Racconti e Opinioni
lavoroesalute
www.lavoroesalute.org

Anno 27 * **n. 6** * Dicembre 2011 * Periodico di **Medicina Democratica** onlus
Diretto da *franco cilenti* * Pubblicazione finanziata da promotori e lettori

gusto, qualità, solidarietà
cafè rebelde
consegna a domicilio
informazioni a pag. 31

Supplemento alla rivista "Medicina Democratica" Dir. resp. fulvio aurora * Edizione del Piemonte

Con il loro Piano SocioSanitario

Stanno saccheggiando la sanità piemontese

LeA petizione popolare a pag. 32

5 **Mancano 10mila infermieri/oss**
Redazione

6 **Le brutalità del Piano padano**
Alberto Deambrogio

8 **Tagliano ma il loro buco resta**
Eleonora Artesio

8 **Esuberi: le tante bugie di Cota**
Eleonora Artesio

10 **Appunti sull'inquietante Piano**
Vittorio Demicheli

12 **Chiudere l'Amedeo di Savoia?**
Comitato iscritti Cgil Asl To2

13 **Noi specializzandi precari asl**
Coord. psicologi e Psicoterapeuti

Inoltre ma anche altro

2 Nella Regione della bugia
3 *Il nostro ricordo di Ivar Oddone*
16 Lettera. La vera vita d'infermiere
18 *Nell'ADI professionalità e onestà*
19 I medici competenti che fanno?
20 *Stress solo in pronto soccorso?*
22 Mercato delle Posizioni nelle asl
24 *Soccorso chirurgico di strada*
25 Mobbing sul lavoro. Un libro
26 *RSU: il 7 marzo sarà primavera?*
27 Asl, il cancro della meritocrazia
28 *Progetto prevenzione tumori*
29 Cancro, allarme uso cellulari
29 *Torino ipotecata dalle banche*
30 Asl 2: disagio e cure in carcere

DENTISTA SOCIALE
Qualità e giusto prezzo
> 50% in meno dei prezzi di mercato
> meno 30-40% delle tariffe pubbliche
VISITA E PREVENTIVO GRATUITI
333.3391309 - 339.6735043

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

editoriale
di *franco cilenti*

Nella Regione della bugia la verità è una malattia

Smarrimento e sconforto di fronte a una Giunta regionale che in pratica dice agli operatori "Non importa cosa facciate e come lo facciate, importa solo che spendiate poco e incassate di più" Istituzionalizzando di fatto il principio del lavoro come patacca da offrire ai cittadini.
Smarrimento e sconforto dei "pataccari" talmente debilitati da tanta superficialità da rimanere allibiti e incapaci anche di emotiva indignazione. O meglio, incapaci di ragionare razionalmente e pretendere una risposta, pesante e adeguata, almeno da quei sindacati che abbiamo delegato a parlare per noi e dai politici che abbiamo votato. In questo stato di immobilismo ha buon giuoco il teatrino padano della loro politica.

loro e noi
in sanità, parole ed opere

loro sono bravi in matematica appiccicata, vedi elezioni e tagli, noi siamo troppo bravi in tutto…ma proprio troppo!

Le loro intenzioni non danno risposta alle numerose difficoltà di vita che giornalmente affrontiamo. Pare che tutto vada a rotoli e che nulla funzioni più. In realtà non è così perché la capacità dei singoli fa funzionare le cose, ad esempio il nostro sistema sanitario resiste e produce servizi di cura nonostante tagli alle risorse e incapacità gestionali di questi governanti. E' comunque scomparsa nel sentire comune ogni fiducia sull'oggi e il domani che vediamo come un incubo per noi e per i nostri figli. E'questa è una loro vittoria come lo è il crescente sentimento di ostilità verso la politica come strumento dicambiamento. Però è la loro politica che sopportiamo. Perché?
E' vergognoso che ci sia questa cultura al governo del sistema sanitario. Siamo di fronte ad una totale assenza di gestione del sistema sanitario, manca un vero e proprio Piano Sanitario, fatto di programmazione obiettivi, il tutto si riduce a un elenco di tagli, tipico di un'azienda in fase di ristrutturazione con la sola differenza che noi non produciamo camion e trattori ma salute delle persone.
Ecco spiegata la scelta di un manager della Fiat con la bibbia di Marchionne sulla scrivania di Assessore alla sanità.

CONTINUA A PAGINA 4

LavoroeSalute ricorda il professor Ivar Oddone

Ivar è morto, a 88 anni, il 24 ottobre scorso e credo sia compito di tutti coloro che hanno cominciato negli anni '70 ad occuparsi di prevenzione nei luoghi di lavoro ricordarlo per quanto ha dato alla scienza sociale, e alle persone che hanno avuto la fortuna di essersi trovati a seguirlo nel suo "Che fare" .
Ecco, a mio parere Ivar ha incarnato la leniniana domanda e ha saputo dare risposte concrete nel campo della difesa della salute dei lavoratori. Lo ha fatto a suo modo, con quelle modalità intellettuali che molti hanno letto come rigidità di pensiero e di comportamenti, ma era "solo" la sua autorevolezza.

Io, giovane operaio della Fiat-Ferriere a Torino, ho iniziato il mio percorso di sindacalista, proteso ai saperi che ancora non avevo nel mio bagaglio di militante comunista, apprendendo dal suo lavoro sulle "mappe di rischio" tutte le problematiche insite nell'organizzazione del lavoro in fabbrica.
La cultura di Ivar Oddone era una severa e originale sintesi di quel pensiero gramsciano che si richiamava ai Consigli di fabbrica. Sicuramente anche per questo fu forte il richiamo, per me "studente" degli scritti di Gramsci, verso il lavoro di Ivar.

Partigiano e amico di Italo Calvino, dopo la Liberazione dal nazifascismo, riprese gli studi di medicina. Dopo la laurea si affermò presso l'Ospedale "Molinette", si dedicò con passione agli studi di medicina del lavoro. Lasciò la professione di medico per diventare professore ordinario della facoltà di Psicologia del Lavoro. È della metà degli anni Settanta del secolo scorso il suo fondamentale trattato "Esperienza operaia, coscienza di classe e psicologia del lavoro" (firmato con Alessandra Re e Gianni Briante).

Con Giulio Maccacaro (fondatore dell'associazione Medicina Democratica), Lorenzo Tomatis ed altri ancora liberò la scienza dal chiuso delle facoltà universitarie per andare incontro ai lavoratori e al loro movimento di lotta per i diritti del lavoro. I concetti della soggettività operaia, della non delega ai tecnici, della validazione consensuale al loro operato furono tra le sue elaborazioni più innovative e proficue.
E si cominciò a parlare di "fattori di rischio" da quello chimico a quello fisico, a quello della fatica del lavoro.

I delegati e gli operai più attivi sull'organizzazione del lavoro, contro i ritmi alla catena, gli orari, le relazioni di lavoro indotte ebbero in Ivar un punto fermo per dare una lettura propositiva, propedeutica a una evoluzione di crescita personale e alle loro battaglie in fabbrica e fuori nella società.
Il suo lavoro resta attualissimo e resta un faro per chi vuole continuare a capire i meccanismi dello sfruttamento nel lavoro.
Ciao Ivar.

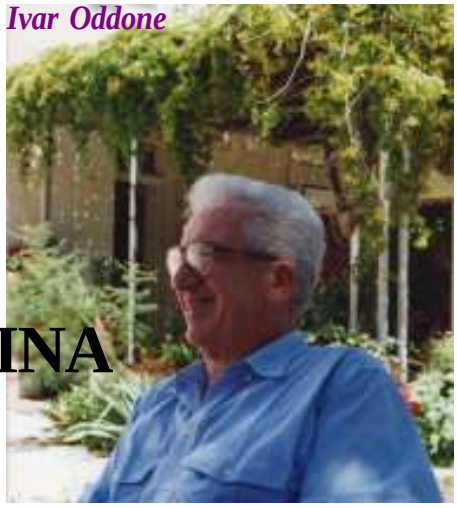
franco Cilenti

Ci sono uomini che lottano un giorno e sono bravi, altri che lottano un anno e sono più bravi, ci sono quelli che lottano più anni e sono ancora più bravi, però ci sono quelli che lottano tutta la vita: essi sono gli indispensabili.

Bertolt Brecht

L'INVENTORE DELLA MEDICINA DEL LAVORO

LavoroeSalute ricorda Ivar Oddone



Il 2011 verrà ricordato come l'anno della grande crisi finanziaria in Italia, nonché come l'anno delle ripercussioni politiche causate dalla svalutazione dei titoli di stato causata dalla quasi mancanza di fiducia internazionale del governo nazionale. Per molti sarà anche ricordato come l'anno in cui si è spento un uomo che ha dedicato la sua vita alla ricerca ed allo studio, all'analisi e sviluppo di strumenti e metodologie per alleviare la sofferenza altrui. Mi riferisco a quanti hanno conosciuto il Professore Ivar Oddone, come i medici del lavoro e gli psicologi del lavoro, studenti o collaboratori che hanno avuto la fortuna di conoscerlo e lavorare insieme.

Medico, professore prima alla Facoltà di Economia e Commercio, poi alla Facoltà di Psicologia all'Università di Torino, ma soprattutto interprete della voce degli operai e dei lavoratori che chiedevano migliori condizioni di sicurezza sul lavoro. Si può dire che a lui sia dovuta una moderna medicina del lavoro in Italia.

A me che non lo conoscevo, apparve immediatamente come un uomo combattivo, energico, forse un pò debilitato dagli anni e dalla malattia; un personaggio non facile da accostare, impegnativo ed a volte volutamente non accondiscendente. Aspetti relazionali non facili dettati forse anche dal passato di vero combattente: prima tra le fila della liberazione (Commissario politico della resistenza in Liguria), e successivamente tra quelle del sindacato; limite che è riuscito a trasformare in risorsa,.

Era dotato di un naturale carisma, che gli ha permesso di trasmettere il suo pensiero senza che ci fosse interruzione di continuità tra i passaggi logici della sua teoria e l'esperienza storica in cui li calava.

La mia interazione con il Prof. Oddone iniziò nel marzo del 2010 con l'inserimento nel progetto di ricerca all'ospedale Amedeo di Savoia che, dopo aver superato la fase di selezione, si è protratto fino al mese di novembre dello stesso anno, interrompendosi a causa dei tagli finanziari nelle Asl piemontesi.

In questo periodo sono venuto a conoscenza della ricerca sulle malattie professionali e sulle modalità per eliminarle o ridurle, ed ho avuto la possibilità di conoscere più in profondità Ivar Oddone; posso ritenere di essere stato probabilmente il suo ultimo collaboratore/ricercatore al quale ha trasmesso le idee di una vita.

L'obiettivo principale del Prof. Oddone era di eliminare o, dove non possibile, ridurre al minimo l'insorgenza del rischio di malattia professionale nel contesto lavorativo. Poiché non si possono eliminare i rischi se non si ha l'esatta consapevolezza e conoscenza degli stessi, è fondamentale possedere tutte le informazioni sui processi lavorativi pericolosi.

Era per lui solito ricordare che durante una riunione tra operai di una fabbrica ed i rappresentanti sindacali uno dei lavoratori fece un intervento che lo illuminò come medico del lavoro. Mendez, il nome dell'operaio, disse che "quando voi medici fate un testo per le malattie lavorative, dovete mettere i posti ed indirizzi nei quali c'è il rischio". Negli anni il professore racconterà questo episodio, chiamato modello Mendez, per far riflettere sull'importanza della conoscenza e localizzazione delle lavorazioni pericolose, sviluppando l'idea della necessità di un "catasto" dei luoghi pericolosi.

Un altro elemento importante della sua teorizzazione è stato il principio di autoregolazione applicato al sistema nazione; egli sosteneva che l'unica modalità per spiegare il funzionamento di un sistema complesso deve fare riferimento al modello T.O.T.E. di Miller, Galanter e Pribran, in cui il comportamento si autoregola sulla base di azioni e valutazioni sulle stesse, in un complesso schema di scopi e sottoscopi.

Il modello cibernetico si inseriva così nell'autoregolazione della nazione, dipingendo un quadro di conoscenza disponibile alla popolazione rispetto tutti i rischi sul lavoro, e costi sostenuti per curare le malattie professionali e l'ammontare del risparmio in termini di vite e denaro a seguito della bonifica dei rischi. Il concetto chiave, più volte ripetuto durante i mesi di collaborazione, è che senza conoscenza non si potrà bonificare.

L'esperienza di lavoro con Ivar Oddone è stata per me molto formativa dal punto di vista psicologico, un mix di interesse per le tematiche trattate, ammirazione per l'uomo con un passato così importante, non disgiunta da momenti di tensione per la modalità del rapporto. Posso dire che oggi, dopo riflessioni e confronti, l'esperienza con lui si è rivelata costruttiva e arricchente. Nella mia storia di vita rimarrà una traccia indelebile di crescita personale dovuta al Professore Ivar Oddone.

Dott. ***Massimo Zedda***
Psicologo, Dottore in Scienze Biologiche
Professore a Contratto presso l'Università di Torino, Dipartimento di Psicologia del lavoro

editoriale

continua dalla seconda pagina

Nella Regione della bugia la verità è una malattia

Molti nelle Asl pensano che questa Giunta abbia messo a capo delle aziende gente incompetente, mentre io credo che queste persone siano del tutto competenti ad eseguire un programma che non obbliga a costruire ma a
distruggere un sistema comunque funzionante basato sulla cultura pubblica e l'alta professionalità dei propri operatori.
Lo dico da operatore e da cittadino utente del servizio sanitario pubblico. Lo dico da comunicatore, sono ormai 27 anni che con la rivista Lavoro e Salute cerchiamo di informare, non solo sui passaggi cruciali che riguardano il sistema sanitario nazionale e regionale, ma anche e principalmente sul lavoro quotidiano negli ospedali e nei poliambulatori territoriali, relazioni comunicative, all'interno del corpo dei lavoratori e con i cittadini utenti.

La nostra convinzione, confermata dall'attuale momento di apatia generale nei confronti del pessimo stato di cose presenti, è che se non c'è informazione e relazione sul quotidiano tra produttori di salute (gli operatori) e fruitori (gli utenti) non c'è capacità di risposta collettiva quando ce ne bisogno, nel mentre i fatti narrano dell'odio di questi privilegiati verso tutti gli altri (gli "altri" siamo noi lavoratori della sanità e i cittadini che ci chiedono soddisfacimento dei loro bisogni di salute).

Fanno gli spiegazionisti e contestualmente accumulano favori e vantaggi, togliendo diritti agli altri. Combattono il sapere e la conoscenza e intimano di farla finita con questa vecchia storia dei diritti dei lavoratori, basta con le regole della convivenza civile. Una paracultura che li porta ad affermare, senza vergogna, che è l'egoismo personale che fa girare il mondo. Con Berlusconi come con Monti.
Alle loro prepotenze quotidiane è ammessa solo una lagnanza individuale di chi sceglie di stare fuori dalla loro corte, ma una lagnanza che non si deve percepire, pena la minaccia di ritorsioni.

Questo è il retroterra di quanto ci viene presentato e imposto con il presunto Piano Sanitario regionale, è un vero e proprio programma per indurre la popolazione dei territori a preferire le strutture private, e nel caso non ne esistono in un numero adeguato a chiederne, a furor di popolo, la costruzione data l'inadeguatezza prossima delle strutture pubbliche.
Questo sarà il risultato dell'introduzione dei nuovi ticket che per la prima volta dall'istituzione della Riforma Sanitaria del 78 supereranno i costi delle prestazioni private.

franco cilenti

L'assessore alla sanità Monferino

da pagina 6 a pagina 13

SPECIALE PSSR

SCORPORARE OSPEDALI DAL TERRITORIO
Il piano intende scorporare gli ospedali dal territorio, mettendoli dentro grandi aziende con rigida gerarchia tra ospedali di riferimento, cardine, di prossimità. La motivazione: risparmiare. Laddove si è provato a fare così si è visto che: non diminuisce il ricorso alle cure ospedaliere, gli ospedali diventano sempre più potenti e fagocitano gran parte delle risorse che andrebbero ai servizi territoriali

RAPPORTO CON I PRIVATI
Aprire al privato attraverso una serie di strumenti. Il privato che plana sul territorio vuole contropartite chiare per valorizzare le risorse investite. Nel settore sociale si vuole cedere a privati e terzo settore la gestione di strutture oggi in mano ad ASL e Consorzi. Risultato: decremento della qualità dei servizi, lavoratori con meno diritti e meno salario, perdita delle competenze tecniche pubbliche per controllare e negoziare

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA
La compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini attraverso il ticket e i fondi sanitari integrativi (assicurazioni). Il ticket piemontese è già noto: nessuna equità, si paga di più la prestazione già più costosa. Con l'assistenza sanitaria integrativa si distrugge la gratuità e l'universalità del diritto. Dove già esiste si è formata una situazione in cui chi paga ha servizi di lusso, chi non può una sanità minima e dequalificata.

FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA
A fronte del grave problema delle liste d'attesa si propone un fondo composto dalle sole risorse sanitarie esistenti. Non se ne conosce l'entità, non ha una destinazione vincolata, non sono assicurati standard di prestazioni certi.

ASSISTENZA TERRITORIALE E CURE PRIMARIE
La centralità dell'assistenza territoriale si scontra con le soluzioni organizzative individuate, a cominciare dalla separazione dei presidi ospedalieri dalle Asl e dalla conseguente complicazione per la continuità assistenziale.

PARTECIPAZIONE
Una pura enunciazione visto che si centralizzano le scelte. Esempi: provvedimenti di riduzione della dotazione organica, di introduzione di rigidi standard per stabilire il numero delle strutture, imposizione rigida delle specialità ospedaliere. Si cancellano gli spazi di partecipazione garantiti dal piano precedente.

MINISTERI ROMANI E MANAGER PADANI

Incredulità dei presenti alla presentazione del piano di tagli e ritagli dell'asl to 1 e 2 di Torino. La direttrice sanitaria aziendale nella sua dovuta frammentarietà lettura di un precario prospetto fatto di numeri e tabelle di unità operative a scomparsa, in un attimo di euforia ideologica non riesce a trattenersi ed erudisce gli invitati sui poteri istituzionali dell'immaginario bossiano declinando come "romani" i ministeri legiferanti. Abbiamo capito che secondo le direttive dei "Ministeri romani" la succursale piemontese dei ministeri padani ha legiferato quanto segue..... Domanda: la direttrice ha letto la sentenza del TAR, costretto a ricordare che L'Italia è una nazione e ha una Capitale unica sede, legale, degli ambiti di governo? Una rilettura della storia, e del presente, aiuterebbe a non lasciare basiti gli invitati.

Quanti infermieri e OSS mancano in Piemonte?

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità in Italia vi sono 4 medici ogni 1000 cittadini contro una media Ocse di 3. Mentre per gli infermieri stima un fabbisogno di 70mila operatori. A nostro parere sugli infermieri il bisogno è largamente sottostimato e non è assicurata neanche l'assistenza di base in quanto difettiamo anche di Operatori SocioSanitari.
L'OMS venga a visitare gli ospedali del Piemonte!

La Giunta regionale afferma che "abbiamo 58mila dipendenti, 18mila in più di quanti ne servono. Abbiamo un esubero di amministrativi e non possiamo assumere infermieri".
Se sui numeri si può giocare dalle poltrone delle sedi istituzionali nella realtà nei luoghi di lavoro questo gioco lascia del tutto indifferenti in quanto noi siamo alle prese con il quotidiano funzionamento del sistema sanitario pubblico e non sopportiamo che si parli di noi e del nostro lavoro senza cognizione di causa. E non riteniamo credibile chi parte da infimi standard per determinare posti letto e piante organiche.

Da una nostra ricognizione in molti presidi e distretti territoriali (cercheremo di finire e pubblicare una mappa il più possibile completa nel prosimo numero) esce fuori un quadro sconosciuto agli attuali gestori politici.
Per quanto riguarda gli infermieri e gli operatori sociosanitari il quadro è allarmante; un conteggio approssimativo ci dice che mancano in tutto il Piemonte oltre diecimila tra infermieri e OSS, essenziali per un decoroso servizio di cura e assistenza al malato.
Per quanto riguarda i lavoratori amministrativi assicuriamo che non sono affatto troppi ma in troppi sono dislocati secondo una logica che ha poco a che fare con la funzionalità degli uffici amministrativi, dei laboratori e dei reparti di degenza.
Se in tanti posti risultano francamente in esubero lo si deve alla diffusa politica clientelare che ha governato le assunzioni durante i dieci anni della gestione del centrodestra di Ghigo. Anni durante i quali ogni bisogno dell'elettorato che conta (in voti) veniva soddisfatto a prescindere dal reale bisogno di queste figure e nel mentre si negava l'esistenza di buchi nell'organico infermieristico e sanitario in genere. L'attuale dotazione organica, non solo per gli amministrativi, va rivista come collocazione funzionale e non come problema occupazionale.

E' proprio il criterio di funzionalità che manca a causa di politiche basate sui numeri e non sulle persone e sui loro bisogni di salute. Non è possibile che questo ragionamento elementare non sfiori i nostri governanti locali; non è possibile che nonostante un popoloso mercato del lavoro, di italiani e migranti, in attesa di occupazione, se avete dubbi sulle competenze sanitarie sono certificate e appurate, non si pensi lontanamente di farvi ricorso con semplici e poco costosi corsi di aggiornamento se fatti con risorse interne al sistema sanitario pubblico.
E quanto aveva deciso la Giunta Bresso!
Comunque, sono corsi che potrebbero anche essere affidati ad associazioni di volontariato e di impegno sociale come Medicina Democratica, con costi ridotti alla sola organizzazione.
Signor Presidente e signor Assessore, perché non prendere al volo un bel regalo di sana politica occupazionale?

Cuneo 10/11/2011 - Redazione Lavoro e Salute

nota Rapporto Oms

Alla sanità italiana occorrono 70 mila infermieri stranieri

Sono 33 mila gli infermieri professionali immigrati. L'Italia "attrae" molti infermieri stranieri, soprattutto romeni e polacchi, che complessivamente rappresentano l'11% degli infermieri nel nostro Paese. Molto più contenuta la quota di medici stranieri, che oscillano tra l'1 e il 4%, principalmente tedeschi. Sono invece in continua crescita i medici italiani, tra cui psichiatri e neuropsichiatri infantili, che emigrano nel Regno Unito per lavorare. Secondo l'Oms, in Italia vi sono 4 medici ogni 1000 cittadini contro una media Ocse di 3 ogni 1000. In questo contesto, spiega l'organizzazione, il mercato del lavoro è chiuso per gli stranieri. Diverso è il caso degli infermieri, settore ove si stima un fabbisogno di 70mila addetti. Attualmente il personale infermieristico straniero è l'11% e il suo numero è costantemente aumentato negli anni. Si è passati, secondo il registro dei collegi degli infermieri dell'Ipasvi, da 2.612 nel 2002 a 6.730 nel 2005 (pari al 2%), per poi esplodere nel 2008, dove si è raggiunta quota 34.043, di cui 33.364 sono infermieri professionali. Provengono da Romania (25%), Polonia (10.7%), Svizzera (7%), Germania (5.6%) e Perù (5.3%). Da Albania, Francia, India e Spagna arrivano 1.100-1.300 infermieri ciascuno, ognuno pari al 3,5%.

Fonte: www.immigrazioneoggi.it

Donne, 45% dei medici migranti

Aumentano i medici donna di origine straniera grazie ai riconoscimenti, sempre maggiori, dei titoli di studio alle immigrate provenienti dai Paesi dell'Europa orientale. E' l'analisi dell'Associazione medici origine straniera in Italia (Amsi).
La maggior parte dei 15mila camici bianchi (45% donne) proviene dai Paesi dell'Europa dell'Est. Ma anche da Iran, Camerun Congo, Somalia, Egitto, Libia. Dall'indagine dell'Amsi emerge un quadro professionale variegato, a seconda della provenienza delle professioniste. "Ad esempio – spiega Foad Aodi, presidente dell'Amsi – sono tante le specialiste che non sono riuscite a farsi riconoscere il loro titolo di specializzazione in Italia, in particolare quelle che arrivano dai Paesi dell'Europa dell'Est, e che finiscono per esercitare come medici generici dopo il riconoscimento del diploma della loro laurea. Molte di quelle che arrivano dagli altri Paesi, si sono invece laureate e hanno fatto la specializzazione in Italia. Le discipline più frequentate sono ginecologia, pediatria, fisiatria, medicina d'urgenza". La maggior parte è impiegata in strutture private come cliniche convenzionate, centri di fisioterapia, laboratori di analisi. "Questo perché non hanno la cittadinanza italiana".

Breve analisi del Piano Sociosanitario

Le brutalità del Piano Sanitario padano

Alberto Deambrogio
già consigliere di Rifondazione Comunista nel Consiglio Regionale con la Giunta Bresso

Il riordino organizzativo

Il Piano propone di distinguere funzioni di tutela (che rimane in capo alle Aziende Sanitarie Locali - ASL) da quello produzione/erogazione delle prestazioni (che viene affidato alle Aziende Ospedaliere o Ospedaliere Universitarie - AO/AOU).

Per arrivare a questa soluzione si vanno a scorporare le AO/AOU e gli attuali presidi ospedalieri dalle ASL su cui finora insistevano ed erano organicamente inseriti. Tutti i presidi ospedalieri e le Aziende Ospedaliere confluiscono poi in sei nuove Aziende Ospedaliere "cluster" (grappolo), in cui a seconda del tipo di prestazioni che è in grado di erogare, ogni ospedale viene gerarchicamente classificato come: di riferimento, cardine, di prossimità. Le ASL territoriali diventerebbero 11 con accorpamenti a Cuneo e Torino.

Problemi e criticità

Chi scrive il Piano dice, tra le altre cose, di essere in grado di produrre risparmi con questa operazione. Non è vero. Al di là del tempo (anni) che questa "rivoluzione" impiegherà per dispiegarsi, nel momento in cui non si lavora per fondere realtà esistenti (cosa sperimentata in passato con accorpamenti delle ASL), ma per dividere e riaggregare i costi nel medio periodo non diminuiscono ma addirittura aumentano. Per esempio: è probabile che una nuova AO cluster non abbia immediatamente tutto il personale per far funzionare la nuova struttura con più ospedali inseriti.

Le esperienze di separazione tra acquirenti e produttori (come quella lombarda) falsificano l'idea che si possa ridurre il ricorso alle cure ospedaliere (che in Piemonte non è particolarmente alto). Se si vuole risparmiare occorre governare la domanda indirizzandola verso cure alternative a più basso costo. Questo però richiede una capacità di negoziazione con operatori e professionisti tutta da realizzare.

La separazione delle aziende ha dimostrato fattualmente che gli ospedali finiscono con il tempo per diventare i veri catalizzatori delle risorse disponibili guadagnando via via più potere a discapito delle ASL e delle strutture territoriali. Si ripropone insomma il ben conosciuto "imbuto ospedaliero", che di certo non fa ben sperare per una eventuale, e tutta da verificare, redistribuzione sul territorio delle economie fatte.

La separazione ospedali - territorio pone grandi problemi per quanto riguarda la continuità della cura. É lo stesso documento di piano che ammette ciò. Dopo aver proposto in una prima bozza la costituzione di un dipartimento della fragilità interaziendale, il testo attuale affida il tema alla costituzione di "funzioni organizzative" in capo al distretto per quanto riguarda l'ASL e in capo alla direzione di presidio per quanto riguarda l'ospedale. Si creano dei gruppi di progetto con la partecipazione di personale delle due entità per definire i percorsi di continuità. Va però rimarcata l'aleatorietà di questo sistema perché ad esso non sono associati chiari indirizzi e criteri guida.

Per quanto riguarda la rete ospedaliera e la sua suddivisione gerarchica prima richiamata, occorre sottolineare che la scelta di stabilire a priori e in modo rigido quali saranno le specialità presenti negli ospedali di riferimento, cardine e di prossimità è sbagliata. Semmai bisognava partire dalla rete esistente delle specialità per disegnare in seguito il sistema organizzativo. Il territorio piemontese è vasto e vario e ogni cittadino dovrebbe poter accedere a strutture in grado di far fronte al suo bisogno in un raggio di chilometri accettabile. Perché non deve essere possibile pensare ad esempio, sempre tenendo conto degli standard di sicurezza, a reparti polispecialistici? La logica dell'ultimo piano varato dal centro sinistra sosteneva la tesi (nell'ottica della razionalità e della garanzia del diritto del cittadino) del "concentrare le tecnologie e diffondere le eccellenze".Va rilanciato quest'ultimo approccio.

La sovrapposizione dei criteri di assegnazione delle specialità agli ospedali alla situazione attuale degli ospedali medesimi sta già dando problemi e agitando (giustamente) le popolazioni locali e i politici (non sempre pronti ad andare oltre profili venati di demagogia). Sui piccoli ospedali e sulla loro riconversione tutto è lasciato nel vago degli annunci. Su questi temi dovremo saperci muovere con la giusta dose di critica, senza accedere a posizioni difficilmente sostenibili sul piano scientifico/teorico. In generale dobbiamo sostenere che è impossibile accettare "declassamenti" (vedi pronto soccorso) senza che vengano chiaramente proposte alternative credibili e condivise in grado di assicurare comunque le prestazioni di cui ha bisogno il territorio, agganciando questa posizione a una più generale critica al riassetto organizzativo proposto dal Piano.

Infine vale la pena di ricordare che il Piano non affronta minimamente, sul versante del personale, il tema della necessità di figure professionali (ex. anestesisti, chirurghi ecc.) che nel tempo vanno diminuendo senza possibilità di sostituzione.

L'apertura al settore privato

L'apertura al privato viene fatta in un contesto in cui il risparmio e una forte componente ideologica (la libertà di scelta ad esempio) sono gli assi portanti dell'operazione. Il risparmio, qualora si realizzasse, verrebbe comunque a scapito di componenti per noi decisive quali qualità del servizio e diritti del lavoro. Sul versante culturale invece si richiamano solidarietà e sussidiarietà orizzontale come principi da far camminare assieme secondo la vulgata prevalente, che,

CONTINUA A PAG. 7

Le brutalità del Piano Sanitario padano

CONTINUA DA PAG. 6

come sappiamo, ha avuto purtroppo anche una sanzione legislativa a livello nazionale. Siamo davanti a un totale ribaltamento dell'impostazione contenuta nel Piano Socio sanitario precedente. La Regione, tanto per fare, un esempio si era impegnata a non accedere alla finanza di progetto (cosiddetto project financing) e a limitare fortemente e precisamente le sperimentazioni gestionali pubblico privato.

Occorre criticare a fondo l'idea che il pubblico potrebbe in ogni caso esercitare una funzione di regia e controllo. Quando il settore pubblico cede servizi cede anche competenze che non rimpiazza al suo interno. E' del tutto evidente che quel patrimonio tecnico perso mette l'attore pubblico in una situazione di incapacità/inferiorità rispetto al privato, facendo diminuire o azzerando le sue competenze di negoziazione, di indirizzo e controllo reale ed efficace.

Compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini

Il ticket, che la precedente Giunta si era impegnata a cancellare, è stato reintrodotto dal Governo nazionale ed applicato in Piemonte secondo il principio del "si pagano di più le prestazioni che già costano di più". Naturalmente questo nesso elimina qualsiasi concetto di progressività e chi ha meno risorse deve sperare di non ammalarsi e di non aver bisogno di prestazioni costose. Il ticket viene riconfermato nella sua falsa valenza di dissuasore dai consumi sanitari inappropriati, mentre viene lasciata totalmente cadere qualsiasi misura sul lato del governo della prescrizione. E' ben noto che, dentro una asimmetria di conoscenze e potere, ben difficilmente il paziente ha voce in capitolo sulla appropriatezza o meno di un esame. Semplicemente il paziente deve pagare di più nel momento del bisogno.

L'istituzione di forme di copertura sanitaria integrativa privata (ad ex. fondi assicurativi) crea le condizioni materiali per la distruzione dei principi di gratuità e universalità del sistema. Al di là di questioni e problemi giuridici che accompagnano la loro costruzione, bisogna sottolineare il fatto che laddove sono stati messi in opera hanno sempre creato un sistema di diritti differenziale. Sono nati servizi efficaci per chi se li poteva permettere e nel tempo ciò che rimaneva di servizio pubblico andava a collocarsi nell'area della residualità e della "cura caritatevole" dei più indigenti. Nel tempo si è visto anche che tale sistema produceva un aumento dei costi pubblici a seguito del crearsi di un nuovo mercato del lavoro professionale, con un servizio pubblico non più in grado di essere datore di lavoro monopolista. Lateralmente a queste considerazioni, ma nel vivo di una crisi capitalistico finanziaria strutturale, occorre chiedersi quale ruolo avrebbero sul mercato finanziario questi fondi assicurativi di sanità integrativa. Come si muoveranno? Chi li gestirà? Con quale responsabilità sociale? Forse l'attuale Assessore Monferino qualche idea ce l'ha visto che, tra i mille incarichi ricoperti, siede anche nel consiglio di amministrazione di Toro assicurazioni.

TERRITORIO

Vengono istituiti i Centri di Assistenza Primaria (CAP). All'interno di un distretto che mantiene il suo ruolo tradizionale si fanno nascere questi centri che dovrebbero andare a svolgere le funzioni che nel vecchio Piano erano coperte dai Gruppi di Cure Primarie e dalle Case della Salute. L'idea di sperimentare "filtri" territoriali che fossero in grado di evitare il ricorso alle cure ospedaliere e di mettere insieme al lavoro diverse figure professionali era ben presente all'attenzione di chi programmava la sanità prima d'ora. Le sperimentazioni avviate, pur in presenza di resistenze forti al limite del corporativo a volte, avevano dimostrato che quella via era praticabile. Ora chi ha avuto quell'atteggiamento si candida a fare qualcosa di molto simile semplicemente cambiando denominazione, allargandone le funzioni (diagnostica di primo livello, sorveglianza temporanea).

Per quanto riguarda servizi psichiatrici e dipendenze il Piano non ha un capitolo apposito. Da quello che si può evincere dal testo, che lascia comunque spazi ambigui di lettura, siamo di fronte ad una forte tendenza alla sanitarizzazione e della psichiatria, che diventa "dipendente" dal presidio ospedaliero. I servizi territoriali in quanto tali rimarrebbero, ma l'assistenza psichiatrica verrebbe comprata dall'ospedale. Se le ASL potranno acquistare solo i Livelli Essenziali di Assistenza che fine faranno altri tipi di servizi come gli inserimenti lavorativi o le comunità residenziali?

Partecipazione

Vale la pena di ricordare, in una utile analisi comparata, quali erano alcuni degli "spazi" organizzati garantiti alla partecipazione dallo scorso Piano e messi in pratica durante il quinquennio di vigenza dell'amministrazione di centro sinistra. Questi "spazi", elencati di seguito, sono stati semplicemente soppressi:

- PEPS (Piani E Profili di Salute). Con quello strumento si mettevano finalmente Sindaci e amministratori locali di fronte all'opportunità di contribuire al disegno sanitario ad incominciare dai bisogni espressi sul proprio territorio;

- Governo Clinico. Con quello strumento si coinvolgevano i professionisti nell'individuare alcuni obiettivi (3 sulla prevenzione, tre riguardanti il presidio ospedaliero, 3 il territorio) su cui cimentarsi e su cui ottenere risultati. (oggi gli obiettivi non vengono neanche assegnati ai Direttori Generali che hanno il solo compito di risparmiare);

- Conferenza di partecipazione. Si svolgeva a livello di ASL e di ASO e metteva a confronto oltre al Direttore Sanitario e i rappresentanti degli operatori anche le associazioni;

- Comitati di partecipazione. Coinvolgevano SERT e Servizi Psichiatrici mettendo a confronto professionisti, associazioni, imprese sociali.

- Piani Locali su dipendenze e salute mentale.

Questa breve analisi non esaurisce naturalmente lo sforzo critico di lettura e controdeduzione del PSSR.

Eleonora Artesio
Consigliera regionale
Assessora alla sanità nella Giunta Bresso

costi sanità NONOSTANTE I TAGLI NON SI CENTRA L'OBIETTIVO

La presentazione dei conti trimestrali (tre trimestri più la proiezione sul quarto) della sanità regionale impone, e lo dichiara l'assessore, una manovra di integrazione sul bilancio di assestamento, diversamente il sistema registrerebbe un disavanzo.

E' la dimostrazione palese che il passopiù lungo della gamba, ovvero ridurre l'integrazione regionale alla sanità da 400 a 250 milioni (-150 mln) deciso in sede di bilancio di previsione 2011 era velleitario.
Ovviamente la maggioranza e l'assessore si autogratificano dell'aver comunque compresso la spesa sanitaria (almeno per la parte a carico della Regione, visto che hanno invece registrato più di 90 milioni di maggiore finanziamento nazionale derivante dal riparto e dai criteri del fabbisogno, ad esempio sull'anzianità della popolazione)

E' interessante per il benessere del sistema comprendere quali siano state le voci in decrescita: la spesa farmaceutica, la riduzione delle convenzioni dal privato (-2,5% dai presidi e -5% daiprivati "puri"), la riduzione dell'assistenza integrativa (protesica), la riduzione degli accantonamenti, la riduzione del costo del personale.

Su quest'ultimo punto il 2011 registra un calo di 1.357 unità e le categorie più rappresentate, tra pensionamenti e mancate sostituzioni, sono quelle sanitarie o di assistenza, alla faccia della tanto dichiarata riduzione delle funzioni amministrative: -301 medici, -61 psicologi, -11 farmacisti, -25 biologi, -300 infermieri, -42 addetti alla funzioni riabilitative, -344 dipendenti del ruolo tecnico tra cui si annoverano gli operatori socio-sanitari.

E' bene ricordare che l'erogazione degli ausili e delle protesi obbedisce al vincolo imposto dall'assessorato alle Asl di ridurre la spesa pro capite da 47 a 42 euro annui con ovvie limitazioni delle erogazioni per gli aventi necessità.
E' ovvio rimarcare che, come testimoniano gli ospedali pubblici, le strutture accreditate convenzionate giunte all'esaurimento del budget bloccano le attività con conseguente invio alle strutture pubbliche e presumibile incremento delle liste d'attesa.
Non pare di poter sostenere che lo sforzo economico si sia concentratosulla lotta agli sprechi e che i servizi non ne risentano.

15 Novembre 2011

---

l'esuberanza di Cota

Il Presidente della Regione Piemonte Roberto Cota

Troppi lavoratori in sanità o troppo bugie pianificate?

A fine ottobre gli organi di informazione hanno riportato le dichiarazioni – parzialmente smentite – in ordine ai presunti esuberi nel sistema sanitario regionale.

Un tentativo di ricostruzione: il Presidente Cota nel corso di un incontro con le organizzazioni sindacali sulle stabilizzazioni di personale regionale avrebbe dichiarato che la Regione Piemonte dovrà occuparsi di ricollocare circa 18mila unità, in parte (piccola) proveniente dallo scioglimento di altri livelli istituzionali come le comunità montane, in parte (circa 14.800, avrebbe detto Cota) sarebbero esuberi della sanità piemontese.

Alle reazioni seguite il Presidente ha negato di aver "dato numeri"; in proposito si rinviano gli eventuali interessati all'intervento di Cota nella trasmissione Piazza Pulita del 06/10/2011(*http://www.youtube.com/watch?v=wdf8Sts7j4w*)
Vero è che il "poniamo" (detto in tv) del discorso del Presidente appare dubitativo, ma la ripetizione delle stesse cifre, sentita da due organizzazioni sindacali su tre e soprattutto una esplicita dichiarazione al Corriere di Novara del 27/10/2011("C'è stata una politica dissennata delle assunzioni., in base a logiche diverse rispetto a quello delle necessità. Risultato: abbiamo 58mila dipendenti, 18mila in più di quanti ne servono.
Abbiamo un esubero di amministrativi e non possiamo assumere infermieri"), restituisce abbastanza attendibilmente la convinzione di Cota sulla questione: tre indizi fanno una prova.

Al di là della cattiva abitudine di dichiarare e smentire, la sostanza merita un approfondimento anche alla luce del comunicato emanato dall'assessore alla Sanità: "Non è appropriato che su un totaledi 58mila dipendenti circa il 30% sia personale non sanitario".
Se consideriamo la rilevazione del personale che l'amministrazione regionale svolse nel 2007 per applicare le procedure di stabilizzazione in sanità contemplate dalla finanziaria Prodi, il personale inquadrato nella dirigenza del ruolo amministrativo era di 269unità e quello inquadrato nel ruolo amministrativo

CONTINUA A PAG. 9

Troppi lavoratori o troppo bugie?

CONTINUA DA PAG. 8

del comparto di 7.693 su un totale di personale dipendente di 56.592, ovvero circa il 14%. Ben lontano dal 30%, seppure di qualche unità percentuale superiore alla media nazionale: si badi bene che si trattava di personale in servizio, evidentemente non assunto dall'amministrazione Bresso, nonostante le continue accuse di Cota sulle assunzioni del passato. Tra i titolari dei requisiti per le stabilizzazioni vi erano pochi "amministrativi": 269 persone nel comparto e 7 nella dirigenza su un totale di 2.218 dipendenti precari. Mentre il comparto sanitario e il comparto tecnico Oss sommavano a 458 e la dirigenza sanitaria (denominazione del profilo medico) a 304.

Come si spiega quindi una forbice così rilevante tra la statistica ufficiale e le dichiarazioni dell'attuale amministrazione? Una interpretazione si può ritrovare nel piano di rientro al capitolo "Il personale", dove si dà atto che la consistenza organica dell'aziende sanitarie piemontesi è paragonabile a quella delle regioni benchmark (Veneto e Emilia Romagna), ma si dettaglia una differenza in eccesso di personale medico e di personale amministrativo di comparto. L'analisi delle tabelle offre una prima spiegazione sui criteri utilizzati dalla Regione dove l'inquadramento del personale non viene più definito in base ai profili, ma su macro aggregazioni: medici, dirigenti non medici, personale non dirigente, altro personale, facendo discendere da questa macro aggregazione coloro che necessitano di sostituzione e coloro che non necessitano.

Su queste macro aggregazioni gli unici dati che legittimano una dichiarazione quale quella del 30% di personale non sanitario derivano dall'assimilazione tra ruolo amministrativo e ruolo tecnico, la cui somma fa all'incirca 18mila unità, ovvero circa il 30%.

Vale per entrambi i profili un ragionamento generale: quale è per l'attuale amministrazione il rapporto ideale per garantire ancora che il complesso governo del sistema sanitario si fondi sulla cultura amministrativa interna?

Nello specifico il ruolo tecnico è composto da personale oss, quindi pienamente adibito all'assistenza alle persone ancorché non riconosciuto nel profilo sanitario, nonché una serie di altri profili addetti ai servizi generali.

Cota alla destra di Bossi

Il giudizio di inappropriatezza rilasciato dall'Assessore lascia intendere la possibilità per l'amministrazionedi "liberarsi" (infatti parlano di esuberi) di queste competenze potendo, si presume, o sostituirle attraverso affidamenti esterni o rinunciarvi. Questo approccio denota una diversa politica che già traspare nel piano socio-sanitario appena adottato dalla Giunta e in consultazione: il fatto che si riferisca di project financing (quindi progettazioni non interne all'ente), di gestione centralizzata dei magazzini (quindi di esternalizzazione dei servizi generali), di gestione diseconomica nella conduzione diretta da parte delle Asl di strutture socio-sanitarie come le Rsa, chiarisce che quella sarà la politica, giustificata dalla presunzione di eccesso di personale.

E' significativo che anche il sindacato (quello che non aveva sentito) metta le mani avanti invitando la Giunta a internalizzare le funzioni. Ci sono però, almeno così appare dalle cronache dei giornali, estimatori di questo nuovo corso. All'appuntamento di Federsolidarietà il Presidente Cota ha spiegato che il pubblico impiego (usato come ammortizzatore sociale, così come aveva ripetutamente dichiarato) sarebbe la causa del basso trattamento economico riservato ai dipendenti delle cooperative: ovvero il "privilegio" delle assunzioni pubbliche danneggerebbe la dignità del lavoro e del salario nelle imprese sociali.

Cota non sa o finge di non sapere che le procedure di affidamento dei servizi adottate dai suoi commissari/direttori generali avvengono senza alcuna garanzia di continuità occupazionale e di trattamento economico per i vincitori delle gare: il recentissimo caso dell'affidamento dei servizi di pulizia, sorveglianza e ristorazione presso il Maria Bricca e Carlo Alberto di Torino effettuato dalla Asl To1-2, senza obbligo per il mantenimento del posto di lavoro nel passaggio dalla vecchia alla nuova gestione, è l'ultimo esempio di come la sanità intenda oggi i rapporti con il terzo settore. E' da questo stile degli appalti che dipende la precarietà dei dipendenti delle cooperative, non certo a causa dei dipendenti pubblici delle Asl. Governare creando le contraddizioni tra la gente è una vecchia ricetta delle peggiori politiche. Non sembra il segno del mondo che cambia, tanto ricordato dal Presidente Cota.

Eleonora Artesio
Connsiglio Regionale
Consigliera Federazione della Sinistra

Tagliata la bliblioteca ai medici?

Da diverse organizzazioni degli operatori sanitari apprendiamo che l'Assessore alla Sanità sembrerebbe orientato a non rinnovare per il prossimo anno il servizio di Biblioteca virtuale scientifica (BVS–P) che si è dimostrato validissimo strumento per la comunità medica piemontese.

Istituita nel 2009 la BVS-P ha assicurato al sistema sanitario regionale la negoziazione e conservazione dei periodici e delle banche dati utili all'informazione e all'aggiornamento degli operatori; la migliore fruizione delle risorse bibliografiche; la formazione degli operatori nella ricerca di informazioni in ambito biomedico in una logica di universale accessibilità.

La qualità delle cure, la loro appropriatezza, l'indipendenza di giudizio su prodotti e su farmaci, le novità terapeutiche, il progresso professionale sono infatti direttamente proporzionali alla possibilità di ricerca e di approfondimento scientifico.

Una scelta miope e anti-economica!

Piano Sociosanitario piemontese

Appunti

di **Vittorio Demicheli**
già Direttore della Sanità regionale con gli assessori Valpreda e Artesio

I principi

Si assiste a una palese contraddizione tra l'enunciazione, un po' rituale, delle priorità e dei problemi di salute (che portano il documento a voler addirittura promuovere "il benessere" dei cittadini) e la incombente esigenza di sostenibilità del sistema che pare l'unico vero principio fondativo della proposta.
Già dalla premessa si chiarisce bene che ci sono limiti e vincoli imposti dal piano di rientro che il Pssr deve "armonizzare" diventando la cornice di sintesi degli accordi, dei piani e dei programmi nazionali.
Se si esclude il capitolo sull'organizzazione (che riafferma il principio della separazione tra ospedale e territorio e contiene indicazioni abbastanza concrete) il documento contiene solo affermazioni generali, riprende principi già stabiliti dalle norme vigenti e annuncia intenzioni positive che restano allo stadio del buon proposito. Un piano, per essere tale, deve indicare degli obiettivi (di salute e di governo) e progettare gli strumenti concreti per la loro realizzazione.
In altre parole: obiettivo unico del Pssr è il rispetto dei vincoli di spesa, ogni altro obiettivo o impegno (la promozione della salute, la garanzia dei livelli essenziali, la continuità delle cure, l'appropriatezza dei consumi, la partecipazione dei cittadini e dei professionisti) viene solo enunciato ma resta privo di strumenti concreti di attuazione.

Sostenibilità del sistema

Da vincolo con cui cimentarsi la sostenibilità economica del sistema diventa la vera ossessione del nuovo Pssr.
Il problema viene affrontato con due azioni fondamentali:
- il riordino organizzativo (che dovrebbe produrre risparmi attraverso una maggior efficienza di produzione delle cure ospedaliere)
- la compartecipazione dei cittadini alla spesa (sia attraverso l'uso dei ticket sanitari "modulati" per reddito, sia attraverso la creazione di una sanità complementare sostenuta da forme di finanziamento integrativo o assicurativo).

La prima azione è tutta da verificare nei suoi effetti.
Le esperienze di separazione tra i produttori e gli acquirenti di assistenza ospedaliera (segnatamente quella lombarda) non hanno mostrato di saper ridurre il ricorso alle cure ospedaliere (che, in Piemonte, sono già particolarmente contenute). I risparmi potrebbero, forse, derivare da una maggior efficienza di produzione delle nuove aziende ospedaliere a cluster ma la capacità delle aziende territoriali di governare la domanda e indirizzarla verso cure alternative a più basso costo richiede una capacità di negoziazione (con i professionisti innanzitutto) che è ancora tutta da costruire e risorse per sviluppare le alternative al ricovero che sono ancora tutte da reperire.
La più volte citata esperienza lombarda rivela come la separazione delle aziende abbia, nei fatti, portato a favorire gli ospedali che sono diventati relativamente più autorevoli e potenti nei rapporti con le aziende territoriali. Una tale evoluzione renderebbe ancora più difficile il governo della domanda e l'orientamento verso il territorio delle eventuali economie derivanti da una maggior efficienza ospedaliera non è affatto scontata.
La compartecipazione dei cittadini alla spesa rischia di tradursi in una clamorosa restrizione del diritto alla salute. Il ticket (strumento di compartecipazione già utilizzato in passato da governi di ogni orientamento) rappresenta un balzello che colpisce i malati al momento del bisogno, che non scoraggia i consumi inappropriati (perché colpisce il malato non il medico proscrittore) e che ha elevati costi di amministrazione (per emettere e controllare le esenzioni) che lo rendono particolarmente inefficiente.

I fondi sanitari integrativi minano alla base i principi di universalità e gratuità su cui si fonda il nostro servizio sanitario. Dove sono stati introdotti hanno portato al crearsi di pericolose asimmetrie di qualità all'interno dei servizi sanitari (con la nascita di servizi di lusso, pagati dalle assicurazioni, e il progressivo deterioramento dei rimanenti servizi) e hanno prodotto addirittura una crescita della spesa pubblica (perché hanno creato un mercato del lavoro professionale e il SSN ha perso il proprio ruolo di monopolista come datore di lavoro).

Le altre proposte avanzate in nome della sostenibilità non credo siano credibili:
- i costi standard vengono descritti come lo strumento che ci libererà da ogni preoccupazione ma il tutto si limita poi ad enunciare un percorso teorico di costruzione degno di un trattatello scolastico
- il fondo per la non autosufficienza viene istituito in modo solo nominale aggiungendo quest'etichetta alle risorse esistenti (di cui la gran parte sono quelle sanitarie, oggi in pericolosa contrazione) senza fornire alcuna garanzia né sulla entità del fondo, né sugli strumenti per gestirlo vincolandone la destinazione, né sui criteri e sui livelli di assistenza che con il fondo si intende assicurare.

Il riordino

Viene riproposta la separazione tra funzioni di tutela e di produzione (anche se il distretto viene confermato nel suo ruolo misto di produttore e di compratore) e vengono create le aziende "cluster" cui competono tutte le cure ospedaliere e quelle specialistiche (3 saranno aziende universitarie-ospedaliere).
I motivi indicati a sostegno di questa radicale trasformazione sono due:
- il conflitto di interesse tra le funzioni di gestione e quelle di controllo attribuite alle ASL
- la probabilità che l'appartenenza alla medesima azienda sanitaria favorisca l'integrazione tra professionisti.

Vengono anche previsti i pericoli derivanti dalla separazione soprattutto per la continuità delle cure.

Per quanto riguarda il conflitto di interessi l'argomento pare del tutto pretestuoso. In realtà le ASL manterranno la produzione diretta delle cure territoriali e della prevenzione e quindi il presunto conflitto di interesse resterebbe tale per almeno il 55% della spesa sanitaria. Inoltre il modello piemontese attuale prevede che le funzioni di programmazione e di controllo siano esercitate dalla Regione mentre alle ASR spettano solo le funzioni gestionali con il compito di raggiungere gli obiettivi e di rispettare gli standard e con la libertà di adottare le soluzioni organizzative ritenute più efficaci adattandole alle diverse esigenze territoriali.

Conflitti di interesse insorgeranno col modello ora proposto che sposta molta gestione a livello regionale (dove la Direzione Sanità e l'Aress si pianificano e controllano da sole) e lascia alle ASR solo il compito di attuare gli indirizzi regionali organizzando le proprie strutture secondo rigidi modelli e comprando servizi nei limiti del budget assegnato.
La possibilità che, appartenendo alla stessa azienda, i professionisti integrino maggiormente il proprio lavoro è tutta da verificare. Basta aver vissuto l'esperienza piemontese che ha visto due stagioni di fusione tra aziende sanitarie diverse (quella del 1995 e quella del 2008) per constatare come l'appartenenza alla medesima azienda, in realtà, sia una condizione di per se insufficiente affinché l'integrazione avvenga. I territori, i presidi e i professionisti sono ancora, in gran parte, gli stessi. Ci sono già oggi aziende con reti ospedaliere imponenti che, se fosse bastata l'identità amministrativa, sarebbero integrate da un decennio almeno.

Infine la continuità delle cure che, si ammette già nella proposta, verrà messa in difficoltà dalla separazione delle aziende non trova più alcuna risposta. Il dipartimento della continuità (o delle fragilità) presente nelle precedenti versioni del Pssr scompare da questa proposta. La funzione viene affidata al distretto (dal lato ASL) e alla Direzione di Presidio (dal lato AO) senza alcun indirizzo o criterio guida.

CONTINUA A PAG.11

Appunti di V. Demicheli - CONTINUA DA PAG. 10

Il rapporto con i privati

Collegando, in modo anche strumentale, al tema della sostenibilità la proposta di PSSR propone una serie di strumenti di collaborazione tra le aziende sanitarie e l'imprenditoria privata. Naturalmente si tratta solo di un'enunciazione generale cui occorrerà vedere la pratica applicazione. Si tratta di un'inversione totale di tendenza rispetto ai principi del Pssr vigente e agli impegni assunti finora dalla Regione (ad esempio le sperimentazioni gestionali e il project financing sono state oggetto di specifici accordi con le confederazioni sindacali che limitavano fortemente le prime e esplicitamente escludevano il secondo).
Altro punto delicato riguarda il sistema del welfare nel cui ambito viene addirittura ipotizzata la "cessione" dei servizi sociali e sanitari direttamente gestiti dalle ASL e dai Consorzi ai privati e al privato sociale. Ammantandola con i principi della solidarietà e della sussidiarietà, irretendola con la promessa di orientare in questa direzione i presunti risparmi ospedalieri, si disegna, in realtà, la rinuncia al controllo pubblico sul sistema regionale del welfare e si ricercano pericolose alleanze con una parte del terzo settore.
Ricordo che già oggi la cessione di una quota di servizi a questa componente avviene nell'ambito di una progressiva precarizzazione (sia dei servizi che delle condizioni di lavoro) e che l'abbandono della gestione diretta dei servizi comporta la perdita delle competenze specifiche che servono a negoziare efficacemente la cessione. Penso che occorra difendere il principio che i beni comuni (e i diritti sociali) devono essere gestiti in modo pubblico (principio confermato anche dal recente risultato referendario) e che, in ogni caso, eventuali cessioni debbano avvenire con forme e strumenti che ne garantiscano almeno efficacemente il controllo da parte del pubblico.

L'orizzonte temporale

Per concretizzare anche solo gli strumenti normativi necessari per avviare la riforma proposta occorreranno anni.
Il percorso sarà ancora più complicato dall'esistenza di evidenti contrasti interni alla maggioranza e dalle inevitabili contrarietà che insorgeranno nelle periferie riverberandosi nel Consiglio regionale.
Ma la vera complicazione sarà poi costituita dall'iter di realizzazione concreta dei nuovi assetti organizzativi. Un conto è accorpare delle ASR esistenti semplicemente fondendole tra loro (e già questo ha richiesto alcuni anni), altra questione è scomporre in parti le aziende esistenti (per estrarne gli ospedali) e poi ricomporle in nuove entità trasferendo personale e mezzi.
L'esperienza del passato (quello di creazione delle AO) dimostra che il processo richiede almeno un quinquennio per essere realizzato e circa il doppio per produrre qualche effetto.
Dal punto di vista dei costi, sempre l'esperienza insegna, nel medio periodo si rischia di produrre significative diseconomie solo per realizzare il modello.
La stessa cosa può dirsi del modello su cui si basa il riordino del sistema territoriale. I cosiddetti CAP sono dei contenitori che occorre riempire di funzioni concrete. Mancano ancora le regole (le convenzioni e i contratti vigenti, per esempio, non prevedono l'emergenza e il ricovero tra le attività dei MMG) mancano certamente anche le risorse per costruire e attrezzare questi centri, sono ancora tutte da verificare le volontà e le intenzioni dei professionisti interessati.

Governance

Il principio che sta alla base del riordino è quello della semplificazione e della riduzione del numero di interlocutori. L'idea, praticata anche con altri provvedimenti regionali di riordino (ad esempio quello sulle dotazioni organiche, con gli standard per stabilire il numero delle strutture) è di facilitare le decisioni semplicemente riducendo il numero di persone chiamate a decidere. Sicuramente non è un principio di democrazia e contrasta drammaticamente con le affermazioni generali sulla partecipazione e il coinvolgimento che vengono abbondantemente sparse nel documento.
Potrebbe forse essere un principio efficace in ambito industriale ma probabilmente non è destinato a grandi successi in un mondo dominato dalle relazioni professionali, qualè il mondo sanitario.
Tra le novità di questa edizione va segnalata la comparsa dell'area sovrazonale come entità a sé stante, come livello non solo di gestione ma, parrebbe, anche di governo di una parte del sistema.
Non vengono elencati tra gli attori del sistema né le AO, né le AUO!
E' difficile prevedere esattamente le intenzioni perché, a proposito di semplificazione e anche in questo caso, la proposta di Pssr contiene una delega in bianco alla Giunta regionale (ce ne sono almeno una quindicina in vari punti della proposta) per la definizione di questo strumento.

Il contenuto dei singoli capitoli

Sono un po' inquietanti i principi enunciati:
- responsabilità pubblica per la tutela del diritto di salute (cosa vuol dire?)
- compartecipazione dei cittadini alla spesa (mi pare che al massimo possa essere considerata una necessità, ma addirittura definirla come un principio!)
- globalità di copertura come definito dai LEA (mi sembra un giro di parole per dire il contrario: la globalità non c'è più e i LEA diventano il confine della copertura)

La ricostruzione (noiosa e inutile) del quadro normativo e del percorso del Piano di rientro è molto addomesticata e autoreferenziale. Basti dire che l'Addendum viene presentato come un atto di buona volontà proposto d'iniziativa regionale mentre in realtà è il frutto di una lunga negoziazione con lo Stato che evidentemente voleva precisi impegni e garanzie sulle manovre di contenimento dei costi.
E' ovvio l'intento intimidatorio (non ci sono più risorse, un piano sanitario deve prenderne atto) e il rovesciamento logico (la quadratura dei conti diventa l'obiettivo del sistema non più un vincolo cui adeguarsi).
Suona irrealistico l'obiettivo prioritario addirittura del "benessere e della salute dei cittadini e delle comunità" da realizzarsi attraverso una strategia di coordinamento interistituzionale e intersettoriale che, qui annunciata, non trova spazio nel resto del documento.

Anche il "ripensamento" sul ruolo del PSSR mi pare un po' azzardato. Credo che gli accordi e le intese tra lo Stato e le Regioni vengano prima (nella gerarchia delle fonti) e che il piano non possa "ricondurli" entro la propria cornice sintetica ma debba, piuttosto, adattare se stesso a questo contesto generale.

Comunque mi pare che queste riflessioni un po' confuse vogliano solo ridimensionare il ruolo del PSSR avendo la Giunta Regionale, nei fatti, accettato di farsi guidare anzitutto dal Piano di Rientro.

Stato di salute e principali problemi

Si tratta di un capitoletto che consuma un rituale abbastanza inutile e scontato.
Non ci sono novità rilevanti e, soprattutto, non vi è alcuna relazione con il resto del documento.

Segnalo alcune divertenti incursioni corporative tra le azioni finalizzate:
- Malattie cerebrovascolari: la spartizione tra MMG (prevenzione primaria) e Specialisti Neurologi (prevenzione secondaria). Mi spiace per il resto dei professionisti ma questa malattia è già stata lottizzata, provino con altre patologie ancora non ipotecate. Notare anche le stroke unit sono tornate ad essere patrimonio esclusivo delle neurologie.
- Diabete melitto: non sapevo che l'attuale livello di prevenzione delle complicanze fosse così efficace. Che sia un salvacondotto per mantenere in futuro l'accordo regionale sul trattamento integrato del diabete?
- Salute mentale: gli psichiatri si erano mangiati i SERT (nella versione del 12 ottobre) per poter gestire in modo organico la nuova utenza ma, adesso, fanno marcia indietro e tornano all'integrazione funzionale
- Malattie rare: se ci serve una rete vera significa che l'attuale è falsa? Oppure qualcuno vuole appropriarsene?

CHIUSURA DELL'AMEDEO DI SAVOIA?

Una delle tante idee balzane dell'Assessore

L'Assessore alla Sanità Monferrino ha poche idee e confuse! Idea balzana quella di trasferire l'Ospedale Amedeo di Savoia, Polo Regionale per le Malattie Infettive, al di fuori delle Città di Torino (Ospedale San Luigi). Il giorno prima declassava l'Ospedale in un centro di serie B e il giorno dopo ha dichiarato che l'Amedeo di Savoia è riconosciuto come uno dei tre riferimenti nazionali.
Comunque, aiutiamo l'Assessore alla Sanità a schiarirsi le idee dando una lettura a cosa c'è nel nostro ospedale

Reparti e Servizi dell'Ospedale Amedeo di Savoia:

Reparti Malattie Infettive - Ambulatori Centralizzati Malattie Infettive HIV - Clinica Universitaria - Ambulatorio Rieducazione Mano Traumatica e Reumatica - Ambulatorio visite foniatriche e disabilità del minore - Assistenza Farmaceutica Ospedaliera - Assistenza Sociale - Centro ECG diagnostica interventistica ecodoppler - Centro Unificato Prelievi - Day Hospital centralizzato malattie infettive - Diagnosi terapie infezioni osteomuscolari - Geriatria - Medicina Interna - Laboratorio di Microbiologia e Virologia - Laboratorio Analisi - Liason Psichiatrica e Psicologia Clinica - Mediatrici Culturali, Medicina dei Viaggi- Medicina Preventiva - Migrazione e Salute - Pneumologia Ospedaliera - Radiologia - Reparto Cure Palliative - SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - Dropin - RSA per disabili - Servizio di dietologia - Sportello Riconoscimenti Titoli Sanitari Esteri.

Facciamo notare che in questi ultimi anni sono stati realizzati lavori di ammodernamento delle strutture, nonostante l'attesa decennale dell'avvio dei Lavori del Nuovo Ospedale Amedeo di Savoia, come il nuovo reparto di Pneumologia Ospedaliera, la ristrutturazione del SPDC e la messa a norma della struttura dal punto di vista della normativa antincendio, lavori che si stanno concludendo in questi giorni con un investimento di soldi pubblici considerevole. Con questa notizia l'Assessore ci comunica che questi soldi sono stati buttati dalla finestra e guarda un po' rispuntano i 43 Milioni di euro per il nuovo Ospedale.

Caro Assessore i attesa che Lei venga a visitare la Struttura e a conoscere con mano quanto si è fatto in questi anni, faccia partire i lavori del nuovo Ospedale, nell'area prevista con i soldi vincolati dallo Stato, e non pensi a fantasiosi traslochi a danno dei cittadini piemontesi e dei lavoratori che ogni giorno dedicano la propria attività in un contesto ospedaliero complesso per la tipologia dei pazienti seguiti. Invitiamo il Commissario Dr. Manuguerra a ripensare alla scelta di abolire la Direzione Sanitaria dell'Ospedale Amedeo di Savoia a far data dal 2014 considerato che a livello nazionale l'ospedale è riconosciuto come uno dei tre riferimenti per le Malattie Infettive: adesso non lo diciamo solo noi ma anche l'Assessore alla Sanità della Regione Piemonte! Giù le mani dall'Ospedale Amedeo di Savoia!!!

Comitato Iscritti CGIL Asl2

MA L'ASSESSORE E' DISINFORMATO?

Quello che mi piace del nuovo Assessore Monferino re del camioncino è la chiarezza d'idee. Il martedì dichiara che l'Amedeo di Savoia sarà spostato al S. Luigi o al Mauriziano, lui se ne frega dei muri. Il mercoledì scopre che forse smembrarlo è un problemino, in quanto è uno dei tre poli nazionali per le malattie infettive. Da persona esperta quale lui è, pensa che basti spostare i pazienti da qui a li e il gioco è fatto. Non è mica esattamente così, a parte che quello che c'è all' Amedeo non è che è stato messo per riempire degli spazi vuoti, ma ha una logica precisa.

Prendiamo la fisiatria; pare, si dice, che i pazienti fortemente disabilitati da malattie infettive (immunodeficenza, etc.) si sentano un momentino debolucci, disimparano a fare movimenti quotidiani, alcuni anche a respirare (pneumologia?). Forse offrire loro un servizio di riabilitazione aiuta a mandarli a casa prima. Quando li mandiamo a casa poi, non è esattamente come dopo un intervento di impianto di unghie fashion, devono essere seguiti ambulatorialmente. Poi magari hanno anche delle patologie mediche, patologie sessuali, alcuni hanno anche patologie mentali. Insomma ci pensi Assessore, ci pensi bene, sembra quasi una catena di montaggio.....

Avrei tante cose da dire ancora, chessò l'alta professionalità infermieristica, medica, persino amministrativa che si è creata, la parte strutturale, ma è tutta roba che tengo li per quando lo scontro si alzerà, perchè assicuro che si alzerà. Anche perchè nel caso potesse sembrare una presa di posizione campanilistica, sti qua nemmeno immaginano cosa giri intorno all'Amedeo in termini di società civile, quella che riempie le bocche dei politici in campagna elettorale. Poi diciamolo: "Huelà se i poli sono tre a livello nasionale che facciamo chiudiamo il polo nord e lasciamo tutto in mano ai teroni?" mica siamo un ministero romano noi, e non l'ho detto io.

Blog ***LA VOCE DELL'ASLONA***

Psicologi precari e l'industria degli specializzandi nelle Asl

SVENDITA TOTALE: PSICOLOGO GRATIS!

Il Coordinamento Psicologi e Psicoterapeuti Piemontesi nasce spontaneamente circa un anno fa per raccogliere il malcontento di una generazione di lavoratori della sanità sistematicamente esclusa da ogni possibilità di realizzazione professionale e sottoposta a molteplici fenomeni di sfruttamento e squalificazione, nel più assoluto silenzio.
Ma veniamo ai fatti:
Secondo un dato Aress del 2009, in Piemonte il 60% degli psicologi attivi nei Servizi pubblici è formato da specializzandi (psicologi regolarmente iscritti all'albo e impegnati in un'ulteriore formazione di durata quadriennale), tirocinanti (studenti universitari), volontari e, in una piccolissima percentuale, borsisti, cioè da personale che nella quasi totalità dei casi presta la propria opera gratuitamente.
Il meccanismo che il Coordinamento denuncia prevede per lo specializzando richieste di prestazioni professionali gratuite per tempi che si allungano sempre più, al di fuori di qualunque controllo, e con l'evidente obiettivo di offrire servizi senza alcun costo, anzi, addirittura redditizi, visto che le sedute vengono pagate regolarmente dagli utenti con i ticket!
Il sopperire alla mancanza di risorse economiche ricorrendo a specializzandi costituisce non solo una grave scorrettezza nei confronti della popolazione, che spesso non riceve un adeguato servizio né informazione sul reale stato delle cose, ma anche una colossale truffa nei confronti di tantissimi giovani professionisti che, nella volontà (o necessità) di prolungare ulteriormente la propria formazione, si trovano incastrati entro un contorto sistema che il Coordinamento ha chiamato "l'industria degli specializzandi": alla fine del percorso "formativo" ogni specializzando è sostituito da un altro specializzando, e così via all'infinito. L'afflusso di forze sempre fresche e completamente gratuite vanifica per ciascuno ogni possibilità di assunzione e produce per il Servizio un'emorragia inarrestabile di competenze ed esperienze acquisite.
Il Coordinamento dichiara con forza: "Il fatto che il 60% per cento delle forze attive nella Salute Mentale siamo noi, ci fa affermare che non ci stiamo formando presso i Servizi: NOI SIAMO i Servizi pubblici di Psicologia. Prestiamo opera quotidiana, competente, responsabile per l'esistenza di servizi che altrimenti non esisterebbero, e questo secondo il nostro punto di vista non si chiama formazione, ma lavoro: lavoro senza diritti e senza compenso!"
E' questo il messaggio che è stato portato dal Coordinamento Psicologi e Psicoterapeuti Piemontesi nel presidio organizzato giovedì 21 ottobre 2011 in Piazza Castello sotto al Palazzo della Regione. Si tratta di un forte messaggio di denuncia nei confronti di un sistema che, sordo alle esigenze lavorative di moltissimi giovani professionisti, mira a mantenere inalterato un abissale divario tra vecchie e nuove generazioni, inquadrandosi, in questo senso, come l'ennesimo esempio di un Paese incapace di preparare un futuro per i suoi giovani.
Questo stato di cose, a nostro avviso, può e deve cambiare. La società contemporanea ci comunica costantemente e prepotentemente la scorciatoia come "valore" fondante per affrontare la/le crisi. Privilegiando una sempre più ristretta fetta della società civile. Ciò che si paga, ciò che è precario, ciò che si perde, soprattutto in termini di benessere, è ciò che ci sta a cuore. E dialogare con il resto della popolazione accogliendo la sfida del cambiamento, seppur in un momento complesso e socialmente doloroso, è la speranza che portiamo avanti.

Coordinamento Psicologi e Psicoterapeuti Piemontesi
(per contatti e collaborazioni con il CPPP scrivere a *coordinamentopsi@gmail.com)*

Psicologi precari

NOTA di Eleonora Artesio

Nei giorni scorsi l'assessore regionale alla Sanità ha comunicato alla commissione consiliare il risultato del piano di rientro alla voce dei costi del personale:
- 1.357 nel 2011 tra incarichi non confermati e pensionamenti, di cui -301 medici, -300 infermieri, -25 biologi, -11 farmacisti, -61 psicologi, -42 addetti alle funzioni riabilitative, -344 operatori del ruolo tecnico (OSS inclusi).
Il dato può apparire disallineato rispetto all'analisi del Coordinamento Psicologi e Psicoterapeuti che denuncia un metodo presente anche negli anni precedenti e figlio di un complicato incrocio: l'obbligo formativo da espletare presso i servizi ai fini della propria specializzazione diventa lavoro sommerso non retribuito, trasparente rispetto al sistema ma visibilissimo agli utenti che si avvalgono degli interventi specialistici. Se la situazione era già iniqua prima, è tanto più grave nel momento in cui gli ingressi finora formalizzati a tempo determinato e con collaborazioni professionali vengono espulsi, compromettendo ulteriormente l'esigibilità dei diritti alle cure e le aspettative di riconoscimento professionale per gli operatori. È preoccupante l'assenza di reazione a quanto sta accadendo, o meglio la sola resistenza sindacale e l'insufficiente "presa di parola" dei cittadini utenti, quasi a conferma della retorica del potere che - mentre pratica tagli - dichiara di limare "soltanto" gli sprechi. È quindi ulteriormente apprezzabile che la volontà di parlare, ora e di agire per il cambiamento dello stato delle cose cominci da un coordinamento proprio delle figure più deboli, agli occhi del sistema, ma forti della consapevolezza del loro sapere e del loro ruolo.

ESCLUSIVA INTERVISTA ALL'ASSESSORE ALLA PUBBLICA SALUTE

Redazionale da un'idea di Maurizio Portaluri di "salute pubblica"

Siamo andati a trovare l'Assessore alla Pubblica Salute di Padania. Pensavamo di aver capito che ci avrebbe ricevuto in assessorato. Arrivati negli uffici abbiamo, invece, una gentilissima segretaria ci dice *"L'Assessore non c'è, ovviamente è nella sua azienda di famiglia di trasporti pesanti, viene un giorno la settimana"*.

Un po' sorpresi abbiamo raggiunto l'Assessore nella sua proprietà fuori città, una serie di capannoni sormontati da una palla di vetro, più grande di quella del Lingotto, sede della direzione e dei vari collegamenti con i consigli di amministrazione, nei quali è componente attivo, sparsi per il mondo. Una dipendente ci ha accompagnato nel mega ufficio centrale. Ci accoglie con la sua riconosciuta cordialità manageriale:

"Benvenuti, un bicchiere di chianti doc?"

"Perchè no!".

"Allora, cosa volete sapere da questo povero Assessore?"

"Povero? Non pare proprio!"

"Intendo povero perchè ogni giorno gli piovono addosso critiche come se tutto ciò che va storto dipendesse da lui"

"Guardi, non siamo venuti per angustiarla. In fondo sono mesi che ogni giorno possiamo leggere le sue dichiarazioni e le sue interviste e ci piacerebbe sapere se c'è una sola realizzazione del suo mandato di cui si sente di parlare con soddisfazione"

L'Assessore ci pensa un po', manda giù un altro sorso di chianti e si passa la mano sulla fronte.

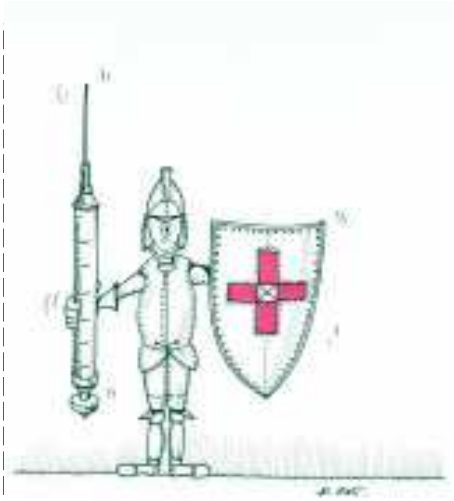
"Dico la verità, non sono riuscito a migliorare la simpatia dei piemontesi per la nostra sanità padanizzata. E lo sa perchè?"

"Perchè?"

"Perchè non siamo capaci di appassionare i malatie i nostri dipendenti negli ospedali?"

"Ma non c'è proprio nulla di cui sia contento?"

"Sì, una realizzazione di cui sono orgoglioso c'è. Una sperimentazione.



Visto che c'erano tanti lacci e lacciuoli soprattutto nei contratti di lavoro, ho proposto un esperimento"

"Quale?"

"Nel piccolo e fiorente paese collinare dove risiedo ci sono tre edifici, molto vicini tra loro: un ospedale, un poliambulatorio ed un hospice"

"Perchè ne è orgoglioso?"

"Abbiamo chiesto ai medici che volevano lavorare in questo esperimento di rinunciare alla libera professione di qualsiasi tipo. In cambio assicuriamo periodi di formazione in centri di riferimento e l'acquisto di tecnologia di provata efficacia. "

"E quanti medici hanno risposto alla chiamata?"

"Molti, soprattutto giovani. Inoltre il governo delle tre strutture è stato affidato ad un consiglio elettivo formato da sanitari che dura in carica tre anni e viene supportato da giuristi, economisti, sociologi, psicologi, informatici, statistici, ingegneri, ma solo supportato."

"Che vuol dire "solo"?"

"Che a decidere sono i sanitari. Per ogni decisione particolare, come l'acquisto di una nuova apparecchiatura ad esempio, si costituisce una commissione che valuta tutti i 'pro' ed i 'contro' ed alla fine decide, soprattutto in base alla provata efficacia e non alla moda. Un'altra condizione che abbiamo posto per partecipare all'esperimento è che né i sanitari né la struttura accettino sponsorizzazioni da industrie farmaceutiche e biomediche. Libri e convegni li paga il consiglio dei sanitari. E si è visto che conviene. Inoltre l'informazione scientifica industriale non è ammessa se non in contraddittorio con i farmacisti della struttura"

"Se ne è accorto che è roba da comunisti?"

"Ho studiato, ho appreso da qualcuno che ne sapesse di programmazione, dovevo pur imparare"

"Logica stringente. E negli altri due edifici?"

"In uno ci sono i poliambulatori per i medici di medicina generale e gli specialisti, il dipartimento di prevenzione. Tutti i medici sono dipendenti. Gli specialisti sono gli stessi dell'ospedale. Una regola fondamentale è la multidisciplinarietà"

"Cosa significa in concreto?"

"Ogni medico non chiede un esame o un consulto di un altro medico che poi il paziente andrà a ricercarsi. Il primo medico che incontra il malato si fa carico di discutere il caso con gli altri specialisti e questi di eseguire personalmente ulteriori esami. Non esiste la possibilità per il paziente di prenotare da sé un esame ed abbiamo abolito il centro di prenotazione e le ricette. Ogni cittadino ha una tessera personale che permette al medico di consultare tutti gli esami ed i ricoveri. Ogni medico scrive sul suo tablet i referti che vengono archiviati elettronicamente nella cartella personale contenuta in un grande server generale."

"E nel terzo edificio?"

"L'Hospice"

"Per i malati oncologici?"

"Non solo, per tutti i malati che non guariranno affetti da qualsiasi

CONTINUA A PAG. 15

ESCLUSIVA INTERVISTA ALL'ASSESSORE

CONTINUA A PAG. 14

malattia. Le equipe sanitaria gestisce anche i pazienti a casa e li accompagna nel poliambulatorio o nell'ospedale a seconda delle esigenze di accesso. Anche qui il malato non deve preoccuparsi di prenotare e contattare altri specialisti"

"Straordinario. Ma si rende conto che questo esperimento non è proponibile su scala regionale con questa Giunta padana?

"Ovvio che ne rendo conto ma una piccola opera che rimanga in memoria del mio mandato dovevo pur farla"

Cosa si aspetta da questo esperimento?"

"Un maggior gradimento da parte del cittadino ed un corpo sanitario soddisfatto e dedicato"

"Pensa che l'esperimento riuscirà?"

"Abbiamo già segnali positivi. Non si fanno esami inutili, non ci sono liste di attesa perchè se l'esame è necessario si esegue subito. I cittadini del mio paesello non vanno più a curarsi fuori. Quello che si recupera dalla migrazione sanitaria si reinveste nell'ospedale. I sanitari sono contenti e soprattutto gli ammalati"

"Ma Assessore, si è mai chiesto perchè hanno scelto un costruttore di camion per la sanità?"

"Perchè l'Assessore non si occupa di programmazione sanitaria, né di primariati né di tecnologie, sono scelte dei sanitari. E poi perchè se fosse un sanitario, potrebbe imporre una sua visione o fare gli interessi di una parte della sua categoria. La Giunta municipale non dà indicazioni politiche: nel mio paesello vogliamo un sistema dedicato, accessibile, aggiornato in base alle evidenze, informatizzato. Poi il resto lo fanno gli operatori"

Ci salutiamo, L'Assessore ci accompagna all'uscita.

"Un'ultima domanda, mi scusi, ma la Giunta municipale è di destra o di sinistra?"

L'Assessore ci pensa un po', si ripassa la mano sulla fronte un po' smarrito

"E' un governo fatto da persone intelligenti e non fa caso alla provenienza delle sue idee di gestione della salute dei cittadini"

Una stretta di mano e ci avviamo al cancello che sta già aprendosi. Appena sono fuori si rischiude con botto assordante. Apro gli occhi, mi ritrovo seduto su una poltroncina verde in un corridoio dell'assessorato alla sanità e una mano femminile si posa sulla spalla *" Dispiace per la lunga attesa ma l'assessore è alle prese con un sacco di problemi irrisolti dall'inizio del suo incarico"*. Non ne sono sorpreso.

Redazione LeS

L'ANZIANO E IL COMPUTER

Promosso dal Consiglio dei Seniores Citta di Torino

PROGRAMMA

***Ore 9.30* INTRODUZIONE**
CESARE PALENZONA
Presidente Consiglio dei Seniores della Città di Torino

SALUTO DELLE AUTORITÀ
SERGIO RODA
Prorettore Università degli Studi di Torino
STEFANO GALLO
Assessore Servizi Civici, Sistemi Informativi Città di Torino

Ore 9.45
GLI ANZIANI E LE TECNOLOGIE OGGI: UNA RICERCA PILOTA
SILVIA CIAIRANO
Dipartimento di Psicologia - Università degli Studi
TIZIANA CARMEN CALLARI
Dipartimento di Psicologia - Università degli Studi

Ore 10.15
I SERVIZI INTERNET CHE MIGLIORANO LA VITA DEI CITTADINI
FILIPPO RICCA
Responsabile Area Marketing CSI Piemonte

Ore 10.45
INIZIATIVE DEL COMUNE DI TORINO NEI SERVIZI TELEMATICI
FRANCO CARCILLO
Dirigente Settore Servizi Telematici della Città di Torino

Ore 11.15
TRE ESEMPI DI FORMAZIONE SUL COMPUTER PER GLI ANZIANI TEKNOTRE, UGAF, VSSP
***Ore 11.45* CONCLUSIONI**

Giovedi 15 dicembre 2011 ore 9.30/12.00 via Verdi 8
TORINO - AULA MAGNA DEL RETTORATO

SCOPI DEL CONVEGNO

Da molti anni ormai il computer sta entrando sempre più nella nostra vita, sia offrendoci delle opportunità prima inimmaginabili, sia a volte costringendoci, nostro malgrado, ad adattarci alle sue "volontà".

Come sempre accade al profilarsi di una novità, la nostra reazione può essere assai differenziata: per alcuni l'adesione al "nuovo" è immediata e a volte entusiasta; per altri può essere fonte di ansia o di timore di non sapersi adeguare.

Questa reazione opposta si è venuta indubbiamente a creare anche di fronte al computer, al suo uso o anche solo alla sua presenza. È indubbio che la nuova cultura da esso rappresentata sia stata abbracciata dal mondo giovanile con entusiasmo e con passione.

Spesso invece ciò non accade tra gli anziani, che, non avendolo sperimentato nella vita lavorativa, tendono a rimuoverlo e ignorarlo, considerandolo, forse ingenuamente, una moda transitoria e non meritevole della dovuta considerazione.

Il consueto incontro annuale organizzato dal Consiglio dei Seniores si rivolge in questa occasione proprio a quella parte del mondo degli anziani che non accetta spontaneamente la "coabitazione" con il computer, che pure, volenti o nolenti, si presenta ormai come un attore protagonista nella nostra vita.

Auspicio di questo Convegno è il conoscere e comprendere quali campi della nostra vita quotidiana
siano sempre di più condizionati dall'uso del computer e quali problemi esso possa aiutarci a risolvere, affinché molti seniores siano in grado di orientarsi e riconsiderare il loro atteggiamento.

Ai presenti sarà omaggiata copia del volume: "Guidare in sicurezza a settant'anni e oltre"che comprende gli atti del Convegno promosso dal Consiglio dei Seniores nel 2010.

racconto di lavoro vissuto

Spesso il ruolo dell'infermiere viene sottovalutato dagli stessi pazienti. Pubblichiamo questa lettera che affronta uno dei nodi di fondo che pochi tendono ad affrontare, per noi di Lavoro e Salute è un tema di discussione e indagine che da sempre abbiamo portato all'attenzione dei nostri lettori, appunto operatori e utenti. Questa testimonianza di un infermiere ci fa spiega lo stress a cui sono sottoposti oggi, più di ieri in quanto la relazione quotidiana tra la professione di cura e l'esigenza oggettiva del paziente viene irresponsabilmente lasciata alla soggettiva degli interessati e al contesto dato, acuendone le incomprensioni. Redazione

La vera vita di un infermiere

Egregio Direttore.

Ho letto da poco una lettera inviatale da un utente che ha elogiato il personale medico e infermieristico del Pronto Soccorso di Busto Arsizio.
Durante la lettura, e leggendo i commenti di altre persone in merito ad esperienze personali, non ho potuto che sorridere e, in parte, provare un senso di disagio.
Sono un infermiere e mi sono sentito toccato da vicino. Mi permetta di spiegarle le motivazioni di tale disagio.

Si leggono mille argomentazioni, esperienze personali, aneddoti che riguardano il personale ospedaliero; la cronaca puntualmente addita una struttura piuttosto che un'altra per casi di "malpractice".
Sono da sempre un grande sostenitore della giustizia in senso lato, quindi sono il primo a dichiarare che è giusto, anzi, doveroso, da parte dei media, informare il popolo italiano circa le vicissitudini disastrose, dannose e raccapriccianti che succedono negli ospedali o nelle strutture private nel nostro Paese.

Ma, ed esistono tanti "ma", la malpractice è sempre esistita. Solo da qualche anno, forse emulando gli altri Stati "l'affare sanitario" è diventato di dominio pubblico. Da qualche anno il SSN è cambiato.
Da qualche anno la formazione universitaria è cambiata e conseguentemente il modo di "fare sanità"... almeno per quanto riguarda gli infermieri. ***Forse non tutti sanno che...***

- gli infermieri sono laureati, ora.

- gli infermieri posso accedere a Master di I e II livello od accedere ad una Laurea Specialistica.

- gli infermieri sono pochi, su tutto il territorio nazionale, in relazione al fabbisogno reale nelle strutture pubbliche.
- gli infermieri statali sono sottopagati.

- gli infermieri statali lavorano in strutture che non consentono loro di eseguire il proprio lavoro in sicurezza, in autonomia, per il benessere delle persone che assistono.

- gli infermieri fanno turni su turni su turni, talvolta sono reperibili, saltano le ferie se un collega si ammala, rientrano dai riposi che spettano loro di diritto dopo le notti se il bimbo della collega ha la febbre e lei non può venire a fare il turno del mattino.

- gli infermieri fanno il loro lavoro, quello degli ausiliari, degli Operatori Socio Sanitari (perché non tutte le strutture hanno, appunto, gli OSS), dei fisioterapisti, dei nutrizionisti, dei medici, ...

- gli infermieri compilano carte su carte, al pc o su centinaia di fogli che vanno a completare la cartella integrata, per ogni singolo paziente che passa nel reparto.

- gli infermieri non hanno più il cosiddetto Mansionario, documento che indicava per filo e per segno le mansioni che potevano o non potevano eseguire. Ora sono "allo sbaraglio", aggrappati a quella cosa che si chiama COMPETENZA e che molto spesso è in conflitto con il loro dovere e quello del medico, con l'ignoranza collettiva e l'organizzazione interna di un reparto o di una struttura.

- gli infermieri in alcuni reparti sono da soli di notte, con 15-20 pazienti, di cui alcuni operati il giorno stesso. Il medico di reparto non c'è. È a casa e viene solo se chiamato per un'urgenza. C'è solo il medico di guardia presente in ospedale, che sta in Pronto Soccorso e cura tutti pazienti afferenti ad un Dipartimento (es. tutti i reparti chirurgici). L'infermiere di turno prega che il signore al letto 1, operato alla lingua, non abbia complicanze di notte, perché c'è l'Urologo di guardia giù in Pronto Soccorso....

*- gli infermieri, la mattina, distribuiscono i farmaci, medicano ferite e lesioni, lavano i pazienti, li aiutano a mobilizzarsi, corrono avanti e indietro perché mentre la signora Giusy, operata il giorno prima, si alza e sviene, il signore alla camera di fianco ha finito la trasfusione; è salito contemporaneamente il giovane Luca al letto 8 operato da poco ed è da mettere a letto, i medici sono spariti, la collega è chiusa in una camera a fare prelievi di sangue, l'altra sta cercando da sola di rimettere a letto un paziente sovrappeso senza l'aiuto di nessuno, i parenti ti chiamano perché le flebo sono finite, "**La nonna vuole l'acqua**", "**Il riscaldamento è troppo alto**", "**Ma quando passano i medici?**"; suona il telefono... la radiologia vuole il paziente che deve controllare che lo stent sia ben posizionato, la pediatria gradirebbe in 8 secondi uno specialista per controllare il piccolo bimbo in lacrime che ha mal di pancia. Arriva un medico. Il silenzio....*

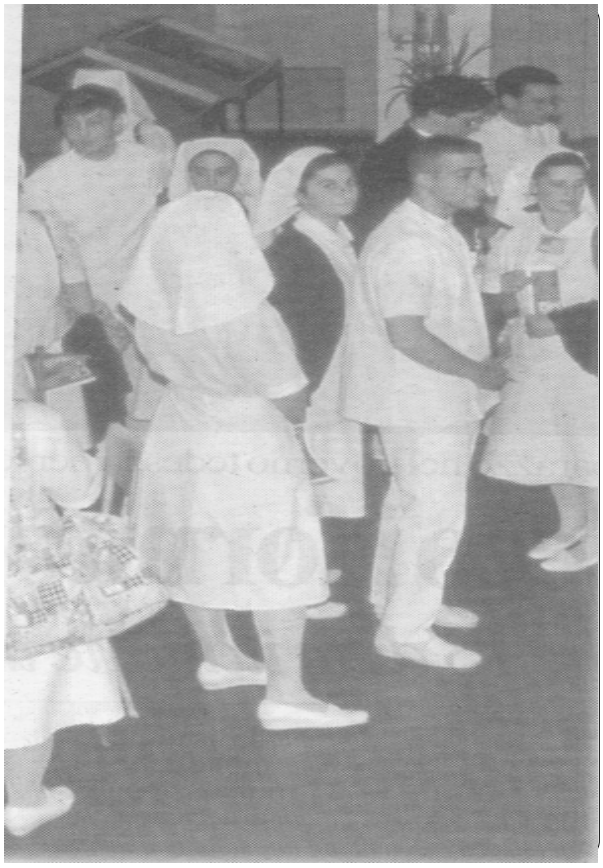
I pazienti sgattaiolano nelle loro stanze, caricati di nuovi

CONTINUA A PAG. 17

La vera vita di un infermiere

CONTINUA DA PAG. 16

e inspiegabili superpoteri, non più doloranti e petulanti, si mettono a letto e attendono pazienti (appunto) il loro turno per essere visitati. E gli infermieri, che in tutto questo sono ancora in giro con sacche di sangue, cateteri, siringhe, guanti, fogli, telefoni che suonano... corrono dietro ai medici e pensano quanto sia irritante che non appena arriva il medico, i pazienti non abbiano niente da dire, nessun commento... mentre fino a 5 minuti prima avrebbero raso al suolo il reparto, avrebbero pagato per un antidolorifico che non è prescritto e che non gli puoi dare (al momento).



Non ci si spiega perché facciano agli infermieri mille domande di competenza medica e poi al medico non chiedano nulla (ah, giusto... per non disturbare il Signor Dottore, certo!) Ma l'infermiere corre dietro al medico.
*"**Dottore, lì deve mettere l'etichetta del paziente. Dovrebbe portare avanti la terapia della signora Rossi, l'antibiotico del Signor Verdi e le gocce per dormire del Bianchi. Dottore si ricordi che domani la signora Maria farà la TAC... le ha fatto firmare il consenso? No? Eccolo....**"*
E intanto suona il telefono... arriva un ricovero improvviso. Perché nel tal reparto sono finiti i posti letto disponibili, e quindi il signore deve essere mandato in appoggio in un altro reparto. E viene messo a letto, fatto il prelievo, contattato il medico del SUO reparto.... DRIIIIIIIIIIIIIIIN.
***Infermiere, la mamma può bere il caffè?**". "**Signora un attimo, sono al telefono!**".*
Arriva un altro paziente dalla sala operatoria. Il Dottore ti chiama per proseguire il giro. Tu hai 2 braccia, 2 gambe, 1 cervello intorpidito... Scaraventi il paziente operato dalla barella al letto, corri nella stanza a fianco a sentire cosa dice il medico al paziente che deve essere dimesso, prendi al volo le flebo, lo sfigmomanometro e il fonendo, due guanti e corri a sistemare il paziente appena operato."
Allora, infermiere, il caffè lo posso dare alla mamma?
*"**Sarebbe meglio di no signora. E' stata operata ieri e ha una sonda nel naso che entra nello stomaco. Non è il caso che beva, tantomeno il caffè**"*
*"**Va bene, lo chiederò al Medico**" (e tu, a quel punto, fai di tutto per non innervosirti perché ti ha fatto perdere tempo e alla fine la risposta non era di suo gradimento... tanto l'infermiere cosa ne sa?). Questo per 7, interminabili, estenuanti ore!*

- gli infermieri non sono bionici, ma tanti pazienti pensano il contrario.
- gli infermieri, a volte, sono Docenti Universitari, Ricercatori.

Mai nessuno si pone tante domande sugli infermieri, lo sapeva Egregio Direttore? Gli infermieri sono un dato di fatto. L'opinione comune è che "abbiano una vocazione", la realtà è che questa "vocazione" viene sfruttata fino alla fine dalle Amministrazioni e ad un certo punto perde valore, significato. Sono belle le parole di stima, di affetto talvolta lasciate dai pazienti soddisfatti. Ci riempiono il cuore. È bello leggere lettere di ringraziamenti, ricevere torte o pasticcini dai pazienti che vengono dimessi e che ti vogliono esprimere gratitudine.

Ma io, infermiere 30enne, con un master, una Laurea in Infermieristica e una in un'altra disciplina scientifica, mi sento privato della possibilità di esercitare la mia professione in quanto infermiere nel 2011. Mi viene negato di poter lavorare in sicurezza, di poter adempiere ai miei doveri di infermiere, lasciando a personale adeguato e preparato, quello che riguarda l'assistenza di base e di trasporto. I ringraziamenti e le belle parole non sono più sufficienti, purtroppo.

Con stima.

(Lettera pubblicata anche sul sito web infermierin.it)

Medicina Democratica
Associazione onlus
MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE
iscriviti all'associazione. 50 euro: tessera e abbonamento alla rivista nazionale MD
Iniziative per la sanità pubblica, per la sicurezza sul lavoro, analisi e progettualità, nella rivista in abbonamento e in libreria
www.medicinademocratica.it

nota INCHIESTA su ADI asl1

Nelle Assistenze Domiciliari c'è professionalità e onestà

"Curavano" pazienti morti sette sanitari denunciati", questo è il titolo apparso oggi su repubblica di Torino, sia cartacea che web. Appena letto il titolone mi sono detta "ma è mai possibile che ci sia sempre il furbo che tenta di fregare? Ma il senso civico non esiste proprio più?". Leggo l'articolo e mi stupisce l'ultima frase, con cui il Dott. Manuguerra definisce la questione <<Piccole ruberie", e aggiunge: "Non credo proprio che qualcuno si sia arricchito con questa storia. Ma quello che ci ha preoccupato è aver compreso che il sistema durava probabilmente da anni". Ha ragione lui, sono piccole ruberie e sicuramente non ci si arricchisce, il fatto, se accertato, deve assolutamnete essere punito dalle autorità competenti.

Ho provato ad andare un po' al di là della storia, sui giornali spesso si parla di malasanità, di imbrogli sanitari, di tanto in tanto saltano fuori storie di tangenti che nel giro di un mese spariscono dalle testate….intanto la gente dimentica….ed invece no, io non me ne sono dimenticato, ricordo benissimo che l'ex assessore alla sanità piemontese è stata arrestata e ricordo anche che è sparita nel limbo dei non più nominati.
Allora un'altra domanda mi sorge spontanea perché in un momento come questo di fermento nella sanità piemontese, in cui si cerca a tutti i costi di distruggere la sanità mettendo in grave pericolo la salute dei cittadini, sempre con l'alibi economico, si va ad occupare spazio su di un giornale scrivendo un articolo su "piccole ruberie"? quello che la regione sta tentando di "rubare" a noi cittadini è la possibilità di curarci, la possibilità di stare male in un qualsiasi luogo piemontese e di avere la certezza che ci sia un ospedale a "pochi passi" che ha tutte le possibilità di salvarmi la pelle!!!!! Se sto male in alta valle susa mi devono portare fino a torino prima di trovare un pronto soccorso che abbia tutte le potenzialità per una diagnosi precoce e la possibilità curarmi. Già, è vero, non è più possibile avere l'ospedale sotto casa, ma è sempre vero che al cittadino deve essere garantito il diritto alla salute!!!!!!!!!!

Cristina Miletto

Sicurezza del lavoro

IL REGISTRO DEI LAVORATORI ESPOSTI AD AGENTI CANCEROGENI

I tumori professionali o da lavoro secondo alcune stime di qualche decennio addietro rappresentano il 4% di tutti i tumori. Stime più recenti parlano del 10-15%. La consapevolezza sulla possibilità che in ambienti di lavoro si venga a contatto con sostanze cancerogene è cresciuta negli anni e questo permette di difendersi dal pericolo. Quindi, a differenza dei tumori nella popolazione non lavorativa, specifiche attività di prevenzione impiantistica e di sorveglianza ambientale e sanitaria possono ridurre gli eventi futuri.

Il Registro dei lavoratori esposti ad agenti cancerogeni (previsto dall'articolo 70, comma 1, del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni) deve essere istituito dal datore di lavoro e inviato agli organi preposti alla prevenzione e alla sicurezza.
Questo prevede il comma 3 dell'articolo 2 del DM 155/07 che istituisce il Registro dei lavoratori esposti ad agenti cancerogeni: "Il datore di lavoro invia in busta chiusa, siglata dal medico competente, la copia del registro di cui al comma 1 all'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL) e all'organo di vigilanza competente per territorio entro trenta giorni dalla sua istituzione".

L'ISPESL, è stato recentemente sciolto e incorporato nell'INAIL, e tuttavia il DM 155/07 andava e va attuato. La Regione Puglia ha introdotto uno strumento per la ricerca attiva dei tumori professionali che incrocia i dati ospedalieri con quelli INAIL ed INPS (OCCAM: OCcupational Cancer Monitoring). Le ASL sono state chiamate a realizzare questa attività.

La Procura della Repubblica di Torino dal 1992 ha attivato un osservatorio sui tumori professionali ed ha individuato aziende in cui era necessario intervenire per ridurre il rischio cancerogeno. I dati epidemiologici disponibili a Brindisi ci dicono che gli eccessi di alcuni tumori, come il polmone, la vescica ed i linfomi, sono soprattutto a carico del sesso maschile e gli esperti spiegano questo fenomeno con una componente occupazionale.
L'attivazione dei registri dei lavoratori esposti ai cancerogeni permetterebbe anche di verificare eventuali eccessi in situazioni non adeguatamente protette e faciliterebbe i riconoscimenti previdenziali che oggi costringono i lavoratori malati e le loro famiglie ad autentici "tour de force" dagli esiti incerti.

Siamo messi a conoscenza di molti casi di insoddisfazione di richieste di tutela insoddisfatte nelle Asl piemontesi. Che interesse c'è a non tenere in giusta considerazione la salute dei lavoratori? Quale risparmio c'è?

Sicurezza del lavoro e medici competenti

Il sistema sicurezza nel Servizio Pubbblico prevede sopra al medico competente (e al Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza – RLS) una scala gerarchica propedeutica alla prevenzione ed alla sicurezza, difficilmente, anche se spesso accade per ingerenze di singoli dirigenti, permeabile e orientabile verso il disinteresse alla salute del lavoratore. Inoltre, esiste un organismo aziendale (il Servizio di Prevenzione e Protezione) funzionale all'individuazione dei fattori di rischio e all'indicazione per porvi rimedio.
Già questa spiegazione darebbe una risposta inequivocabile ma la domanda si porta dietro varie motivazioni e tutte portano a rispondere che, comunque, è sempre un risparmio, se vogliamo ridurrre la salute a costo, per un datore di lavoro applicare la legge e diventa un investimento produttivo fare opera di prevenzione, applicando il D.L.gs 81/88 (già D.L.gs 626/84)

Il perché è riscontrabile in tre punti, connessi tra di loro:

1) I protocolli di osservazione del personale sanitario (visite, esami del sangue, ecc.) sono cadenzati nel tempo e dipendono da alcuni fattori, non ultimo lo stato di salute del dipendente e la specifica valutazione del rischio al quale il dipendente è esposto per motivi di lavoro. È tacito che un lavoratore che opera in un reparto con pazienti affetti da malattie respiratorie (semplifichiamo) sarà "osservato/valutato" per il rischio diretto di contrarre malattie specifiche (come ad esempio la tbc) ed indiretto di trasmissione delle malattie a terzi (familiari, colleghi, pazienti). Quando detto personale cambia servizio o reparto, cambiano i protocolli di osservazione/valutazione anche se di norma andrebbe considerato che alcune patologie eventualmente contratte nel precedente servizio o reparto dovranno essere controllate nel tempo, vista anche la specifica peculiarità di alcune malattie di positivizzarsi dopo periodi anche lunghi. In termini di spesa, (l'unico metro

che sembra interessare il sistema) per l'accertamento dello stato di salute di un infermiere che opera in un servizio neonatale ed ha operato precedentemente in una bronco-pneumologia (per non semplificare) questo corrisponde naturalmente ad un impegno economico maggiore (esami specifici per la neonatologia e per alcune malattie trasmissibili potenzialmente contratte in bronco-pneumologia). Tutto questo, naturalmente andrebbe protocollato, reso cioè fruibile da qualsiasi struttura tenuta ad osservare le procedure a garanzia della tutela dei lavoratori. Ma chi controlla i controllori?

2) Un infermiere non più idoneo a svolgere alcuni aspetti professionali deve lavorare in altro servizio che non confligga con quello che ha determinato la non idoneità (parziale o totale, temporanea o perenne). Ad esempio, un infermiere con un'ernia del disco deve essere collocato in un servizio dove non si debbano movimentare pazienti che pesano più di 20 Kg ne consegue, spesso, che l'infermiere è collocato in una pediatria dove l'esiguo peso dei ricoverati non lo metta a rischio ulteriore di malattia. Purtroppo però spesso succede che quell'infermiere si ritrova in un turno con organico inferiore al dovuto (la carenza di personale, si ricordi, è conseguenza dei tagli) e invece di sollevare un solo bambino di 20 Kg, è costretto a mobilizzarne 4 o 5 in un'intera giornata di lavoro: la legge è garantita, la salute no!

3) Di fronte alla grave carenza di personale di assistenza, e non solo, ed in considerazione anche di modelli assistenziali che ne prevedono sempre un minor uso (il modello per intensità di cure) è facile che aumenti esponenzialmente il personale con "ridotte" capacità lavorative. Non dimentichiamoci che l'età media degli infermieri, complice anche il blocco del tourn-over, cresce esponenzialmente di anno in anno, se ne deduce che è estremamente facile, in una popolazione di infermieri con 45-50 anni di età e 20-25 anni di lavoro in corsia, individuare patologie "fisiologiche" che inesorabilmente rischiano di avviare quel personale verso compiti e mansioni "meno gravose" (ed economicamente meno vantaggiose visto che buona parte del salario è legato a turistica e servizi particolarmente "pesanti").
Se ne deduce che osservare strenuamente i tempi previsti dalla norma per sottoporre a visita di controllo il personale, rischia di aumentare i non idonei al servizio, con somma disperazione del datore di lavoro e, diciamoci la verità, molto spesso del dipendente che si vedrebbe privare di una quota di stipendio e di un luogo nel quale ha costruito relazioni professionali e personali. Quindi le condizioni di lavoro e qualità di vita spesso sono sottovalutate, seppur per induzione, dagli stessi lavoratori.

In ultimo una considerazione: chi dispone le condizioni di idoneità ai compiti lavorativi di un infermiere è il medico competente, che spesso proprio in base alle valutazioni che esprime, rischia di disporre lavoratori/ici verso altri ambiti lavorativi depauperando il personale, non diversamente sostituibile, di servizi e reparti. Da chi dipende questo medico? Dal datore di lavoro che nello specifico è il Direttore Generale.

Nella deviante logica brunettiana della meritocrazia (principio cancerogeno per chi lavora per la salute dei cittadini) quando verrà premiato questo dirigente, quando garantirà più infermieri in servizio nei reparti a turnare (magari non indagando più di tanto o per nulla) o quando ne disporrà a decine in servizi ambulatoriali con carichi di lavoro minori?
E' chiaro che la tutela dei lavoratori sui luoghi di lavoro ha un prezzo, non solo in fabbrica, con la differenza che in quei luoghi di lavoro ci rimettono solo i lavoratori, nella sanità anche familiari e pazienti.

Redazione Lavoro e Salute

Stress lavoro-correlato

Medici e infermieri si ammalano al pronto soccorso?

I pronto soccorso sono un covo di ansia e stress per medici e infermieri. Questo è il risultato di un'indagine presentata in occasione di un convegno su 'Lo Stress lavoro-correlato degli Operatori Sanitari dell'Emergenza' presso il Policlinico Gemelli di Roma. Si parla di un 16, 4% di medici e di un 20% di infermieri sottoposti a frequenti stati d'ansia e più duraturi stati depressivi derivante, si è detto, anche da una progressiva perdita di entusiasmo e motivazione al lavoro, e addirittura puo' preludere lo sviluppo di patologie psichiche (ansia, depressione), fisiche (infarto cardiaco) o comportamentali (irritabilita', fumo).

Quindi il Pronto Soccorso è una vero e proprio posto di frontiera con una sola differenza: i medici e infermieri non sono poliziotti a guardia di un confine e i cittadini malati, o presunti tali, non sono clandestini in fuga dalla miseria.
Differenza rende ancora più pesante il rapporto professionale e umano in quanto coinvolgente e non escludente.
E' anche vero che nelle ore di punta in più pesano le proteste di pazienti e parenti in sala d'attesa. Ma è pur vero che se c'è la protesta è perché c'è un problema a monte, nella disorganizzazione del lavoro di quella struttura o peggio ancora quella stessa struttura non è adeguata per il bacino d'utenza del territorio di riferimento. Quindi medici e infermieri pagano anche colpe che esulano dalle "naturali" problematiche del loro luogo di lavoro che rende ancora pù massacrante una giornata di lavoro particolarmente impegnativa che vede i medici (58,7% degli intervistati) e gli infermieri (54,7%) sottoposti a forte fatica mentale. Si dirà che questa fatica è insita nel loro mestiere, vero ma se fosse non inquinata da fattori coercitivi indotti da fonti esterne quali la burocrazia piuttosto che l'indifferenza degli ambiti direzionali, il mestiere sarebbe sottoposto solo alle contingenze derivanti dai momenti emergenziali.

Dall'indagine, simile ad altre in alcuni ospedali di altre Regioni ma con una pecca, quella di non estrapolare lo stato dei medici giovani, con carichi psicologici maggiori, risulta che la fatica del lavoro in pronto soccorso si manifesta nella stragrande maggioranza degli infermieri (96%) entro le prime quattro ore di servizio e che per il 60,9% degli infermieri la postazione di lavoro più stressante in PS è il "triage", cioè il luogo, "l'anticamera" come viene definito da chi si vede affibbiato i codici verde e giallo, dove si è facile bersaglio di proteste e spesso ire di pazienti e parenti.

Infine, è emerso anche che quasi l'8% di medici e infermieri ha fatto uso di psicofarmaci, diventando a loro volta malati.
Forse anche in quanto emerso in questa indagine stanno le motivazioni di quella che i giornali hanno chiamato "Fuga" dei 4000 medici dagli ospedali pubblici nel 2010?
I sindacati medici parlano di cause quali "Contratto e turnover bloccati, più rischi e compiti burocratici rendono sempre più difficile la professione". E il dato assume una rilevanza ancora maggiore per la sua distribuzione omogenea in tutte le Regioni.
Quindi un'insieme di motivazioni che dovrebbero far riflettere tutta la classe politica, ma ancor di più la classe poltica regionale che ci sta governando appesantendoci le fonti da stress correlato con un Piano Sanitario Regionale basato sui costi di lavoro e strutture a loro dire da ridurre drasticamente.
Di fronte a queste intenzioni pare superfluo parlare di stress.

Questa inchiesta, però, è anche utile a ricordarci che in quasi tutti i reparti ospedalieri, a causa di altri fattori confinanti con i nostri e di altri ancora che hanno una forte incidenza negativa, forse di più in quel contesto, gli infermieri in particolare, senza dimenticare, come colpevolmente siamo soliti fare, gli OSS, soffrono di stress da lavoro correlato. La loro colpa è quella di non essere sulla "cresta dell'onda" come un pronto soccorso, nel bene e nel male, è costretto a stare mentre noi preferiremmo meno palcoscenico e più ordinarietà nell'organizzazione del nostro lavoro, ci sentiremmo più sicuri nell'affrontare il quotidiano non programmabile, come in un reparto di lunga degenza, meno sottoposti a stati d'ansia indotta e meno portati a sbagliare. In conclusione cosa vorrei dire? Non siamo eroi da telefilm e non vogliamo sentirci aggrediti da agenti correlati.

PS. *Fonte di stress sono anche i dieci minuti a riflettere se come giovane medico precario posso tranquillamente firmare questo articolo oppure evitare valutando i rischi.*

6 MILIONI DI DONNE SOFFRONO DI STRESS DA LAVORO

La sfera del lavoro assume con sempre maggiore frequenza contorni patologici. Pressioni, barriere culturali, remunerazioni inferiori, eccesso di competitività costellano l'universo lavorativo di rischi per l'incolumità fisica e mentale. In particolare lo stress lavoro correlato è uno dei fattori che con prepotenza si stanno diffondendo in Italia, come in tutta Europa: nel Vecchio Continente, i suoi costi sono stati stimati nell'ordine dell'1% del Pil. Ma nel nostro Paese a farne le spese con più drammaticità sono le donne.

Se infatti 9 milioni di italiani soffrono di stress da lavoro, in questa massa di persone le donne sono il doppio degli uomini. Di queste, 9 su 10 soffrono di disagi psichici e disturbi dell'umore, primi fra tutti di ansia (45%) e di sindrome pre-mestruale (43%), ma anche di irritabilità/eccessiva tendenza al pianto (41%) e di insonnia (39%). Anche le sindromi depressive sono in agguato (il 20% circa).

A monitorare un fenomeno socio-sanitario di primaria importanza, è uno studio internazionale pubblicato in questi giorni sulla rivista European Neuropsychopharmacology.
La ricerca mette in luce fra i fattori determinanti "le forti pressioni lavorative, le barriere culturali che rendono la carriera manageriale della donna più difficoltosa e impegnativa, le remunerazioni non in linea con le medesime posizioni ricoperte dai colleghi, la competitività e - sottolinea la pubblicazione- i rapporti interpersonali ed il difficile clima aziendale a cui si sommano le responsabilità, gli incarichi legati alla vita quotidiana e il ruolo di 'care giver' all'interno della famiglia".
A questo si aggiunge il periodo di grave crisi economica, l'incertezza per il futuro per sé e per i propri figli. Non a caso le donne giovani - complici le alterazioni ormonali nelle diverse fasi riproduttive (gravidanza, puerperio) - e quelle che lavorano a contatto con il pubblico, sono più vulnerabili a stati di ansia, insonnia, disturbi sessuali. In percentuale minore a sindromi depressive, più tipiche, invece, dell'uomo adulto con mansioni esecutive.

Quotidiano in edicola

Liberazione

L'informazione dipendente, dai fatti!

" Nel paese della bugia la verità è una malattia " Gianni Rodari

www.liberazione.it

In Italia oltre 3 milioni di potenziali pazienti

La fabbrica delle psicosi

Il manuale dei disturbi mentali introduce 550 nuove sintomatologie, "contaminando" sempre più persone. Nel 2013 uscirà la quinta versione, che però potrebbe includere tra i malati milioni di persone sane, alle prese con semplici, comuni momenti di tristezza o sconforto. L'allarme viene da Allen Frances, psichiatra americano già capo della Commissione che ha redatto la quarta edizione del DSM.

"Un sistema diagnostico è importante per stabilire i confini tra malattia e normalità e determinare chi ha effettivamente necessità di farmaci", afferma Frances, "il problema è che negli ultimi anni abbiamo assistito a una vera e propria inflazione diagnostica, la cui responsabilità ricade su medici e case farmaceutiche".

"Già oggi, il 25 per cento della popolazione USA, circa 45 milioni di persone, si vede diagnosticare un disordine mentale, eventualità che accade alla metà della popolazione entro l'età di 82 anni. Nel DSM-IV abbiamo cercato di essere più cauti possibile ma non abbiamo comunque evitato l'aumento a 357 delle patologie classificate".

"Anche un dolore da lutto, quindi del tutto normale, potrebbe essere diagnosticato come depressione", chiosa lo psichiatra. Inoltre i medici spesso sottovalutano gli effetti collaterali degli psicofarmaci: "Da quello di obesità alla dipendenza".

Rispetto a quanto avveniva con il DSM-III, le diagnosi di disordini bipolari sono aumentate del 40 per cento, quelle di autismo del 25 per cento, quelle di ADHD, la sindrome da iperattività e deficit di attenzione, sono raddoppiate. Il rischio è che, con la prossima edizione, le cose peggiorino (si parla di ben 900 patologie incluse), portando "a includere tutta la popolazione" tra i malati di mente. La sola ansia con depressione, in Italia, vedrebbe almeno 3 milioni di potenziali pazienti.

Redazione

Professionalità, etica e organizzazione

Nota di **franco cilenti**

IL MERCATO DELLE POSIZIONI ORGANIZZATIVE

Sono certo che con queste mie note andrò a sbattere il muso contro un muro di problemi dai quali sarà difficile estraniarmi. Mi procurerò antipatie personali e sindacali, meno male che attualmente ne sono quasi sprovvisto, non credo di procurarmele in ambito dirigenziale in quanto elargitori discrezionali di un fondo della collettività non sono toccati nel loro budget. Comunque il tema va affrontato.

L'ART. 20 dell'Istituto contrattuale "Posizioni organizzative e graduazione delle funzioni" così recita:
Possono riguardare settori che richiedono lo svolgimento di funzioni di direzione di servizi, dipartimenti, uffici o unità organizzative di particolare complessità, caratterizzate da un elevato grado di esperienza e autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione, quali ad esempio i processi assistenziali, oppure lo svolgimento di: attività di staff e/o studio; di ricerca; ispettive di vigilanza e controllo; di coordinamento di attività didattica. Inoltre viene rimarcata la valenza strategica della posizione rispetto agli obiettivi aziendali.

Mentre l'ART. 21 sceneggia i criteri per gli incarichi rispetto alle funzioni ed attività da svolgere - della natura e caratteristiche dei programmi da realizzare, dei requisiti culturali posseduti, delle attitudini e della capacità professionale ed esperienza acquisite dal personale.
Inoltre specifica che il risultato delle attività svolte è soggetto a specifica e periodica valutazione di cadenza non inferiore all'anno.

In realtà cosa è successo? Semplicemente quello che noi di Lavoro e Salute avevamo previsto, adottando un secolare criterio di lettura: quando si aprono le strade all'incentivazione stipendiale del singolo, nobilitata dal concetto di merito, l'individuo prescelto e l'individuatore predestinato finiscono sempre per intraprendere un rapporto di alleanza poco proficua per la collettività lavorativa e per i fruitori delle prestazioni scaturite. Ben che vada queste rimangono pessime se lo erano prima dell'individuazione del "risolutore" o buone per merito radicato dell'equipe di lavoro, dalla quale era assente il risolutore dei problemi, veri o presunti che fossero. Questa è la realtà di quanto avvenuto in questi anni di osannata meritocrazia.

Ci sono tanti casi di vero e proprio accaparramento di incarichi organizzativi e docenze formative che non hanno nessuna spiegazione di presunta meritocrazia del soggetto, casi di permanenza fuori dall'azienda che dovrebbero far riflettere su quale funzione reale ha il soggetto all'interno del suo posto di lavoro e nel suo "compito d'istituto" e per il quale è contrattualmente retribuito in base alla presenza effettiva, come tutti noi comuni mortali.
Ovviamente eccezioni ce ne sono ma appunto perché eccezioni confermano il fallimento di un Istituto contrattuale che gli stessi sindacati hanno condiviso, e supportato tramite benificio di singoli iscritti, non considerando preventivamente il danno d'immagine provocato nell'insieme dei lavoratori i quali ci hanno perso anche in termini di mancato introito delle quote di fondo comune a loro destinato. Se sul danno d'immagine posso sperare di far riflettere una parte del sindacato mi rendo conto, essendo per questione d'età profondo conoscitore delle varie culture e conseguenti dinamiche esistenti nelle varie sigle, che per una considerevole parte dei sindacati sono parole di "uno che non sa stare al mondo" e non capisce che "se quelle migliaia di euro delle posizioni non li prendo io li prende un'altro e se non li faccio prendere a un mio iscritto perdo una tessera e facilito un'altra sigla".
Questo è quanto mi sono sentito rispondere in una delle tante chiacchierate con alcuni dirigenti sindacati di presidio, non necessariamente del mio sindacato.
Ritengo inaccettabile e gravissimo dal punto di vista morale questo "stare al mondo" e che è stato un grave errore sindacale non contestare almeno il cappello della delibera delle passate amministrazioni, di fatto avallata da queste attuali, che recitava un passo a mio parere, di vecchio sindacalista conflittuale, inaccettabile: " le indennità di posizione vengono affidate dal Dottore Generale su base fiduciaria".

Mi riesce impossibile accettare che dei dirigenti sindacali possano essere anche soggetti fiduciari dell'amministrazione, mi fa rabbia pensare come questi soggetti possano accettare in veste di fiduciati, la riduzione drastica del pagamento degli straordinari per colleghe e colleghi, sapendo benissimo quale è la reale situazione organica nelle aziende, per poi sedersi al tavolo di trattativa in qualità di sindacalisti ed evitare di dire all'azienda "vi rendete conto che sfruttate la gente obbligandoli a turni massacranti e nemmeno pagate il dovuto?"

Da una lettura veloce degli elenchi dei nominativi beneficiati si scopre che ci sono fior fior di sindacalisti, di mogli di sindacalisti, di aiutanti di sindacalisti. Coerenza e morale vorrebbero che

CONTINUA PAG. 23

L'ORGIA DELLE POSIZIONI ORGANIZZATIVE

CONTINU DA PAG. 22

nel momento in cui qualcuno decide di rappresentare i lavoratori, non possa accettare d'essere anche persona di fiducia dell'amministrazione. Riflettendo su questo mio pensiero vetero credo proprio che "non so stare al mondo". Che brutto mondo!

Quindi il reale significato delle funzioni di coordinamento non sta nella capacità di questi coordinatori di impegnarsi nel migliorare, nel caso ce ne sia realmente bisogno, il lavoro di equipe ed il coinvolgimento del proprio gruppo di operatori nell'umanizzazione/efficacia dell'offerta assistenziale, ma nel merito di farsi individuare dal proprio sindacato e/o dal proprio dirigente aziendale come destinatario di una somma che varia dai tremila ai novemila euro l'anno.

Somme di rendita che resteranno ai più per molti anni, perché, lo sappiamo tutti, la valutazione di verifica (ART."21 prima citato) è una bella spruzzata di ipocrisia condivisa in questa alleanza dal vago sapore clientelare che si stabilisce tra il fruitore e il donatore, di somme, ricordiamo sempre, prelevate dalle casse della collettività lavorativa.

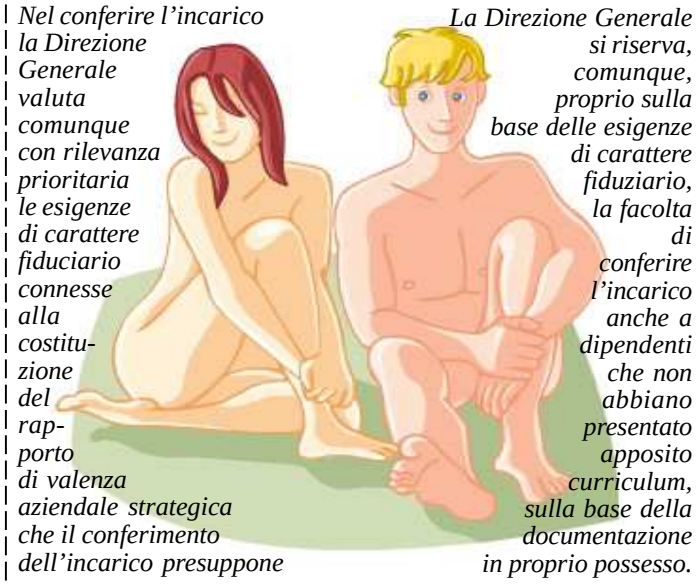
Divago un pò ma non esco fuori tema, anzi vorrei dimostrare che l'apertura di varchi di opportunismo determina il risultato di una partita che veniva presentata bella e interessante anche per gli spettatori (chiamati anche utenti della nostra prestazione d'opera professionale) ma da quanto visto in questi anni di applicazione delle P.O. il quadro è alquanto mortificante. Non c'è gara se prevale il concetto di "**io**" perché è più forte del principio di "**noi**". E quando non c'è gara lo spettacolo è deprimente perché prevalgono le miserie umane.

Mentre, questo Istituto contrattuale, sarebbe stato interessante se fossero stati messi dei paletti, di filo spinato, all'arrivismo dei singoli e alla propensione delle aziende di costruire rapporti fideistici in quelle funzioni determinanti quali capisala e coordinatori vari.

Mentre un reale riconoscimento della capacità del singolo, tesa al miglioramento del lavoro d'equipe, è possibile solo se non ricorriamo a fenomenali strumenti di divisione quali sono i fumosi concetti di meritocrazia e l'apertura armata, da un Istituto Contrattuale, di casseforti della collettività.

Una verità questa dimostrata da ricerche scientifiche in base alle quali le prestazioni individuali possono migliorare quando si concentrano nel gioco di squadra. Se il nostro lavoro ha come parametro l'efficacia del "prodotto finito" verificabile solo nello stato di salute della popolazione afferente al nostro luogo di lavoro, il riconoscimento utile della capacità del singolo avviene solo in una dimensione collettiva.

Mentre dove "io" è più forte di "noi" prevale la soddisfazione del singolo il soddisfacimento mercificante del suo lavoro. E' quanto sta succedendo.



Chi coordina ha il compito di far comprendere questo, di coinvolgere tutti in un processo di crescita e di trasformazione, di controllarne i limiti ed anche eventuali individualità che se non corrette potrebbero vanificare gli obiettivi dati.

Visti i magri, e deleteri per l'organizzazione del lavoro e nondimeno nelle relazioni professionali e personali, risultati ottenuti dall'applicazione di questo Istituto ribadisco che la qualità ed umanizzazione dell'assistenza non può essere raggiunta solo da chi ha un ruolo di comando, veicolato da un guadagno extra, ma dall'intera equipe, perché solo un coinvolgimento di tutti gli operatori di quel servizio, con relativo divisione del fondo del comparto, porta benefici che determinano positivamente le condizioni e la qualità del lavoro.

In coerenza con quanto detto si ribadisce il nostro essere contrari alle posizioni organizzative ed alla loro ulteriore estensione sia per le divisioni/contrapposizioni che hanno creato fra i lavoratori, sia per i criteri adottati che non hanno riqualificato assistenza e professionalità, sia per i finanziamenti sottratti all'art. 39 per altre finalità e progetti. Questo può avvenire solamente, con trasparenza, attraverso "Progetti Obiettivo" che riducano l'attesa per le prestazioni; che stimolino la partecipazione dell'utente nell'esprimere i propri bisogni/desideri ed i limiti dell'offerta nelle prestazioni vissute; che facciano vivere continuità e coerenza in tutti i momenti della cura (visite, ricoveri ordinari ed in diurno) e nell'informazione/invio alla cura; che coinvolgano tutti gli operatori nella diversità/specificità dei ruoli attraverso un qualificato e mirato processo di formazione.

Per concludere queste note, approfondiremo su alcune asl nei prossimi numeri, è doveroso un umile e propositivo, e per nulla retorico, il richiamo (lo faccio a nome di tutta la redazione di Lavoro e Salute. Come è noto composta da tutte le professionalità del comparto, mediche e tecniche) agli attuali possessori di P.O.

Riappropriarsi della propria funzione consente di trasformare in potere contrattuale la propria volontà a spendere professionalità, capacità lavorativa e forza lavoro nei processi produttivi aziendali, senza cadere nell'individualismo corporativo. Trasformare in valore collettivo e potere contrattuale la propria capacità lavorativa, la propria professionalità, il proprio sapere, consente di costruire la propria soggettività aziendale distrutta da modelli organizzativi autoritari in cui la catena di comando prevale sulla qualità prestazionale, lasciandoci nudi e spossati.

Non riflettere sullo stato attuale delle cose ci rende tutti più deboli e voi merce disponile a criteri di valutazione insulsi e mortificanti, alla mercè di decisioni politiche sulle quali non avete potere di critica, in quanto inquadrate come figure di corte e non soggetti pensanti.

Professionalità, etica e Posizioni Organizzative

l'opinione di

Patrizia Raddo Infermiera DSM Asl2

Che ne dite, posso chiedere l'indennità per accogliere i malati?

Lavoro presso il Dipartimento di Salute Mentale da circa quindici anni ed il 30 settembre scorso, un paziente mi ha sferrato un pugno che mi ha mandato per venticinque giorni in infortunio. In tanti anni è la prima volta che mi capita, e spero anche l'ultima, ma si sa lavorando nel mio ambiente non bisogna mai abbassare la guardia ed io l'ho fatto.

Qualche mese prima una mia collega è stata aggredita da un altro paziente ed anche lei ha avuto i suoi bei giorni di infortunio. Qualcuno dirà "ma chi ve l'ha fatto fare di lavorare in Psichiatria?", "Ma voi non avete l'indennità di sportello?"

Indennità di sportello?

Cosa vuol dire indennità di sportello? Ci sono dei dipendenti che per il semplice fatto che lavorano con il pubblico percepiscono un'indennità detta "di sportello" udite,udite di ben cinque ricchi euro al giorno , ma se non ci fosse l'utenza non avrebbe senso avere uno sportello!

Nei nostri Centri di Salute Mentale arrivano centinaia di persone, ma non ci siamo mai sognati di avere l'indennità perché li accogliamo, al DEA accedono un'infinità di persone, ma non hanno l'indennità, e così pure in qualsiasi ambulatorio, perché è assurdo essere indennizzati per il lavoro per cui si è già retribuiti.

Ultimanente si parla di mobilità, cassaintegrazione, l'ASL è in deficit e bisogna fare qualcosa certo, ma perchè non cominciare dai privilegi? Si parla dei privilegi della casta politica ma anche da noi non si scherza.

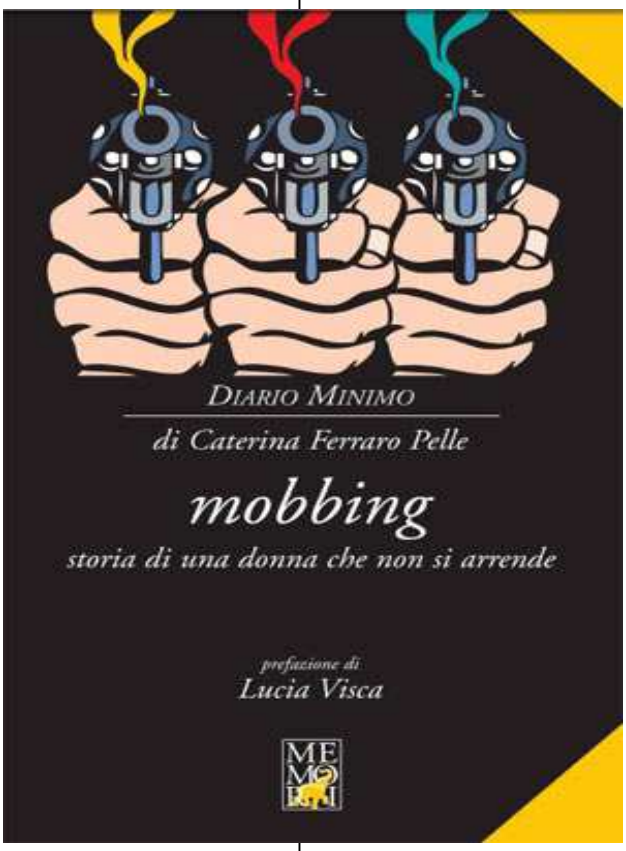
Perché non cominciare ad eliminare tante indennità inutili che sono solo uno spreco di denaro pubblico a cominciare dalle indennità di sportello, per dirne una, e proseguendo con le indennità per accompagnare i pazienti dalla sala operatoria al proprio letto (prima andavano a piedi?), e così via se si andasse a controllare quante indennità possono essere eliminate forse non sarebbe necessario ricorrere alla mobilità o alla cassaintegrazione.

Se si continuano ad elargire indennità, prima o poi qualcuno la chiederà doppia. Una per bollare all'entrata ed una per bollare all'uscita.

MOBBING SUL LAVORO

Denunciare situazioni di degrado umano, per riconquistare la dignità estirpata

C'è chi per ingiustizia, violenza o a causa del mobbing si ritrova a dover combattere da solo. A cercare e a inventarsi strumenti di salvezza per sopravvivere a soprusi e a una quotidianità che lacera e mette a dura prova la vita della persona. La donna in questione è Caterina Ferraro Pelle, impegnata nella pubblica amministrazione come dirigente dal 1982, la più giovane dirigente d'Italia e da diversi anni protagonista di una vicenda tanto vergognosa quanto disprezzabile. L'autrice di "Mobbing, storia di una donna che non si arrende" (Memori editore) fissa su carta la sua dura esperienza: è una dirigente che non può svolgere il proprio lavoro, subisce regolari prepotenze, continui trasferimenti. Poi la Pelle sceglie di non diventare vittima di una condizione così incresciosa. Pubblica il libero e attiva su facebook un gruppo: "Mobbing, contiamoci per contare", con la presenza di 173 persone.



"Credo che il diritto al lavoro sia sacro, inviolabile - dichiara al quotidiano Liberazione - *come inviolabile dovrebbe essere il diritto a lavorare in ambienti sani, nei quali sia garantito e monitorato il livello di benessere previsto dalle leggi. Questo aspetto, come sappiamo dalle stime sugli infortuni sul lavoro, sembra ancora troppo trascurato. Non può essere neppure tollerato il precariato.*

Nel nostro gruppo abbiamo vinto, tra le tante della nostra era, una grande paura: quella di denunciare situazioni di degrado umano, nella convinzione che si possa, unendo le forze, raggiungere l'obiettivo comune di riconquistare la dignità estirpata. Molti sono stati licenziati, alcuni hanno tentato il suicidio. Si parla di questioni sottovalutate se non ignorate dall'opinione pubblica, ma c'è chi ha perso casa, famiglia, tutto insomma, non solo la dignità. Il giovamento è anzitutto nella condivisione della sofferenza. Il mobbing è una piaga sociale che colpisce di solito i più ligi, gli onesti, coloro i quali cercano di comportarsi in modo coscienzioso in un mondo in cui il malaffare domina. Nel nostro gruppo le informazioni sono fondamentali. Ci teniamo aggiornati su ogni aspetto normativo, ci scambiamo di continuo risultati di esperienze nei centri specializzati, ci sosteniamo a vicenda anche sulle vicende familiari. Il limite e l'opportunità nel nostro caso coincidono: il social network è una piazza virtuale, accessibile anche a chi stia a casa per patologie derivanti dal mobbing".

Isabella Borghese

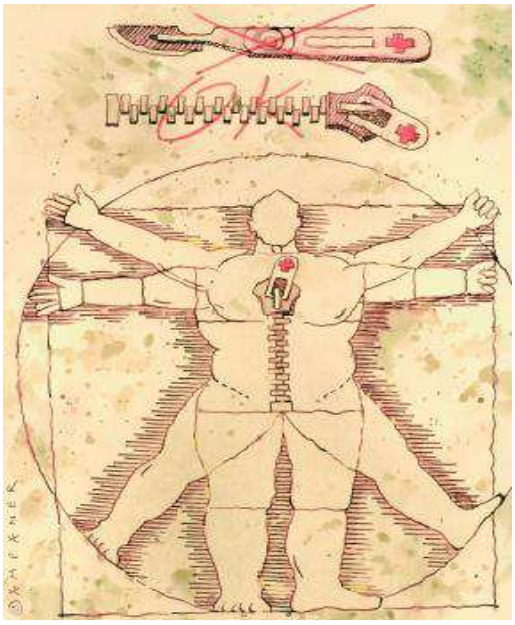
Un medico di Napoli (referente di Medicina Democratica) ci comunica questa notizia che potrebbe anche sembrare curiosa ma nel pubblicarla la riteniamo utile a segnalare la sensibilità di giovani studenti di medicina nei confronti di eventi sempre più frequenti, riguardanti settori di popolazione spinte ai margini della società, a Torino come a Napoli, Milano e Roma.

Salute nei luoghi del disagio e del conflitto sociale

Corso di Chirurgia di strada

Negli scorsi mesi abbiamo dato vita ad una serie d'incontri di chirugia pratica presso le vecchie sale operatorie dell'Ascalesi.
Sostanzialmente il gruppo di giovani universitari della SUN che frequentano l'ambulatorio immigrati, avevano chiesto di acquisire i rudimenti della chirurgia di base, quella serie di pratiche che possono essere alla portata di qualunque medico che si trovi ad affrontare eventi cruenti, dai piccoli incidenti domestici o della strada sino alle varie lesioni traumatiche del nostro vivere la conflittualità urbana. Insomma il quesito era come addestrare non dico i Barnard delle grandi operazioni ma dei modesti ma efficaci sarti della stoffa umana spesso strappata dalla macchina metropolitana. Nessun avventurismo e nessuna pretesa di andare oltre i limiti del consentito, con mezzi modesti ed attrezzature leggere da tenere in una borsa. In prospettiva si era ipotizzato anche la costituzione di gruppi di supporto mobile ai movimenti nella aree di conflitto sociale. Le esercitazioni si son svolte utilizzando delle zampe di maiale e suture di vario tipo che erano scadute e per ciò destinate ad essere buttate via: un portaghi, una forbice, una pinza, il minimo indispensabile. Questa idea è piaciuta a diversi altri giovani con i quali abbiamo discusso stamani mentre si svolgeva la manifestazione dinanzi all'ospedale Pascale, per cui è nata la proposta di organizzare un percorso in 4 tappe con delle turnazioni (tre partecipanti per turno + un tutor).
Ogni incontro dura circa 2 ore; ogni partecipante deve procurarsi il materiale di base (pezzo anatomico, strumentario, camice), dopo ogni incontro i partecipanti ripeteranno le esercitazioni a casa, ogni incontro si apre con una descrizione teorica, prosegue con l'esercitazione pratica, si chiude con una discussione collettiva;

Lo schema base è il seguente :
1° incontro: Ferite superficiali e profonde; suture a punti staccati, interne ed esterne, emostasi, tecniche elementari;
2° incontro: suture particolari, Suture continue - fascia, sottocutaneo, cute - suture intradermiche;
3° incontro: ferite con perdita di sostanza: rudimenti di plastica, allestimento di piccoli lembi, plastica a "Z", medicazioni;
4° incontro: Epistassi - tampona-mento nasale; sanguinamenti e shock - crisi dispnoiche - traumi cranici; cosa è possibile fare in attesa di trasporto in ambulanza.



Chi è interessato a questo percorso formativo di "sartoria urbana" può contattare Fabrizio o Rita del colletivo di medicina della SUN. oppure scrivere a questo indirizzo mail per raccogliere le adesioni. Per chi è fuori Napoli, la notizia vale come suggerimento: naturalmente si accettano consigli da qualunque latitudine provengano .

Paolo Fierro
15/11/2011 - tabibfierro@hotmail.com - http://sunhope.forumcommunity.net

Immigrati: *pillole? no grazie*

Dallo studio della Società italiana di farmacia ospedaliera risulta che i cinque milioni di stranieri residenti in Italia pesano solo per il 2% sulla spesa farmaceutica globale.

Lavoratori infaticabili e in buona salute, i migranti che vivono in Italia (7% della popolazione) producono l'11% della ricchezza nazionale e incidono solo per il due per cento sulla spesa farmacologica globale.

Mentre, circa il 15 per cento degli "italiani" riceve più di dieci farmaci nel corso di un anno, il 50% degli immigrati solamente uno. Sul loro consumo farmaceutico incide soprattutto la cura di malattie cardiovascolari.

Gli stili di vita errati e mancato accesso a screening medici i motivi per cui i sempre più frequenti casi di tumore tra la popolazione immigrata vengono diagnosticati in tempi più lunghi, mediamente anche di un anno, rispetto agli italiani.

È quanto emerge da uno studio dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom). "Aumento dei tumori più direttamente correlati a stili di vita errati (polmone, testa-collo, colon-retto, stomaco) e al mancato accesso allo screening (collo dell'utero, seno e ancora colon retto)" ha spiegato il presidente degli oncologi, Carmelo Iacono.
Questo si traduce in diagnosi tardive, che giungono quando la neoplasia è in fasi più avanzate ed è quindi più grave". Vi è poi un'incidenza maggiore di cancro al fegato, che ha origine in gran parte dei casi da cirrosi dovute a forme di epatite B cronica.

L'Aiom realizzerà opuscoli informativi. Nel sito www.aiom.it, verrà attivata un'area dedicata, con un'attenzione per i ragazzi.

4 note sulle lidi di marzo

marzo 2012 Elezioni RSU

Una nuova primavera sindacale? Dipende da te!

Lavoratori della sanità sotto assedio dei privatizzatori

La parola ai lavoratori, per scegliere le proposte sindacali più utili a loro

Piano Sanitario Regionale, DGR 14 e conseguenti tagli al personale,incapacità progettuale della Regione e Sindacato diviso (prove di riavvicinamento ci sono state il 26 novembre con la manifestazione Regionale contro i tagli alla Sanità) questi sono i presupposti per affrontare le prossime elezioni delle RSU in programma a Marzo 2012.

E stato uno sbaglio mettere in dubbio la valenza assolutamente democratica e legittima di questo atto, ma ora dobbiamo capirci su come lo potremo affrontare serenamente.

Personalmente due aspetti mi preoccupano fortemente nell' imminenza delle elezioni RSU:

- la situazione e le politiche Regionali
- la capacità di reazione dei Lavoratori

Dobbiamo affrontare giornalmente la pochezza delle scelte Regionali in materia Sanitaria:

- PSR in discussione senza aver discusso in fase di redazione con nessuna delle parti sociali interessate (Sindacato, Associazioni dei Cittadini, Collegi Professionali etc.)
- PSR che divide completamente le attività Ospedaliere da quelle del Territorio vanificando e distruggendo la rete Ospedaliera e la continuità assistenziale
- Aumento indiscriminato dei tickets
- Blocco totale del turn over
- Ridimensionamento e chiusura dei reparti e delle attività ospedaliere
- Aumento delle liste di attesa per interventi chirurgici e visite specialistiche (e con l'aumento del Ticket la prestazione nel convenzionato in pochi giorni è più conveniente… guarda un po')
- Totale assenza delle Relazioni Sindacali su qualsiasi materia
- Mortificazione della Ricerca e della Prevenzione
- Ridimensionamento del servizio 118 senza motivazioni serie e valide

E potrei ancora continuare perché la lista degli orrori compiuti da questa Regione è ancora lunga e variegata.

Sul fronte interno, quello dei lavoratori, devo annotare quanto segue:

- Turni massacranti e coperture degli organici ormai ridotte al minimo vitale
- Nessun tipo di gratificazione se non quella che deriva dalla cura degli utenti
- Allontanamento dall'attività Sindacale perché sarebbe aggiungere sacrificio ad altri sacrifici
- Una certa rassegnazione causata dal lungo lavoro ai fianchi portato dal Governo passato (e anche da quello attuale ?)
- Difficoltà nell'individuare nuovo impegno nel sindacato ancor di più nel formare dirigenti sindacali giovani

In questo quadro generale, mio modesto parere, dovremmo lavorare per compattare i Lavoratori e per riconquistare una capacità contrattuale che ormai è quasi nulla. Le battaglie che dovremo affrontare per tutelare la possibilità di accesso ai servizi da parte dei cittadini e la dignità dei lavoratori della Sanità sono e saranno tantissime.
La CGIL si farà trovare pronta ad essere punto di riferimento di quei lavoratori che ancora credono in un lavoro rispettoso della nostra dignità di operatori e di quella dei Cittadini.

A metà novembre la Regione ha dichiarato di aver calcolato 18.000 esuberi soprattutto nel settore amministrativo della Sanità Regionale, questo denota un' ignoranza completa sul numero degli operatori impiegati in Regione ma nel contempo ha determinato una convinzione tra tutti i Lavoratori e Cittadini/Utenti … gli esuberi solo solo due e si chiamano Cota e Monferino.

Dobbiamo ripartire per ricostruire, per una Sanità Pubblica migliore, dobbiamo pretendere dei politici migliori di questi riconquistando la fiducia anche dei lavoratori sfiduciati, riaffermando la loro dignità!

SE NON ORA QUANDO !!!

Gerardo Scotellaro
Segretario Aziendale CGIL-FP
A.O. CTO M. Adelaide

Cangerogeno per la qualità del lavoro, clientelare nelle relazioni gerarchiche

Meritocrazia, un criterio scriteriato

Questo scritto vuole essere una riflessione sulla meritocrazia e sulle eccellenze in ambito sanitario.
Da anni, forse da sempre, sentiamo dire che si deve premiare il merito, si fanno norme che vanno in quella direzione, si veda ad esempio tutto l'impianto della Legge Brunetta. Ma il risultato certo che quest'ultima produrrà se attuata, dato che ora è in stato di sospensione, sarà solo quella di creare divisioni, differenziazioni non motivate e spaccature profonde tra i lavoratori che si troveranno nella situazione di guadagnare di meno rispetto a colleghi che fanno il loro stesso identico lavoro, con le stesse performance.

Nella realtà certa politica, nella maggior parte dei casi, più che valorizzare le competenze e le capacità dei singoli nell'Aziende, cerca di andare a premiare una forma più sur-rettizia di clientelismo, che si manifesta attraverso l'attribuzione della patente di eccellenza a questa o quella struttura a questo o quel servizio.
E naturalmente insieme alla patente di eccellenza arrivano più finanzia-menti, più incentivi, più alte indennità. In questo senso sono eclatanti le nomine degli ultimi Commissari fatte dalla Giunta Cota. Nonostante il Presidente della Giunta Regionale per mesi abbia continuato a ripeterci, come ritornello, che la politica deve restare fuori e che saranno fatte solo nomine sulla base della capacità e competenze, così non è stato e la maggior parte delle nomine sono derivate solo in base all'appartenenza politica.
All'interno delle Aziende, con la complicità delle organizzazioni sindacali, il più delle volte si valorizza l'iscritto a quella o all'altra organizzazione, a seconda dei rapporti di forza, senza guardare le competenze e le capacità reali del lavoratore.

Mi viene da pensare che la meritocrazia fondamentalmente non interessi a nessuno e che venga sbandiedierata dalla politica solamente per nascondere il clientelismo e per portare avanti politiche di tagli.
Mi piacerebbe un giorno che la politica faccia uno sforzo per creare un sistema che valorizzi l'eccellenza indipendentemente dalla provenienza politica e/o sindacale.

Oggi invece ci troviamo di nuovo a soli tre anni dalla precedente ad una nuova organizzazione del Servizio Sanitario Regionale. E con una idea di riorganizzazione che di certo non andrà a premiare la meritocrazie e le eccellenze.
Lo scorporo degli ospedali dal territorio e la creazione di mega aziende Ospedaliere è quindi una sorta di grandi e invincibili armate va esattamente nella direzione di creare una più marcata gerarchizzazione tra strutture e quindi tra lavoratori, secondo voi sulla base di quali criteri? Con nomine legate alla meritocrazia o all'appartenenza politica?

Cosa che poi si riverbererà anche all'interno della cosiddetta rete di ospedali dove sarà del tutto evidente che l'ospedale cosidetto hub sarà visto dagli altri come quello in cui sarà più bello ed economicamente più vantaggioso lavorare.
Ho vissuto in prima persona l'accorpamento tra le ex ASL 3 e 4. Ho visto le invidie, le liti, le resistenze e i dispetti che solo in parte, con il tempo, si sono poi affievoliti. Ed era l'unione di due strutture equivalenti.
Cosa succederà accorpando strutture enormi a strutture piccole è facile immaginarlo.

Luciano Perno
Segretario CGIL asl To2

Associazione Italiana di Oncologia Medica

Progetto ambiente e tumori

Ruggero Ridolfi

Carissimi,
è stato ufficialmente presentato al convegno nazionale AIOM a Bologna il lavoro in allegato.
Si tratta di un progetto il cui merito principale va al Dott. Ruggero Ridolfi, coordinatore ed infaticabile sostenitore dell'iniziativa.
Il lavoro si può scaricare liberamente dal seguente link ed è di libero acceso.
http://www.aiom.it/Attivit%E0+Scientifica/Documenti+AIOM/Position+paper/Progetto+Ambiente+e+Tumori/1,5352,1,
Sperando di aver fatto una cosa gradita e soprattutto utile, vi saluto caramente

Patrizia Gentilini

INTRODUZIONE

La cancerogenesi ambientale e professionale rappresenta un'importante settore dell'oncologia di grande impatto per le scelte strategiche future. Nei paesi industrializzati ma anche nei paesi in via di sviluppo l'impatto delle scelte industriali e delle tecnologie "vecchie" e "nuove" sta modificando fortemente la vita sul nostro pianeta, ed uno dei principali indici di quest'alterato rapporto tra uomo e ambiente è rappresentato proprio dall'aumento di incidenza dei tumori. La conoscenza delle "cause" e la prevenzione primaria rappresentano quindi il primo strumento per un'adeguata strategia di controllo dei tumori. L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) con il Progetto "Ambiente e Tumori" ha valuto ribadire l'impegno degli oncologi non solo nella diagnosi e terapia dei tumori, ma anche nelle strategie di controllo preventive.
In questo volume sono state riportate e discusse conoscenze già consolidate ma anche emergenti, che riguardano i meccanismi della cancerogenesi in generale, e la cancerogeni transplacentare e trans-generazionale in relazione ai tumori infantili.
Il Progetto ha poi passato in rassegna le problematiche della cancerogenesi da metalli pesanti e quelle più attuali da diossine.
Il rapporto tra alimentazione e tumori, da lungo tempo oggetto di ricerca di base ed epidemiologica, ha preso in esame le "abitudini alimentari", il rischio cancerogeno da additivi alimentari, e le problematiche oncologiche dell'inquinamento dell'acqua. Il rapporto tra l'inquinamento atmosferico e l'insorgenza di tumori, ed in particolare la correlazione causale tra traffico veicolare ed insorgenza di leucemie infantili rimane ancora oggi un ambito di discussione estremamente controverso. L'importanza dei grandi impianti industriali nell'aumento del rischio oncologico è stato affrontato in relazione agli stabilimenti industriali a maggiore impatto ambientale: acciaierie, centrali a carbone ed inceneritori.
La cancerogenesi da amianto rappresenta forse il più eclatante degli esempi negativi di quanto le conoscenze scientifiche siano state per lungo tempo disattese.
L'amianto che riconosce come tumore marker il mesotelioma maligno, ma che determina l'insorgenza anche di altre di neoplasie ed in particolare del carcinoma polmonare, oggi non più estraibile ed utilizzabile nell'industria, permane come rischio cancerogeno per ex-esposti e nell'ambiente.
I lavoratori esposti nel passato potranno sviluppare patologie oncologiche con una latenza anche maggiore ai 30 anni dall'inizio dell'esposizione, ed inoltre l'amianto ancora presente come materiale coibentante in edifici pubblici e privati, mezzi di trasporto, e manufatti rimane un importante rischio cancerogeno diffuso che richiede misure di controllo di sanità pubblica. Completano l'analisi dei rischi da esposizione ambientale, che derivano anche da abitudini di vita ed aspetti comportamentali, la discussione sulle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, come le radiazioni ultraviolette.
Questo Progetto su "Tumori e Ambiente" promosso da AIOM vuole in conclusione favorire le conoscenze su basi scientifiche dei rischi oncogeni ambientali, e promuovere la discussione sia sul difficile equilibrio tra sviluppo sostenibile e rischio accettabile, che sulle misure di controllo in ambito oncologico. Alcune tematiche sono ancora oggi estremamente controverse e gli articoli potrebbero risentire di queste diversità. Per un giusto equilibrio su diverse posizioni scientifiche alla fine del volume è stato sviluppato un "commentario" che riporta e rivede criticamente le diverse posizioni a cura di Pietro Comba Direttore del Reparto di Epidemiologia Ambientale dell'Istituto Superiore di Sanità.
Gli articoli che compongono questo volume rispecchiano pertanto l'opinione degli autori e non rappresentano una posizione ufficiale dell'AIOM.
Un grazie sentito a tutti i Collaboratori di questo importante Progetto ed in particolare a Ruggero Ridolfi il cui impegno continuo ha permesso la realizzazione di questo volume.

Carmelo Iacono
Presidente Nazionale AIOM

Aumentati i limiti delle emissioni elettromagnetiche

allarme cellulari

Nel "decreto Sviluppo" del vecchio governo sono elevati i valori di legge per l'inquinamento elettromagnetico.
Nella bozza del decreto Sviluppo attualmente in discussione è previsto l'innalzamento dei limiti vigenti relativi all'inquinamento elettromagnetico provocato dalla telefonia mobile. In particolare, da 6 volt\metro si passerebbe a 20 nei luoghi aperti, ed è anche prevista la modifica delle modalità di rilevazione, ora da attuare sulle 24 ore. Sarebbero esentati dalle misurazioni iphone, cellulari e apparati riceventi.

L'esposizione riguarda fonti e frequenze estremamente diverse, antenne, cellulari, ma anche tralicci ed elettrodomestici, e potenzialmente di potenziarsi a vicenda. L'esposizione riguarda in particolare i bambini, più fragili per ragioni anatomiche e biologiche, per i quali il rischio reale è di essere esposti per decenni.
Negli ultimi anni l'esposizione della popolazione è progressivamente aumentata, e qualche mese fa la Iarc (Agenzia Europea di Ricerca sul Cancro) aveva deciso di classificare, dopo anni di controversie e tentennamenti, le emissioni dei cellulari come potenzialmente cancerogene.

Numerosi studi epidemiologici che hanno indagato sul possibile nesso cellulari-tumori cerebrali hanno trovato un forte legame tra esposizione prolungata ai cellulari e incremento di gliomi, e la Iarc ha deciso d'inserire i telefonini tra i cancerogeni potenziali.

Ci vogliono spesso anni o decenni per "dimostrare e valutare" i rischi. Il "principio di precauzione", una delle grandi conquiste etiche e giuridiche degli ultimi anni, verrebbe subordinato agli interessi ordine economico-finanziario sono di fatto sempre prevalenti sulla salute.

Privatizzazioni a Torino

Ci vendono

Nonostante la vittoria dei Referendum del 12 e 13 giugno che hanno visto il popolo italiano, quasi nella sua interezza, abrogare l'obbligo di privatizzazione di tutti i servizi pubblici locali, non solo dell'acqua, venerdi 8 ottobre la Giunta comunale di Torino (*Partito Democratico-Italia dei Valori-Sinistra Ecologia Libertà-Moderati*) ha aprovato una delibera che prevede un percorso in diverse tappe che porterà alla vendita dei servizi pubblici essenziali.

Aiutati e incoraggiati dalla finanziaria di Tremonti, Fassino e gli alleati eseguono il testamento lasciato dalla Giunta Chiamparino apprestandosi a cedere, come primo passaggio burocratico, CGT, AMIAT, TRM-inceneritori, SAGAT alla Finanziaria Città di Torino che a sua volta ne gonfierà il valore per poi vendere il 40% ai privati che avranno la possibilità di nominare l'Amministratore Delegato e di decidere, di fatto, le strategie delle aziende ex pubbliche. A seguire stessa sorte per le aziende della provincia e della regione.

I Sevizi pubblici saranno gestiti a scopo di lucro, come è nella natura dell'impresa privata, con conseguente aumento delle tariffe, riduzione del personale, investimenti al lumicino e manutenzione al minimo in quanto dispendiosa. I danni saranno anche per l'ambiente siccome la raccolta differenziata dei rifiuta verrà smessa per favorire il redditizio, ma altamente inquinante, inceneritore.
Pura speculazione per risanare le casse dilapidate da spese e interessi economicamente bipartisan.
Ma che bravi Sergio e Piero!

UNITA' D'ITALIA

Festeggiamenti tragici, da Berlusconi a Monti l'Italia è tornata indietro di 150 anni

Qualche riflessione

Se andate a visitare Palazzo Carignano sede del parlamento subalpino e di una seduta del primo parlamento italiano soffermatevi a leggere una iscrizione lapidaria sopra la porta di ingressi dell'appartamento di Mezzogiorno, sulla destra per chi entra da piazza Carignano. La lapide recita che quella era la sede del "Consorzio Nazionale per la Estinzione del debito pubblico"; il consorzio (un ente pubblico) è nato nel 1866 ed è riuscito ad estinguere il debito pubblico nel 1929, nonostante le spese dell'Unità d'Italia, le guerre coloniali, la guerra di Libia, numerosi scandali da corruzione e crack bancari e la prima guerra mondiale. Questo tanto per dire che una nazione se vuole può farcela.
Le ragioni attuali del disastro economico a nostro sfavore sono riassumibili in tre fattori internazionali ed in tre propriamente nostri: i tre fattori internazionali sono il fallimento dell'euro come politica monetaria di sicurezza, la fallimentare politica economica europea che ha comportato dissoluzione della forza industriale che ha delocalizzato i suoi patrimoni del nostro paese a favore di altri, la speculazione internazionale. I fattori che ci riguardano sono la incapacità dei nostri politici tutti quanti di rappresentare una forza italiana in Europa, la enorme corruzione e la enorme evasione fiscale. E' piuttosto dubbio che ce la possiamo fare, ma a parte questa ipotesi da cassandra sembra che tutti i problemi d'Italia non possano risolvere se prima non si favoriscono i licenziamenti e la mobilità e mettendo mano alle regole pensionistiche.

Tutto l'articolo nel prossimo numero di lavoro e Salute

"Lorusso e Cutugno" e ASL TO2: firmato il protocollo per ottimizzare la collaborazione

SINERGIA IN CARCERE PER PREVENIRE IL DISAGIO

La Commissione Bilaterale ASL TO2 – Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno" ha approvato il protocollo operativo locale in materia di rapporti e organizzazione dei servizi sanitari interni all'Istituto Penitenziario.

Le Direzioni dei due Enti, rappresentati legalmente dal Dottor Giacomo Manuguerra, Commissario ASL TO 2, e dal Dottor Pietro Buffa, Direttore della Casa Circondariale, hanno stabilito le modalità operative della collaborazione, che vanno dall'individuazione di idonei locali a uso sanitario alla ripartizione delle spese di gestione, manutenzione ed erogazione dei servizi, dal protocollo di sicurezza della comunicazione interna alle modalità gestionali per garantire la riservatezza tra operatore sanitario e paziente.

Cartelle cliniche, certificazioni sanitarie, referti, trattamento dei dati, esercizio stesso delle professioni sanitarie all'interno del carcere verranno gestiti secondo modalità concordate che tengano conto delle esigenze organizzative e delle norme e ordinamenti specifici di entrambe le amministrazioni.

CARCERE DI TORINO

Ad agosto di quest'anno i detenuti erano 1.509 oltre a 32 in semi-libertà: 675 i detenuti italiani, 715 gli stranieri, 56 le detenute italiane e 63 le straniere, a fronte di una predisposi-zione della struttura per 900.

La condizione di sovraffollamento è insostenibile, al di là degli impegni degli operatori; la composizione dei reati, prevalentemente legati alle sostanze stupefacenti e contro il patrimonio. La realtà torinese vanta esperienze specifiche, quali il Sestante per la psichiatria e l'Arcobaleno per le tossicodipendenze: fin dagli anni precedenti all'assunzione della responsabilità dell'assistenza sanitaria si erano realizzate nell'ottica della collaborazione tra il carcere, l'amministrazione comunale e il servizio sanitario regionale.

Queste presenze specializzate, sono un modello avanzato ma oggi sussiste il rischio concreto che i conteni-menti delle risorse del piano di rientro colpiscano le situazione meno visibili e meno pubbliche, razionando gli strumenti professionali e gli operatori.

"Le finalità di cura e riabilitazione vanno perseguite in un'ottica di globalità dell'intervento sulla persona e in collaborazione con le altre figure professionali coinvolte nella gestione delle persone detenute – precisa il Commissario ASL TO2, Dott. Giacomo Manuguerra – con questo protocollo intendiamo scambiarci, puntualmente e preventivamente, tutte le disposizioni di rilevanza organizzativa che possano avere vicendevoli riflessi nella gestione penitenziaria e sanitaria".

Verrà redatta una Carta dei Servizi, concertata in seguito a consultazioni con rappresentanze di detenuti e organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini, articolata in modo da contemplare tutti gli aspetti rilevanti per la salute dei detenuti all'interno dell'Istituto Penitenziario, con procedure specifiche per i casi di disagio e per i pazienti affetti da patologia psichiatrica o da dipendenze.

"La massima integrazione degli operatori sarà visibile soprattutto negli ambiti in cui gli interventi devono confluire in un risultato comune – sottolinea ancora il Commissario ASL TO2 – come le azioni volte alla prevenzione e all'intervento sul disagio, disponendo provvedimenti di massima e grande sorveglianza in caso di gesti autolesivi o di stati psicofisici di disagio. Con cadenza periodica, le grandi sorveglianze e i casi segnalati ai "gruppi di attenzione", verranno sottoposti a verifica da parte di un'équipe composta da un educatore, che riferirà sulle risultanze dell'eventuale gruppo di attenzione, un ispettore, che riferirà sul comportamento detentivo e un sanitario, che riferirà sul profilo clinico della persona. La valutazione dei provvedimenti di massima sorveglianza rimarrà sottoposta alla verifica dello specialista psichiatra".

Particolare attenzione sarà posta all'accoglienza dei detenuti Nuovi Giunti e alla Continuità Terapeutica, talvolta compromessa sia nel momento della carcerazione sia della stessa scarcerazione, per l'interruzione di eventuali trattamenti sanitari svolti all'interno dell'Istituto, attuando procedure che consentano la continuità terapeutica sia nel momento dell'ingresso che della dimissione dall'Istituto Penitenziario, sia in caso di trasferimento ad altro carcere, in particolare per le persone affette da patologie psichiche e per quelle dipendenti da sostanze psicotrope.

La firma di questo protocollo segna un'ulteriore tappa della riforma della Sanità Penitenziaria avviata dalla Regione Piemonte, che negli ultimi tre anni ha attivato le ASL, nel territorio di competenza e secondo le direttive della Regione stessa, istituendo il sistema sanitario penitenziario regionale e individuando un modello organizzativo sperimentale.

La ASL TO 2, in applicazione delle indicazioni regionali, già dal 2008 si è dotata della Struttura Complessa "Presidio Sanitario per la Tutela della Salute Lorusso e Cutugno", con contestuale trasferimento del personale sanitario che operava presso la Casa Circondariale e, in base al protocollo d'intesa del 2009 tra Assessorato tutela della salute e sanità della Regione Piemonte, Provveditorato e Valle d'Aosta e Liguria, ha costituito anche una Commissione Bilaterale tra ASLTO2 e Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno" per affrontare le problematiche relative all'assistenza sanitaria penitenziaria - con particolare riferimento agli aspetti strutturali e organizzativi - cui si deve la redazione del protocollo ora adottato.

*Dott.ssa **Silvana Patrito***
ASL TO2 - SC Relazioni Esterne - Ufficio Stampa

Il dentista sociale a Torino

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

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

VISITA E PREVENTIVO COMPLETAMENTE GRATUITI ***telefoni: 333.3391309 - 339.6735043***

inserzione concessa gratuitamente

officina
AURORA
l'autosicurezza
via Principe Tommaso 12 Torino 011.658080

inserzione concessa gratuitamente

IDRAULICA
STAGLIANO'
mestiere e onestà
preventivi gratuiti
interventi celeri

Telefono 327.6546432

inserzione concessa gratuitamente

una tazzina nutriente
gusto, qualità, solidarietà

cafè
REBELDE
10 kg 116,16 Euro
spese spedizione incluso
tel. 0267074141 - cell. 3202160435
www.yabasta.it -info@caffezapatista.it

Dalle amiche, dagli amici dell'Amedeo di Savoia un ciao a yak, operatore socievole della sicurezza, in pensione dopo tanti anni di compagnia

yak, pastore tedesco, 12 anni

Una petizione popolare per il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

"Assumere gli urgentissimi provvedimenti necessari per assicurare la completa copertura finanziaria delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali riguardanti le persone con handicap invalidanti, gli anziani malati cronici non autosufficienti, i soggetti colpiti dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, i pazienti psichiatrici (complessivamente oltre 1 milione di nostri concittadini)": è questo l'obiettivo principale della petizione popolare nazionale, lanciata da numerose organizzazioni, che in sostanza intende sollecitare "il Parlamento ad assumere i provvedimenti occorrenti per mettere a disposizione delle Regioni, delle ASL e dei Comuni le risorse economiche indispensabili per l'attuazione dei LEA, i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria". Un'importante iniziativa, su situazioni che rischiano di aggravarsi ulteriormente, dopo la recente presentazione della Legge-Delega per la Riforma Fiscale e Assistenziale. La presentiamo ai Lettori in ogni suo aspetto "I sottoscritti cittadini elettori chiedono ai Parlamentari sia della Camera dei Deputati, sia del Senato della Repubblica di assumere gli urgentissimi provvedimenti necessari per assicurare la completa copertura finanziaria delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali riguardanti le persone con handicap invalidanti, gli anziani malati cronici non autosufficienti, i soggetti colpiti dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, i pazienti psichiatrici (complessivamente oltre 1 milione di nostri concittadini)...".

Incomincia così la petizione aperta fino al 31 dicembre 2012, che ha come prima ispiratrice (e coordinatrice della Segreteria) la Fondazione Promozione Sociale di Torino.

Appunti

Raccolta firme
La Petizione può essere sottoscritta da qualsiasi cittadino elettore. È necessario scrivere in stampatello i dati relativi al cognome, al nome e all'indirizzo. Le firme devono essere leggibili. Non occorre alcuna autenticazione delle firme.

Adesioni
È assai importante ottenere l'adesione di Enti Pubblici (Comuni, Consorzi di Comuni, Comunità montane, Province ecc.) e privati, nonché di associazioni di volontariato, di tutela dei soggetti deboli o di altri aderenti, di studio, di formazione e di qualsiasi altra organizzazione sociale.

Termine della petizione
Data la necessità di fornire informazioni alle persone in gravi difficoltà e di mantenere viva l'attenzione verso l'adeguatezza dei finanziamenti statali occorrenti per la corretta attuazione dei LEA, la scadenza è stabilita per il 31 dicembre 2012.

Nota importante
È opportuno che siano utilizzati solo i fogli interi formato A3 (4 pagine) contenenti il testo della petizione, la nota giuridica, gli appunti per la raccolta delle firme e delle adesioni nonché lo spazio delle firme.

Informazioni
Segreteria: Fondazione Promozione Sociale ONLUS,
Via Artisti, 36, 10124 Torino, tel. 011 8124469, fax 011 8122595,
e-mail: info@fondazionepromozionesociale.it,
www.fondazionepromozionesociale.it
La segreteria provvederà all'invio gratuito dei fascicoli per la raccolta delle firme.
Le adesioni e i fascicoli (compresi quelli senza tutte le firme) devono essere trasmessi alla segreteria della Fondazione Promozione Sociale ONLUS che provvederà a consegnarli al Parlamento mano a mano che perverranno.

Racconti e Opinioni
lavoroesalute

Anno XXVII - Periodico fondato e diretto da *Franco Cilenti*
Distribuito gratuitamente.
Finanziato dai promotori e dai lettori con contributo facoltativo
Redazione
info@lavoroesalute.org
Comitato di redazione
Franco Cilenti, Fulvio Aurora, Roberto Bertucci, Michele Diciolla, Stefano Morena, Enrico Moriconi, Margherita Napoletano
Collaboratrici e Collaboratori
Marco Prina, Matteo Salvai, Mauro Valle, Renato Fioretti, Luisella Morandi, Valentina Boi, Crisitina Miletto, Paolo Zignani

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

Progetto grafico e vignette (cile) di Franco Cilenti
Impaginazione grafica di Mac Rizzo
Vignette: collaborazione di Tubal

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

Numero chiuso 25-11-2011
Suppl.a M. D. - n° 191-194
Stampa: Grafica Nuova via Somalia 108/32 Torino Copie stampate: 5000

27 anni di giornalismo nel lavoro per la salute

Pubblicati 204 *numeri*
- 13 speciali - 7 n. tematici
- 1 referendum nazionale su contratto sanità
- 1 questionario regionale su piano sanitario piemontese

Scritto da 1368 *autori*
- 1051 operatori sanità
- 126 sindacalisti
- 34 esponenti politici
- 157 altri

Stampate 684mila *copie*
- 482mila ospedali e ambul.
- 131mila luoghi vari
- 72mila copie distrib. naz.

Tariffe delle inserzioni pubblicitarie
Assoc. QUARTOSTATO 389.1647237