungo i servizi veterinari della Regione. Quindi, direttore generale della sanità piemontese. Nel 2005 era stato eletto in consiglio regionale nelle

liste di Rifondazione Comunista e quindi assessore alla sanità della giunta Bresso, ruolo da cui si era dimesso nel 2007 dopo l'ictus. Al suo posto Rifondazione indicò Eleonora Artesio.

SPROFONDO COTA
VIAGGIO TRA I DANNI DELLE POLITICHE REGIONALI SULLA VITA DEI PIEMONTESI
a cura del Gruppo consiliare della Regione Piemonte di Rifondazione Comunista
SU ***http://www.youtube.com/user/sprofondocota***

Il paziente è il tuo peggior nemico?

Mi ricordo ancora oggi i primi giorni del mio tirocinio professionale. Tante domande, novità nuovi posti, luci e colori, odori, emozioni e tanto...tanto da imparare. Il confronto con un mondo nuovo tutto particolare, l'Ospedale, un mondo dentro un mondo che ti può o non piacere. Non c'è niente da fare… il mio fù amore a prima vista! Tanti sono i ricordi accumulati da allora.

Questo che sto per raccontarvi è un episodio che mi ha portato a profonde riflessioni.

Una mattina mi imbatto in una discussione in cui erano presenti alcuni infermieri, chirurghi e altri specialisti che parlavano di alcune procedure e discutevano di un caso particolare.
Io in silenzio ascoltavo poi ad un certo punto uno si gira verso di me e mi dice : "ricordati bene il paziente è il tuo peggior nemico". Rimango in silenzio, finisco la mattina di tirocinio, e quella frase rimane impressa dentro la mia mente. Rimane per lungo tempo senza una risposta e una elaborazione.

Proprio in questi giorni mi è tornata alla mente quella piccola frase, buttata lì senza motivo apparente da un professionista che da molti più anni di me lavorava a contatto con le persone e quel mondo così bello e terribile. Ora attende una spiegazione o almeno un po' di attenzione.

Mi sono chiesto: che significato ha quella frase? da cosa scaturiva? cosa c'era dietro il vissuto di quella persona?
Poteva essere il malato il mio peggior nemico? oppure era il mio miglior alleato? Come posso lavorare e passare gran parte della mia vita a contatto con dei pazienti che possono essere dei miei nemici?
Anch'io con gli anni ho elaborato i diversi modi comunicativi e le relazioni che possono esserci tra il mondo sanitario e quello dei malati.
Mai avevo pensato al malato come un "nemico".
Provo a fare una serie di riflessioni sperando di leggere anche le vostre nei giorni a seguire.

Alcune chiavi di lettura possono essere date alla luce di processi psicologici. Si legge che tra le fasi di un probabile burnout vi è quella della" frustrazione" dove il soggetto avverte sentimenti di inutilità, inadeguatezza e insoddisfazione uniti alla percezione di essere sfruttato, oberato di lavoro e poco apprezzato. Spesso tende a mettere in atto comportamenti di fuga dall'ambiente lavorativo, ed eventualmente atteggiamenti aggressivi verso gli altri o verso se stesso. Se ritengo il paziente un mio nemico sto attento e cerco di difendermi da eventuali attacchi nei mie confronti.

vignetta di Serre

In realtà non sono molto pratico nella cosiddetta"arte della guerra" ma ho sentito di nemici che si alleano perchè hanno come scopo finale la condivisione di un obiettivo da raggiungere. Potrebbe essere questa una delle possibili risposte alla domanda? Forse si.

Delle volte mettiamo in atto strategie difensive ovvero dei meccanismi di difesa. Strumenti che tendono a difenderci da aspetti "traumatici, conflittuali" interni (fantasie, emozioni, etc) e/o esterni (persone, oggetti, situazioni, etc).

Il più delle volte ciò avviene in maniera involontaria senza nemmeno che ce ne accorgiamo, per cercare di sopravvivere e non farsi troppo male. Quindi possiamo vedere operatori che attuano degli evitamenti (magari non totali, ma cercano di limitare il contatto con i pazienti, dando solo risposte secche o staccate) oppure si può identificare il malato, concentrarsi sulla causa della sua malattia evitando coinvolgimenti personali.

Forse non tutti avranno esplicitato chiaramente questo pensiero, ma sono sicuro che internamente molti operatori sanitari, dirigenti e tecnici di ogni ramo e grado almeno ogni tanto hanno avuto la sensazione di essere in un campo di battaglia, dove la sopravvivenza non era garantita.
Sembrano forse solo pensieri astratti ma in realtà il vissuto di ognuno di noi si ripercuote in maniera più o meno diretta sul nostro operato e quindi sugli assistiti.

Spesso ci portiamo dietro alcune problematiche irrisolte che possono influenzare anche la nostra vita personale e familiare.

CONTINUA A PAG 19

il tuo peggior nemico?

CONTINUA DA PAG. 18

Come già detto, molte delle nostre ore le passiamo al lavoro e con i malati. La domanda a questo punto è: meglio avere dei nemici oppure degli amici da gestire?

Un altro aspetto che meriterebbe la nostra attenzione è l'alleanza con i parenti e/o caregiver, spesso vissuti come un peso da evitare. Non bisogna trascurare che la loro presenza può diventare una preziosa risorsa e una fonte di aiuto nella gestione del paziente. In Toscana la maggior parte degli ospedali (in particolare le rianimazioni e sub intensive) sono a "porte aperte". Ovviamente serve una regolamentazione del flusso dei parenti per garantire la privacy e il buon svolgimento dell'attività assistenziale.

Non è facile e sarebbe illusorio dare una risposta esaustiva ad una domanda tanto difficile. Sicuramente in alcuni ospedali e/o cliniche vengono fatti mensilmente delle riunioni con alcuni psicologi o infermieri esperti in dinamiche lavorative fonte di stress. Considerando le poche risorse disponibili noi possiamo almeno fermarci un attimo e chiederci a che punto siamo con noi stessi e con i nostri malati. Come li consideriamo?

Abbiamo dei margini di buona relazione con loro? Quali strategie mettiamo in atto per una sopravvivenza ottimale? Al di là degli anni di servizio, degli studi fatti, della personale disponibilità, queste riflessioni potrebbero essere un buon punto di partenza per vincere la battaglia del benessere proprio e dei malati da noi gestiti.

Marco Alaimo
Pubblicato anche
da Il blog del Nursereporter
09 Agosto 2013

Ci viene sottoposta questa storia, anche se datata, e la pubblichiamo volentieri. Una storia decisamente dura e frustrante. Purtroppo non di rado i malati e i loro familiari si sentono soli nelle loro battaglie contro la malattia, le ingiustizie . E questa una delle tante storie di malasanità? Come redazione di Lavoro e Salute, di certo non portati a nascondere o sottovalutare quanto di male succede negli ospedali, siamo perplessi a vederla come una delle tantissime esperienze di non ascolto da parte delle strutture sanitarie, piuttosto la leggiamo come storia di brutalità del sistema di governo politico-legislativo.

Storia di ordinaria malasanità?

I danni creati dalle troppe 'riforme delle pensioni' attuate in Italia, stanno venendo al pettine, adesso che non c'è più da 'tutelare' la generazione nata durante il Fascismo ed arrivano i nati dopo il 1950.
Una sequel di storie terribili, che toccano a persone che hanno operosamente lavorato per una vita ... come la mia, ad esempio.

Infatti, sono costretto a lavorare, nonostante ben 38 anni di contribuzione già riconoscibile, con una malattia (porfiria variegata) che mi costringe ad una media di 4 infusioni salva-vita al mese.

Un paio di altri giorni se ne vanno per il metabolismo che va al contrario dopo la terapia, sei-otto giorni con forti orbitalgie, tre-quattro con la nausea, più neuropatie agli arti, ipertensione non trattabile, astenia, problemi alla visione, insonnia. Rischi se gestito male? Cecità, paralisi, morte.
Se non bastasse, per quattro mesi all'anno, la mia vita si complica moltissimo, dovendo lavorare, visto che non posso espormi al sole (specie al mattino) che mi sento di svenire, oltre alle lesioni cutanee nelle parti esposte.
Si chiama fotosensibilità.

Il tutto a fronte di una conclamata valenza dello stress e dell'affaticamento come fattore aggravante, di valori biomedici di neurotossine in circolo di 10-20 volte superiori il massimo di scala e senza un effettivo piano terapeutico per quattro anni. La terapia d'attacco - prescrittami mesi fa, anche per verificare l'effetto del farmaco - non mi viene attuata per via di una serie di problemi delle strutture mediche.

Il bello è che pago fior di quattrini per ritenute previdenziali ed ho pure un'assicurazione privata per la salute, ma non posso scegliere l'ospedale neanche per togliere un neo, visto che il farmaco salva-vita è riservato agli ospedali pubblici.

Da mesi, le mie vene sono 'finite' e dovrei impiantare un port a cath, ma finora non è stato possibile ... a Roma, mica a Lampedusa o Ventotene.
Lo stile di vita è ben preciso, visto che consumo le poche energie che ho sul lavoro e che - con tutto il veleno che accumula il mio organismo - non sono in grado di programmare un qualcosa a tre giorni tre.

Ovviamente, di viaggiare neanche se ne parla, con 10 giorni di 'vita seminormale' al mese e con una cortissima lista di ospedali dotati del farmaco, ricavata faticosamente tramite la conoscenza di altri malati. Altro che servizio pubblico e network europei ...

Non ho un riconoscimento per la Legge 104 (nonostante i cicli infusionali continui) e l'invalidità concessami per la mia patologia rara è di 4-5 punti. Nel referto rilasciatomi da ASL-INPS è, addirittura, indicata una patologia inesistente. Il mio contratto di lavoro non prevede tutele per i lavoratori necessitanti di minore aggravio ed il telelavoro, seppur finanziato a suo tempo, non è attuato per il mio comparto.

Ovviamente, negozierei volentieri il mio pensionamento anticipato, rinunciando anche ad una parte dei benefit accumulati (TFR), come accade in qualunque paese del mondo, USA inclusi.

E, pensionandomi, stressandomi di meno, avrei probabilmente bisogno di minori cure, con il risultato di minori costi per la Sanità, visto che ogni volta che metto piede in ospedale per un'infusione costo almeno 1100 Euro al cittadino contribuente ...

Dov'è il risparmio per l'erario? Dove sono le direttive del WHO che l'Italia ha sottoscritto in materia di lavoro e disabilità funzionale? Dove sono i centri e le onlus per le malattie rare? Esiste un sistema sistema assicurativo previdenziale libero oppure andiamo avanti con un sistema che ormai risale a 100 anni quando l'Italia era fascista?

Antonio Gaeta

Pubblicata anche su www.rareconnect.org

Corso per Operatori Socio Sanitari

Dopo 18 mesi nessuna risposta!

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

Al Presidente del Consiglio regionale del Piemonte

INTERROGAZIONE

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

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

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

Valutato che: un possibile sblocco di riconoscimento, e relativo impiego lavorativo, per queste figure viene previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 18 febbraio 2001 con il raggiungimento di una qualifica professionale quale l'operatore socio-sanitario. In Italia il titolo di OSS viene conseguito in seguito alla frequentazione di un corso di qualifica teorico-pratico della durata di almeno 1000 ore.

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

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

INTERROGA

la Giunta regionale, per sapere:

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

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

L'autismo non trova la sanità

Recenti sviluppi della ricerca hanno individuato terapie efficaci per l'autismo se interviene un intervento medico multidisciplinare personalizzato e l'adozione intensiva dell'Analisi Comportamentale Applicata (ABA), i bambini possono compiere enormi progressi esprimendo tutto il loro pieno potenziale.
Attualmente però, i bambini con autismo in Italia non possono purtroppo godere di questi adeguati trattamenti a carico del Sistema Sanitario Nazionale perché l'autismo è ancora visto dalla scienza medica ufficiale come un disturbo di esclusiva pertinenza neuropsichiatrica e come tale curato con terapia riabilitativa (psicomotricità, logopedia) e farmacologica sintomatica (psicofarmaci e antiepilettici) senza invece cercare di individuare e correggere le loro disfunzioni metaboliche, immunitarie, endocrinologiche, tossicologiche e gastrointestinali.
Mentre con la prevenzione, la diagnosi precoce, i trattamenti medici (con il coinvolgimento di pediatri, nutrizionisti, gastroenterologi, immunologi, neurologi), l'applicazione dell'Analisi Comportamentale Applicata. Possibile che in Italia un bambino con autismo non venga curato per la possibile compresenza di malattie d'organo extracerebrali, lasciando che queste possano progredire e cronicizzarsi peggiorando irreversibilmente i sintomi neuropsichiatrici?
Redazionale

I contributi pubblicati (ABC e L'ATTENZIONE) provengono dall'associazione -Autismotreviso - www.autismotreviso.org

l'ABC

Che cos'è l'autismo? Questa è di gran lunga la domanda più frequente. In breve, si tratta di un disturbo dello sviluppo di lunga durata, gravemente invalidante, che si verifica in genere nei primi tre anni di vita. Esso provoca compromissione o disturbo in tre aree principali: abilità sociali, competenze comunicative (verbali e non verbali) e comportamento (ripetitivo e ristretto). Individui autistici possono mostrare reazioni anomale alle percezioni sensoriali. Uno qualsiasi o più sensi possono essere interessati. Tutte queste difficoltà si manifestano in comportamenti anomali, cioè modi anomali di relazionarsi con le persone, gli oggetti e gli eventi nell'ambiente.
L'autismo è conosciuto come un "disturbo dello spettro", perché la gravità dei sintomi varia da una lieve disabilità cognitiva e sociale ad una menomazione grave, con molteplici problemi e comportamenti altamente insoliti. Il disturbo può verificarsi da solo, o accompagnato a problematiche come il ritardo mentale (65%) o convulsioni.
L'autismo non è una malattia rara, essendo il terzo disturbo dello sviluppo in ordine di frequenza, più comune della sindrome di Down. In genere, circa 20 persone su una popolazione di 10.000 saranno autistiche o potranno avere sintomi autistici. L'80% delle persone affette da autismo sono maschi. L'autismo si trova in tutto il mondo, nelle famiglie di tutti i contesti economici, sociali e razziali. Medici, politici, e conduttori di risciò possono avere figli autistici. *Brottoff*

UN RACCONTO
Le crisi di Guido

L'attenzione

L'attenzione di Guido è sempre stata un grande problema, per lui e per gli altri. la durata della sua attenzione sui compiti assegnati è sempre minima, mentre sovente si polarizza su dettagli insignificanti (per noi) fino ad un livello parossistico. Si tratta di un'attenzione autisticamente sempre rivolta ai particolari, a volte minimi, assolutamente incapace di cogliere il quadro complessivo, il significato globale degli ambienti. E' interessante il fatto che fino ai 13 anni vento e pioggia non abbiano rappresentato per lui il minimo motivo di interesse, e all'improvviso li abbia scoperti, con conseguenze interessanti: ad esempio lo spalancare le finestre per vedere l'acqua che scende, e farsi bagnare, ecc.
Dove nei singoli momenti si dirigerà l'attenzione di Guido, su quale oggetto si polarizzerà, è imprevedibile. Può essere una nuvola che si muove tra le cime degli alberi, oppure un oggetto più vicino, come il tergicristalli posteriore di un'auto parcheggiata, che non è nella posizione corretta e che bisogna assolutamente raddrizzare. L'oggetto che attrae l'attenzione di Guido può essere infinitesimale. Un esempio. Durante una passeggiata con mia moglie e me, Guido vuole fermarsi davanti ai cartelli di un cantiere. C'è una targa bianca di latta, con una mano nera stilizzata. Guido comincia a pulirla ossessivamente con la mano. La targa però non è sporca. Guardandola da vicino, ci accorgiamo che nella mano nera c'è un puntolino bianco, una scrostatura di circa 2 millimetri. Guido mi prende la mano e la trascina verso quel puntolino, a significare che deve essere tolto. E all'impossibilità di farlo va in tilt, innesca una crisi comportamentale. Non sappiamo come risolverla, è un momento davvero critico, perché ormai Guido non è più il bambino che per strada puoi trascinare via con la forza. Per fortuna mi viene in mente che in tasca ho una biro nera. Con la penna faccio diventare nero il puntino bianco, che non si distingue più. Crisi risolta, Guido riprende la passeggiata. Con autistici come lui, bisogna pensarle tutte. E a volte non basta.

Alle lavoratrici e lavoratori che chiedono di essere tutelati sui luoghi di lavoro

LA MALARISPOSTA DEL GOVERNO

Alcuni contenuti del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), per la parte riguardante gli infortuni e le malattie professionali, e la recente conversione in legge del DL 69/2013 ("decreto del fare") e di altri decreti legge permettono di porre all'attenzione alcuni aspetti importanti sulla tutela dei lavoratori e delle lavoratrici sui luoghi di lavoro.

Nel PNP si afferma che per l'anno 2011 si è verificata una riduzione degli infortuni, anche mortali. Tale tendenza si è verificata anche l'anno 2012 ma il dato risulta carente ove ci si limiti al solo dato assoluto (numero di infortuni, ore di inabilità) e non lo si correli con le ore lavorate (indici di frequenza) i cui dati, per gli anni considerati, non sono disponibili.

Il caso degli infortuni mortali (secondo il PNP in calo) e delle malattie professionali (in crescita) fa emergere ulteriori aspetti.

Dai 920 casi di denuncia di infortunio mortale indicati dal PNP per il 2011 (dato basato ancora su stime previsionali, in realtà - "a consuntivo" - sono stati 1.367) si è passati ai 1.296 casi di infortuni mortali trattati dall'INAIL nel 2012 (v. rapporti annuali INAIL; 2011 e 2012).

Inoltre, nel 2012, ben 481 casi hanno avuto un esito "amministrativo" negativo ovvero senza alcuna erogazione di un riconoscimento assicurativo da parte dell'INAIL.

Tale situazione è ancora più evidente per le malattie professionali ove il 60 % delle denunce (anno 2012) ha un esito negativo da parte dell'INAIL che si comporta come qualunque altro "assicuratore". In particolare per quello che riguarda le malattie asbesto correlate l'INAIL riconosce a fatica i mesoteliomi pleurici, che sono solo una parte di esse. Significativo è il fatto che il Piano Nazionale Amianto non abbia trovato applicazione per mancanza di finanziamenti. Finanziamenti che potrebbero essere trovati, per la prevenzione di tutte le malattie professionali e degli infortuni sul lavoro denunciando d'ufficio le aziende responsabili, imputando loro i danni delle morti e delle cure sanitarie e sociali.

Appare improcrastinabile la necessità di revisionare la tabella delle malattie professionali (ultima revisione luglio 2008) che esclude sia alcuni tumori professionali sia tutte le patologie psichiche da stress occupazionale, in costante aumento negli ultimi anni; inoltre è necessaria anche la revisione della tabella del 21 luglio 2000, collegata all'art. 13 del DLgs 38/2000, che quantifica in maniera irrisoria patologie professionali che provocano spesso inidoneità al lavoro.

Ciò nonostante il PNP è generico e si occupa esclusivamente di promuovere "l'emersione e riconoscimento delle malattie professionali attraverso l'adozione di protocolli medico-legali riguardanti i medici competenti, i medici di medicina generale, i medici ospedalieri ed INAIL", dimenticando e disconoscendo il ruolo delle ASL che spesso fanno emergere casi che tutti gli altri soggetti "non vedono". Nello specifico ciò richiederebbe che i riconoscimenti degli infortuni e delle malattie professionali siano seguiti direttamente dalle ASL, lasciando all'INAIL l'incombenza dei risarcimenti dovuti.

La modifica dell'art. 56 del TU degli infortuni e delle malattie professionali va nella direzione opposta, riducendo, di fatto, le informazioni sugli infortuni che arrivano alle ASL, limitando, di fatto, lo svolgimento di propria iniziativa di indagini nei luoghi di lavoro ove sono avvenuti infortuni, mantenendo e rafforzando un sistema basato sulla "inchiesta amministrativa" da parte delle direzioni provinciali di lavoro.

Un sistema che, nel mettere sullo stesso piano lavoratore infortunato e datore di lavoro è palesemente sbilanciato a favore del più forte.

Il PNP, inoltre, e ciò non è casuale, cade nella retorica della richiesta di una vigilanza che privilegi "aspetti sostanziali e riducano al minimo gli appesantimenti documentali" come pure un approccio dei servizi delle ASL per "una politica di servizio pubblico di sostegno allo sviluppo del sistema produttivo ".

CONTINUA A PAG. 23

Lavoratrici e lavoratori chiedono

CONTINUA DA PAG. 22

Che cosa si intenda con tale "approccio" sembra suggerito dal "decreto del fare" ove, anziché semplificare aspetti secondari (come per esempio l'obbligo delle imprese di comunicare all'INAIL i nominativi degli RLS) si è occupato di aumentare i casi di "semplificazione" nella redazione dei documenti di valutazione (piano operativo di sicurezza e piano di sicurezza e coordinamento per i cantieri, documento di valutazione dei rischi per tutte le aziende, fino alla sparizione, in molti casi, del documento unico di valutazione dei rischi interferenti nel caso degli appalti) che stanno alla base degli obblighi di tutela dei datori di lavoro e su cui, di norma, le ASL pongono attenzione per comprendere l'atteggiamento aziendale sul tema della sicurezza e dell'igiene del lavoro.

Che dire poi della assurda previsione, contestualmente all'incremento del 9,6 % delle sanzioni, di versare la metà dell'incremento alle direzioni territoriali del lavoro per l'attività di vigilanza in materia di sicurezza che viene invece, come dovrebbe essere noto ma abitualmente disconosciuto, svolta principalmente dalle ASL ?

L'approccio che Medicina Democratica ritiene invece necessario è in una direzione diversa, per una estensione e rafforzamento (incluso l'incremento degli operatori) dei servizi tecnici di vigilanza delle ASL, lo spostamento sui dipartimenti di prevenzione della funzione di accertamento e riconoscimento delle malattie professionali - anche per svincolarle da una mera questione assicurativa - per promuovere indagini nei luoghi di lavoro atte a identificare i fattori di rischio che hanno determinato danni alle persone come pure le responsabilità penali.

Il Direttivo Nazionale di
Medicina Democratica

inchiesta ospedaliera

Il burnout e le sue componenti: confronto tra infermieri di area critica e infermieri di reparto

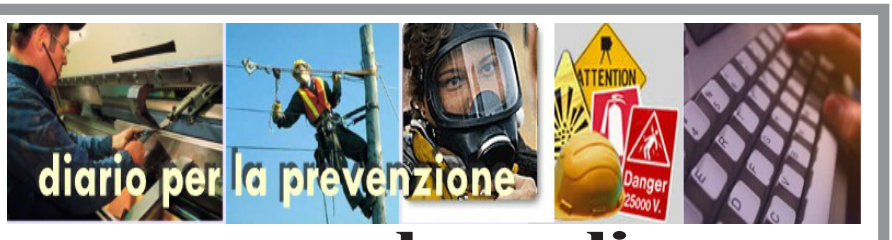
Il disagio per il Burnout colpisce particolarmente gli operatori delle cosiddette “helping professions”, professioni che richiedono particolari competenze ed una sicura propensione al rapporto umano ed empatico, in cui subentra, inoltre, anche una forte dose di carico emotivo.
Il confronto alla base di questo studio riguarda la sfera infermieristica, in particolare i due grandi gruppi in cui si divide l’assistenza: infermieri di degenza e infermieri operanti nel settore dell’area critica.

L’obiettivo del presente studio è quello di stimare il livello di Burnout con le sue componenti e i fattori di stress lavoro correlato, negli infermieri di area critica; in un secondo momento confrontare la condizione degli infermieri dell’area critica rispetto a quella degli infermieri di reparto (area chirurgica, medica e pediatrica), analizzata in un precedente studio.

Risultati: I risultati hanno messo in evidenza che la percentuale di presenza del Burnout negli infermieri di area critica è dello 0%, mentre per i colleghi di reparto risulta essere del 12%. Il dato rilevante è emerso dai risultati ottenuti dal questionario MBI: infatti, a parità di realizzazione personale (PP), gli infermieri dell’area critica hanno una percentuale di esaurimento emotivo (EE) maggiore rispetto ai colleghi di reparto; tuttavia, la componente di depersonalizzazione (DP) è nettamente inferiore negli infermieri di area critica rispetto ai colleghi di reparto. E’ proprio questo fattore di identificazione con il ruolo e con il paziente che sembra preservare questa categoria dal Burnout.

Il risultato di questo studio, che stravolge tutte le nostre aspettative, deve far riflettere le istituzioni: quest’ultime dovrebbero occuparsi oltre della messa in atto di un piano finalizzato a ridurre i fattori di stress lavoro correlato, anche di dare il giusto valore professionale alla figura dell’infermiere, da troppo tempo sottovalutata. Abbiamo constatato, infatti, dai dati emersi dal nostro studio che è proprio il fattore di depersonalizzazione a portare l’operatore sanitario ad assumere un atteggiamento di ostilità e cinismo, fino a sfociare in vera e propria malattia.

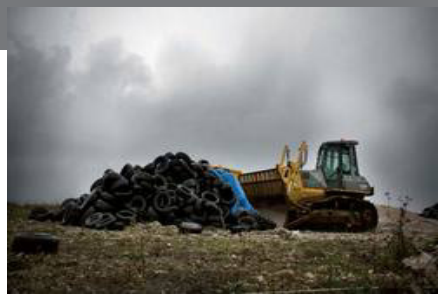
TUTTO LO STUDIO SU *www.diario-prevenzione.it*



cronache online di sicurezza sul lavoro
www.diario-prevenzione.it

Rapporto ministero della Salute sui 44 siti più inquinati d'Italia.

Esposti a tumori ed altre malattie oltre 6 milioni di Italiani



Dalla Val D'Aosta alla Sicilia. Quarantaquattro aree del Paese inquinate oltre ogni limite di legge. Sei milioni di persone esposti a rischio malattie, tutte mortali: tumori, malattie respiratorie, malattie circolatorie, malattie neurologiche, malattie renali.

Ecco quelli in Piemonte

Pieve Vergonte (Verbania, Cusio, Ossola)

Comuni di Piedimulera, Pieve Vergonte e Vogogna.

"Il Decreto di perimetrazione di questo SIN elenca la presenza di impianti chimici e di discariche (RSU, rifiuti speciali non pericolosi, rifiuti da metallurgia Pb, Zn, Cu, cavi elettrici plastificati). Il profilo di mortalità nel SIN di Pieve Vergonte mostra un eccesso tra gli uomini e le donne per tutte le cause, tutti i tumori e per le malattie circolatorie. Si osserva un eccesso per il tumore del colon-retto tra le donne e per il tumore dello stomaco in entrambi i generi, seppure con stime imprecise".

Balangero (Torino)

Comuni di Balangero e Corio.

"Il Decreto di perimetrazione elenca la presenza delle seguenti tipologie di impianti: amianto, discariche e miniera. Il profilo di mortalità nel SIN mostra, nel complesso delle principali cause di morte un eccesso della mortalità per tutte le cause in entrambi i generi, per le malattie del sistema circolatorio nelle donne, per le malattie degli apparati respiratorio e digerente negli uomini. È presente un incremento della mortalità per tumore della pleura negli uomini, dato affetto da un'imprecisione della stima".

Casal Monferrato (Alessandria)

Comuni di Alfiano Natta, Altavilla Monferrato, Balzola, Borgo San Martino, Bozzole, Camagna Monferrato, Camino, Casale Monferrato, Castelletto Merli, Cella Monte, Cereseto, Cerrina Monferrato, Coniolo, Conzano, Frassinello Monferrato, Frassineto Po, Gabiano, Giarole, Mirabello Monferrato, Mombello Monferrato, Moncalvo, Moncestino, Morano sul Po, Murisengo, Occimiano, Odalengo Grande, Odalengo Piccolo, Olivola, Ottiglio, Ozzano Monferrato, Palazzolo Vercellese, Pomaro Monferrato, Pontestura, Ponzano Monferrato, Rosignano Monferrato, Sala Monferrato, San Giorgio Monferrato, Serralunga di Crea, Solonghello, Terruggia, Ticineto, Treville, Trino, Valmacca, Vignale Monferrato, Villadeati, Villamiroglio e Villanova Monferrato.

"Il Decreto di perimetrazione del SIN segnala la presenza di un'industria per la lavorazione e produzione di manufatti di amianto. Un eccesso della mortalità per tutte le cause, per tutti i tumori e per le malattie del sistema circolatorio. Si osservano eccessi per il tumore polmonare negli uomini, e in entrambi i generi per il tumore pleurico. Sono state pubblicate una serie di indagini epidemiologiche condotte a Casale Monferrato. Uno studio di coorte occupazionale condotto su 3.443 lavoratori del cemento-amianto della Eternit. In entrambi i generi sono stati osservati eccessi della mortalità per tutte le cause, tumore polmonare, tumore della pleura, tumore del peritoneo e asbestosi. Nelle donne è stato confermato l'aumento della mortalità per tumore dell'ovaio e dell'utero".

Serravalle Scrivia (Alessandria)

Comuni di Serravalle Scrivia e Stazzano.

"Il Decreto di perimetrazione del SIN elenca la presenza di un impianto di rigenerazione olii esausti. Il profilo di mortalità nel SIN mostra, nel complesso delle principali cause di morte un eccesso nelle donne per tutte le cause e per le malattie dell'apparato circolatorio. L'eccesso nella mortalità per tutte le cause può essere in parte attribuibile all'aumento di rischio per malattie dell'apparato circolatorio. Si documenta un eccesso negli uomini per tumore dello stomaco".

Cengio (Savona) e Saliceto (Alessandria)

Comuni di Bergolo, Bistagno, Bubbio, Cairo Montenotte, Camerana, Castelletto Uzzone, Castino, Cengio, Cessole, Cortemilia, Cosseria, Cravanzana, Feisoglio, Gorzegno, Gottasecca, Levice, Loazzolo, Millesimo, Mombarcaro, Monastero Bormida, Monesiglio, Montezemolo, Niella Belbo, Perletto, Ponti, Pruneto, Sale San Giovanni, Saliceto, San Giorgio Scarampi, Sessame, Torre Bormida e Vesime.

"Il Decreto di perimetrazione del SIN elenca la presenza di impianti chimici con produzione di coloranti e di discariche. Si osserva un eccesso in entrambi i generi per il tumore dello stomaco. Si osserva un eccesso nelle donne, per l'asma, sia in presenza sia in assenza di correzione per fattori socioeconomici".

Espongono la Valle di Susa e i territori confinanti della provincia torinese alla distruzione dell'ambiente all'insorgere nel tempo di patologie tumorali negli abitanti, causa effetti degli scavi della montagna. Mentre con i soldi del Tav si potrebbero fare ospedali e scuole. Ma la Grande Opera inutile è indiscutibile per i potentati politici e i loro mezzi di comunicazione. Costi quel che costi. Redazione

Tav la scatoletta di tonno viaggerà ad alta velocità

Parliamo del Tav, del mostruoso vulnus democratico che devasterà la Valle e la coscienza civile dell'Italia. Una Grande Opera Inutile, una gigantesca operazione per sostenere chi la realizzerà a forza di fondi pubblici. Come per le Olimpiadi, come per altre opere inutili e dannose che sono costate lacrime e sangue ai contribuenti ed hanno arricchito i pochi che le hanno realizzate e - di dritto o di rovescio - la politica che le ha sostenute e inutilmente finanziate.

Un ricordo trepidante va alle truffone dei Mondiali di Roma '90. Per virare sulle più recenti dei mondiali di nuoto, su quelle del G8 alla Maddalena, per attraversare ogni forma di emergenza-esaltazione collettiva che si trasforma inevitabilmente in cemento, danni per l'ambiente e per il futuro, ricchezze per pochi, subappalti, lavoro sottopagato e quello che si dice gergalmente "odore di mafia". Odore? Questo nostro Paese vive su una sola certezza: gli affari mafiosi, sempre e comunque. E la ricaduta di queste pensate?

Su tutti noi cittadini che paghiamo avendo opere inutili e incompiute che devastano l'ambiente e creano quel tessuto sociale fatto di rassegnazione e sconfitta. Di poveri che diventano sempre più poveri e indifesi, e ricchi sempre più ricchi e arroganti.

Questa premessa per dire che per ogni Olimpiade da proporre, per ogni Ponte sullo Stretto, per ogni genialata c'è un sistema complesso e opaco che si mette in moto. Chiedetevi il perché. Un aiutino? E quando si costruisce una metaforica autostrada del consenso mediatico tutti si mettono comodi: l'orchestrina attacca a suonare sullo spartito e il banchetto comincia. (Le inchieste della magistratura sulle infiltrazioni mafiose, sulla corruzione, e le denunce sulle opere mai finite, sulle devastazioni inutili rappresentano un capitolo successivo e neanche troppo mediaticamente significativo, purtroppo).

Basta convincere i partiti e i media. Rabbonire l'opinione pubblica e tutto è possibile per questa democrazia limitata dove - se proprio vogliamo essere onesti - le decisioni non vengono prese in Parlamento, ma nei centri di potere. Non sempre italiani, ma quasi sempre velati da un'opacità evidente. Che siano giuste o sbagliate non importa a nessuno: sono dogmi voluti da banche, finanza e politica legata a doppio filo con chi detiene il potere vero. Incidentalmente potrebbero anche essere decisioni giuste, mai orientate verso il miglioramento della vita dei cittadini, verso un riequilibrio delle ingiustizie sociali.

(.....)

Ma non è che gli intellettuali al servizio permanente attivo del Tav o i politici non hanno meno responsabilità. Ne hanno e tanta, gettando benzina sul fuoco dell'ingiustizia, narrando una realtà diversa da quella che è.

Facendo finta di non vedere che si tratta di soldi buttati e che in una crisi così devastante non c'è una sola ragione per non riflettere su una scelta così oscura. Tratto dal libro Binario Morto di Andrea De Benedetti e Luca Rastello: "*Non è necessaria l'opera. Sono necessari i soldi che derivano da cantieri e progetti... Il Tav è un 'Momendol' economico. Come le Olimpiadi. Diciamo che grazie ai lavori olimpici imprese e località che erano allo stremo hanno trovato prospettive di sopravvivenza per almeno cinque anni.*" (Consulente tecnico Direzione Trasporti e Ambiente Regione Piemonte).

E ancora: con i soldi del Tav si potrebbe cablare tutto il Paese. E servirebbe, probabilmente di più ai cittadini che non le scatolette di tonno ad alta velocità tra Torino e Lione. Farebbe anche lavorare aziende. Ma non si può: F35 e Tav sono indiscutibili. Costi quel che costi.

Antonio Cipriani

Stralcio di un'articolo da globalist.it

BREVI

Il 50% dei farmaci è inutile

Bernard Debré, urologo e parlamentare, e Philippe Even, ex Preside della facoltà di Medicina della Sorbona, hanno scritto un libro intitolato "Guide des 4000 médicaments, utiles, inutiles ou dangereux" ("Guida a 4000 medicinali utili, inutili e dannosi").

In Francia il libro è andato letteralmente a ruba e continua ad essere acquistato da sempre più persone. I dati riguardano la realtà francese ma poco cambia rispetto al territorio italiano.

Il loro studio ha evidenziato che la metà dei prodotti sul mercato è inutile, il 20% è scarsamente tollerato dai malati e il 5% è addirittura potenzialmente pericoloso per la salute. Dati gravi denunciati da due rinomati medici che con coraggio si sono presi la responsabilità di puntare il dito contro le case farmaceutiche, le università ed i centri di ricerca.

Fra i farmaci più inutili in assoluto ci sarebbero le statine, prescritte per abbassare il colesterolo. Tra i 58 medicinali più pericolosi per la salute sono invece inclusi gli antinfiammatori ed i farmaci per patologie dell'apparato cardiovascolare, per il diabete, per l'osteoporosi, per la dipendenza da nicotina, per i crampi muscolari e anche i contraccettivi.

In questo difficile momento economico fa rabbia pensare che i farmaci inutili potrebbero essere tolti dal mercato e costituire un risparmio di decine di miliardi di euro.

Naturalmente le critiche al lavoro dei due medici non si sono fatte attendere: le cause farmaceutiche hanno dichiarato che il libro è superficiale, pieno di approssimazioni e che mette inutilmente in allarme i pazienti.

Aviaria, la malattia è dell'uomo non dell'animale

Del virus dell'aviaria non si parla più. Cosa sta accadendo?
Le malattie ci sono state e continueranno ad esserci e sono legate allo stress degli animali e alle sostanze che gli vengono somministrate. La trasmissibilità all'uomo è un pericolo costante.
Che rischi ci sono per l'uomo?
L'utilizzo negli allevamenti industriali degli antibiotici espone comunque la salute umana a dei rischi molto grandi. Uno degli effetti immediati è che assumiamo gli antibiotici che una volta nel nostro organismo lo sensibilizzano. E quando abbiamo realmente bisogno di assumere antibiotici ecco che il nostro organismo è esposto all'effetto immediato dell'inefficacia.
Perché non si parla più del problema? Ci sono troppi interessi in ballo. Da una parte, se c'è un focolaio l'unica è isolarlo. Spesso però visto il rischio di malattie, che si è sempre più incrementato, bisogna intervenire. Certo, a volte, se c'è un problema che si presenta per la prima volta, come con la lingua blu sono stati fatti interventi che hanno provocato vere e proprie stragi senza ottenere nulla. Addirittura hanno imposto un vaccino che in realtà provocava la malattia.
Cosa si può fare? Si tratta di produzione in cui c'è il dovere di attrezzarsi perché gli effetti non ricadano sull'intera collettività.

Farmaci anticancro solo a pagamento

Per la prima volta nel nostro Paese, le autorità sanitarie hanno deciso che ci sono malati di tumore ricchi che avranno accesso a due farmaci oncologici, e quelli poveri che dovranno fare senza. E' accaduto infatti che il pertuzumab (Roche) e l'afibercept (Sanofi-Aventis) siano stati autorizzati dall'Aifa (Agenzia italiana per il farmaco), che ha agito secondo le regole, il 27 maggio scorso e quindi ammessi in farmacia, ma a totale carico del malato. Non era mai successo per gli anticancro, salvavita. Il malato di cancro dovrà quindi pagare per il farmaco Roche 6.000 euro per le prime due somministrazioni e poi tremila euro ogni 21 giorni; e per quello Sanofi Aventis 4.000 euro ogni tre settimane.

BREVI

Torino

Contrasto alla politica fallimentare dei rifiuti, ovvero la politica della privatizzazione del sistema di smaltimento

INCENERITORE: INQUINAMENTO E SPRECO

Basta accampare scuse. Solo degli amministratori inetti o interessati potevano pensare di migliorare la situazione ambientale e dei rifiuti a Torino con la realizzazione di un mega inceneritore. E' proprio l'esatto contrario. Questi primi mesi di intermittente e cattivo funzionamento dell'inceneritore di Torino confermano tutte le denunce e le preoccupazioni della vigilia.

Ci troviamo di fronte ad una fonte di grave inquinamento ambientale e di rischio per la salute delle persone non certo e non solo per fattori accidentali, di messa a regime degli impianti. Non c'è nessuna tecnologia che possa impedire la produzione di grandissimi quantitativi di inquinanti nei processi di incenerimento dei rifiuti. Il fatto di aver pensato di affrontare la questione rifiuti tramite la realizzazione di un inceneritore, oltretutto in una città come Torino che è la più inquinata d'Italia, è semplicemente irresponsabile. Ancora più irresponsabile tenuto conto che il funzionamento di un inceneritore è incompatibile con una politica della prevenzione, raccolta differenziata, recupero dei rifiuti.

Biocidio il Piemonte la regione più esposta al pericolo di radiazioni. Nucleare nelle acque e nell'aria.

La conferma in un dossier dell'Ispra, l'Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale. L'elenco dei veleni indicate dal rapporto è sterminato: il Piemonte "ospita" il 96% delle tipologie di sostanze radioattive. La stessa falda acquifera risulta contaminata da sostanze cancerogene volatili anche nei 2mila ettari circostanti. Il Biocidio continua a compiersi, dal Meridione al Nord, risultato di un criminale connubio tra interessi di "prenditori" privati (o meglio privi di scrupoli), interessi strategici dello Stato (scorie nucleari nazionali e di altri paesi stoccate per anni) con quelli dell'economia criminale che, quando è servito, ha messo a disposizione la sua logistica e la sua capacità di controllo del territorio. E' lo stesso connubio di interessi che vuole fare a tutti i costi la Tav in Val di Susa. E magari scoprire tra quindici anni che l'amianto contenuto nelle montagne sventrate con la Tav ha avvelenato la gente e il territorio. 14/9/2013

sul blog *http://blog.libero.it/lavoroesalute*
Racconti e Opinioni di Lavoro, Salute, Politica, Cultura, Relazioni sociali
pagine di* ALTRAinformazione *a cura di franco cilenti

Sangue infetto

Riconosciute le indennità alle vittime

Un passo avanti per i pazienti italiani danneggiati dalle trasfusioni di sangue infetto. La Corte dei diritti dell'uomo di Strasburgo ha condannato l'Italia a pagare la rivalutazione dell'indennita' percepita per la contaminazione subita attraverso trasfusioni di sangue o di somministrazione di derivati infetti.

La questione riguarda 162 persone che non riuscivano ad ottenere dallo Stato una rivalutazione annuale della parte complementare del risarcimento stabilito.

La Corte di Strasburgo ha invece giudicato che l'adozione da parte del Governo del decreto legge d'urgenza n. 78/2010, sulla controversa questione della rivalutazione, violi il principio dello Stato di diritto e del diritto dei ricorrenti ad un processo equo.

Ai pazienti, secondo la Corte, e' stato quindi imposto un "peso abnorme ed eccessivo". I ricorrenti sono 162 cittadini italiani, tutti contaminati da virus a seguito di trasfusioni di sangue o emoderivati.

In virtu' della legge n. 210/1992, i pazienti percepiscono dal ministero della Salute un'indennita' composta da due parti: una fissa e una complementare. Nel 2010, infine, il decreto legge 78 ha stabilito l'impossibilita' di rivalutare la parte complementare dell'indennita'. Ma per la Corte dei diritti dell'Uomo il decreto ha privato i pazienti di un diritto.

Per questo invita lo Stato italiano a stabilire, entro sei mesi dalla data della sentenza definitiva, un termine perentorio in cui si impegna a garantire l' attuazione efficace e tempestiva dei diritti in questione.

Fabrizio Salvatori
03/09/2013

La vita di Francesca la protagonista del libro, è segnata dalla malattia del padre, affetto da depressione bipolare, che influisce nel suo percorso di crescita.
I rapporti conflittuali con i genitori si riversano anche sulla sua vita sentimentale.

" […] ***Nella vita ho imparato che per far sentire a proprio agio le persone, nel rapportarsi ad esse, bisogna cercare modi e un fare che avvicinano. Le distanze non aiutano. Mai.*** […]"
Da queste parti termina il romanzo di Isabella Borghese, e nello stesso luogo inizia la vita, quella vera, della sua Francesca.
Così Francesca, con una frase a prima vista banale ma in realtà molto profonda, grazie alla capacità di attraversare le sue tempeste, nel senso di saperci stare dentro, conquista uno strumento di lettura della vita che forse la maggior parte delle persone non riesce ad afferrare in una vita intera.
Non è quello che viviamo a formare il nostro carattere, non sono le fatiche, i dolori, le sofferenze e le ingiustizie subite, ma come affrontiamo tutto questo per venirne a capo, per trovare la nostra personale soluzione e per andare oltre. Non oltre il ricordo, anzi. Oltre il dolore.
Citando Jung: "I ricordi dolorosi non si possono eliminare. Quello che si può eliminare è il dolore associato ai ricordi."
Dimenticare è rimuovere, è un meccanismo difensivo che a lungo andare può cedere e ferirci più del motivo che l'ha messo in piedi, dimenticare è pericolosissimo.
L'andare oltre si declina invece nella capacità di accettare, di assecondare, e di vivere.
Vivere nonostante.
Francesca impara, nella fatica, nel dolore e in una forma di solitudine ricercata come rifugio, come contrapposizione al rumore, come luogo tutto suo, ad andare oltre.
La sua possibilità nasce nell'andare via. Via da una casa che la rende vittima e a tratti onnipotente.
Andare via, per Francesca, significa essere meno autoreferenziale, capire che non si può salvare nessuno che non voglia essere salvato, ma che si ha il dovere morale di salvare se stessi. Soprattutto se poi si avrà la pretesa di incontrare un poco di felicità. La propria.
Un giorno, di fronte ad una trepida preoccupazione per una paziente che minacciava il suicidio, un collega mi disse: "Non accanirti, d'altronde se lei vuole togliersi la vita che diritto abbiamo noi di impedirglielo?".
Questa frase in me suscitò un immediato scalpore misto a fastidio, poi - d'un tratto - mi tolse di dosso quella sorta di confuso delirio d'onnipotenza che mi faceva sentire indispensabile e quindi responsabile.
Francesca esce di casa e affronta la solitudine. Che per lei diventa rifugio. Come il corpo di una donna. Come l'idea del corpo di una donna. Rifugio. Così, lentamente, va incontro alla vita, quella vera.
Si misura con la dimensione del silenzio, rischiando e affrontando la paura del vuoto per scoprire invece la possibilità dell'ascolto, che solo eliminati i rumori molesti può esistere davvero.
Dalla sua parte è un romanzo che appassiona, coinvolge, congela, scalda, e a tratti commuove.
E' una storia da far leggere a chi nella tempesta ci cammina a testa bassa, senza alcun barlume di speranza, senza il coraggio di rischiare e senza la possibilità di movimento alcuno.
Anche perché termini usati dall'autrice sono autentiche mine che detonano nella mente di chi da quelle parti è già stato.
E sentirsi simili spesso può essere di gran conforto, talvolta - addirittura - curare.
Francesca non è "risolta", Francesca è in itinere, in viaggio, a lei spetta trovare una soluzione che le permetta di uscire da quell'involucro che l'avvolge e le paralizza l'anima, che mette una barriera fra il pensare e il sentire, fra l'amore e l'amare, fra il proteggersi e il vivere.
Anche questo libro è forse un racconto di viaggio, di una parte di viaggio, che accompagna il lettore là dove forse nemmeno la protagonista saprà arrivare.
La sensazione è che qualcosa ancora in potenza possa diventare atto. L'amore.

Maria Angelica Castelli
Psicologo Clinico - Psicoterapeuta

Bed&Breakfast ACQUEDOTTI ANTICHI
Viale Anicio Gallo 196/C2 - 00174 Roma
Tel. 06 455 556 35 - 329 116 22 03 - Fax 06 972 598 38
info@acquedottiantichi.com - www.acquedottiantichi.com

Vai a Roma per piacere o per lavoro?

Acquedotti Antichi Bed and Breakfast, il binomio economicità e qualità, l'accoglienza senza sorrisi di convenienza. Per chi non ha artificiose pretese da anemici hotel a 5 stelle, è l'ideale. Situato in una zona tranquilla e gradevole a 15 minuti dal centro e attaccato allo splendido e immenso parco dell'Appia, il B&B eccelle nella gestione: simpatia, cultura e disponibilità funzionale ad una permanenza piacevole. *Recensione di f.c.*

Medicina Democratica
Associazione onlus
MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE

Iniziative nella sanità, sicurezza lavoro, approfondimenti scientifici, inchieste sull'ambiente, indagini e analisi, progettualità.

www.medicinademocratica.it

iscriviti. 50 euro: tessera e abbonamento alla rivista

notizie, inchieste, conflitti, lotte... in tempo reale

digita *www.controlacrisi.org*

L'opuscolo è pensato per offrire al mondo giovanile un'informazione semplice, chiara e scientificamente corretta e aggiornata. *su www.lila.it l'opuscolo in pdf*

Ambulatorio IST
(Infezioni Sessualmente Trasmesse)
Ospedale Amedeo di Savoia

Corso Svizzera 164 TORINO
telefono: 011/4393788

Trasporti: tram: 3, 9; bus 59, 60
lunedi/martedi/giovedi/venerdi
Orari: 8,30-10,00
Disponibili 15 posti
Esami al Padiglione RUDIGOZ

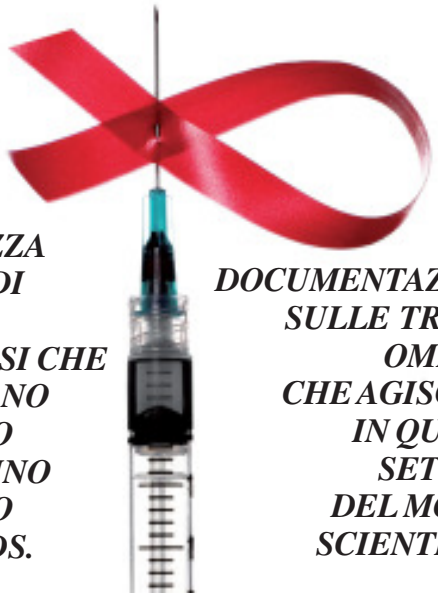
Ritiro a libero accesso:
lun/mar/gio/ven 13,00 - 14,30; mer 9,00 - 11,00
Attività infermieristiche
(prelievi, terapie post visita)
Non è necessario prenotare; non è necessaria l'impegnativa del medico; su richiesta è garantito l'anonimato; visita senza ticket
Disponibilità di mediatori culturali

Serie Bianca Feltrinelli

VITTORIO AGNOLETTO
CARLO GNETTI

AIDS LO SCANDALO DEL VACCINO ITALIANO

PREFAZIONE DI ROBERT GALLO



E' ORA DI FARE CHIAREZZA SUI FONDI E SUGLI INTERESSI CHE CIRCOLANO ATTORNO AL VACCINO ITALIANO SULL'AIDS.

DOCUMENTAZIONE SULLE TROPPE OMERTA' CHE AGISCONO IN QUESTO SETTORE DEL MONDO SCIENTIFICO

consigli in libreria

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.

Terza edizione

La strage degli innocenti, un volume di inchiesta e di riflessione che parte dalla stridente contraddizione fra le teorie dei cosiddetti difensori della vita e il silenzio catacombale che incombe sul fenomeno raccapricciante dell'emarginazione sociale, la sofferenza, la reclusione in istituti e la morte di milioni di anziani e meno anziani socialmente fragili.

Storie di ordinario leghismo

Nel 1936, la 205esima squadriglia della Regia aeronautica adottò come stemma tre sorci verdi. Da lì "Ti faccio vedere i sorci verdi" significa dare filo da torcere, sconfiggere, umiliare. Negli ultimi venti anni la Lega Nord ha certamente fatto vedere "i sorci verdi" all'Italia.
Quando le amministrazioni leghiste del Nordest hanno cercato di mettere al bando libri di autori italiani che in parte sono presenti in questo volume, è scattata una reazione collettiva che ha prodotto iniziative e dibattiti: "Scrittori contro il rogo", attorno all'idea che i "roghi" costituiscano un colpo pesante alla democrazia. Sempre, a prescindere dal motivo che li ispira.
"Sorci verdi" è un libro di racconti, non un saggio politico.
Uno spaccato di (dis)umanità, a volte descritto con ironia e leggerezza, come se una cinepresa fosse piantata negli occhi dei protagonisti, per raccontare un mondo di ordinario razzismo. Un libro che colpisce allo stomaco e spesso lo oltrepassa.

Hanno ristrutturato la città con due sole alternative: il debito e il cemento. In questo libro sulla città post industriale più indebitata d'Italia si racconta di chi decide le sorti della città.

Seconda edizione

Maurilio Mirabella, napoletano, scompare il 17 marzo 2010 a Roatan (Honduras), dove viveva da circa quindi anni, in circostanze a tutt'oggi misteriose. Di lui si è persa ogni traccia. Insieme a lui è scomparso un suo conoscente torinese, Luca Pagliaro.

il dentista sociale a Torino

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

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

qualità e giusto prezzo

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

preventivo gratuito

333.3391309 - 339.6735043

officina AURORA
l'autosicurezza
via Principe Tommaso 12 Torino 011.658080
inserzione concessa gratuitamente

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

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

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

Lavoro x tutti
A ottobre parte la raccolta firme

La campagna di Rifondazione Comunista per l'occupazione

Proponiamo un PIANO PER IL LAVORO che crei almeno 1 milione e mezzo di posti di lavoro: investendo in politiche industriali che riqualifichino le produzioni e le rendano ecologicamente sostenibili, nel risparmio energetico e le rinnovabili, nell'agricoltura di qualità, nella messa in sicurezza dal rischio idrogeologico e sismico, nella cultura e nella manutenzione del patrimonio artistico, nel diritto alla salute e nella diminuzione delle liste d'attesa, in un piano per creare asili nido e riqualificare scuola, università e ricerca. Riducendo l'orario di lavoro e cancellando la controriforma della pensioni.

Chi+ha+paghi

Oggi in Italia l'1% delle famiglie possiede una ricchezza pari a quello del 60% meno abbiente: oltre 5 milioni di patrimonio a famiglia mentre 9 milioni e mezzo di persone sono sotto la soglia di povertà. Per questo vogliamo sostituire l'IMU con una patrimoniale sulle grandi ricchezze sopra gli 800.000 euro, mettere un tetto a pensioni e stipendi, aumentare le tasse sulle rendite finanziarie e diminuirle per i lavoratori e i redditi bassi, colpire la grande evasione fiscale e istituire il reddito minimo. Tagliamo le spese militari, dagli F35 e all'Afghanistan, la TAV in Val Susa e le grandi opere inutili.

Disobbedire all'europa

Dall'inizio della crisi l'Europa ha finanziato le banche e gli speculatori con soldi dei lavoratori e delle lavoratrici e con quelli sottratti alla spesa sociale. Questa politica europea aggrava la crisi e ha trasformato l'Italia in un protettorato tedesco.
Occorre cambiare strada e per questo è necessario che l'Italia la smetta di applicare i trattati europei che distruggono la nostra economia, a partire dal Fiscal Compact. Invece di fare i servi della Merkel occorre riprendere la sovranità sulla nostra economia disobbedendo alle follie di Bruxelles: vogliamo che sul Fiscal Compact e i trattati internazionali decidano i cittadini con il referedum.

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

29° anno di giornalismo nel lavoro per la sanità pubblica

Racconti e Opinioni
lavoroesalute

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

Redazione: *info@lavoroesalute.org*

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

Suppl. rivista Medicina Democratica
Autoriz. Tribunale Milano n° 23-19/1/77
Reg. naz. stampa (Legge 58/81 n° 416, art. 11) 30/10/1985 Dir. Resp: *F. Aurora*
Vignette (cile) di *F. Cilenti*
Impaginazione a cura di *Mac Rizzo*
Il materiale originale è riproducibile citando testata, data e autore.
Posta: Firma e telefono. La firma non verrà pubblicata su richiesta.
Numero chiuso in redazione: 19-9-2013
Suppl. alla rivista naz. M. D. - n° 200
Questo numero pubblicato solo in pdf sul web: www.lavoroesalute.org

Tariffe inserzioni pubblicitarie scrivere alla redazione

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

Scritto da
1465 *autori*
- 2001 operatori sanità
- 137 sindacalisti
- 45 esponenti politici
- 178 altri

Stampate
694mila *copie*
- 489mila ospedali e ambul.
- 132mila luoghi vari
- 72mila copie distrib. naz.