Racconti e Opinioni
lavoroesalute
www.lavoroesalute.org
Anno 29 * n.2 aprile 2013 Periodico finanziato da promotori e lettori * Diretto da *franco cilenti*

DENTISTA SOCIALE
a Torino
Qualità e giusto prezzo
visita e preventivo gratuiti
333.3391309 - 339.6735043
info. a pag. 31

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

sarà dura

RIMESCOLANO LE CARTE MA PROSEGUONO CON I TAGLI IN TUTTO IL PIEMONTE ***Eleonora Artesio*** a pag. 10

Tutti i tagli delle strutture sanitarie del Piemonte a pag. 11

L'attenzione è stata spostata tutta sulle spese della politica regionale, coprendo di fatto la gravità sociale degli atti di Cota e Monferino sulla privatizzazione del Servizio Pubblico e della vendita degli ospedali, che ha trasformato la Regione in agenzia immobiliare. Con le scatole vuote delle "Federazioni" l'organizzazione del lavoro nella sanità è allo sbando e dimostra quanto sia mortale la scelta di eludere le elementari relazioni istituzionali e sociali, fregandosene delle ragioni dei lavoratori e dei cittadini.
Ora, vorrà, saprà, potrà, il nuovo assessore riparare i danni prodotti alla sanità pubblica dal suo predecessore? Prevarrà la logica di scuderia o la sua cultura politica di mediazione con la ragione dei fatti?

dopo il demolitore,

Paolo Monferino
ex assessore alla sanità

ecco il certificatore?

Ugo Cavallera
assessore alla sanità

2 **Elezioni politiche: risultati da patologie diffuse?**
4 *Voci dal lavoro. Perchè non ho scioperato. Perchè sciopero*
6 **Botte sul pubblico impiego: quando esploderà la rabbia?**
8 *Gli atti aziendali delle asl di Torino: misteri manageriali*
12 **Chiusura ospedali: spiegateci le motivazioni, se ne avete**
14 *Sapete cosa succederà nella sanità piemontese?*
16 **Aborto, sentenza: un medico non può obiettare**
24 *Lavoro e malattia: l'Inps ci rende sani per decreto*
30 **Anziani: un libro racconta la strage degli innocenti**
- *Sfogliando le 32 pagine altri articoli, notizie e commenti*

O ti racconti O sei raccontato **Scrivi a** *info@lavoroesalute.org*

editoriale
di *franco cilenti*

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

PATOLOGIE DIFFUSE?

Non per volontaria provocazione ma per non incolpare di quasi tutto sempre altri, evitando di eludere le proprie responsabilità anche se indotte, vogliamo capire perché eventi strani fuori da ogni lettura sensata avvengono in Italia.
Vogliamo capire perché le vittime di aggressioni alle loro condizioni di lavoro e di vita si rimettono nelle mani dei loro aggressori, perché tali sono stati i partiti che hanno tenuto in piedi Monti mentre sferrava colpi d'ascia contro lavoratori, pensionati, disoccupati e piccoli imprenditori.
Possiamo diagnosticare una diffusa patologia masochista per milioni d'italiani?
Uguale bisogno di capire riguarda l'altro fenomeno riguardante altri milioni di vittime, potremmo definirlo come sadomasochista, di protesta impotente contro gli aggressori mediante la delega a un personaggio che si traveste da giustiziere. Ci riferiamo a come quello del Movimento 5 Stelle, che in pochi mesi è passato da spazio di protesta mediatica, con un blog diventato partito tramite il foraggiamento comunicativo di giornali e tv, a enormi livelli di consenso senza nessuno sforzo fisico e intellettuale nella quotidianità degli italiani sui posti di lavoro, di studio e di vita vissuta.
Mi astengo dal far presente i misteri e le palesi contraddizioni che stanno alla base della nascita del movimento grillino. Ne abbiano già scritto e chi s'informa e naviga su internet, ne è a conoscenza.
In questi giorni è l'attenzione è stata tutta riversata sull'elezione del Presidente della Repubblica, come se, ben che vada, un uomo o una donna un pò indipendente dai giochi di potere possa cambiare i presupposti d'inciviltà politica e sociale costruiti negli ultimi vent'anni dai grossi partiti, ben rappresentati dai governi Berlusconi e Monti, dai grassi industriali, dalle voraci banche e dalle televisioni e giornali.

A chi importa di chi perde il lavoro, di chi fa altri buchi alla cinghia, di chi pensa a farla finita, di chi ha già deciso?

Che importa se centinaia di migliaia di persone continuano a perdere il lavoro, milioni fanno ogni giorno altri buchi alla cinghia, troppi pensano a farla finita con questa vita e alcuni lo hanno già deciso? Già, che importa a questo sistema di malapolitica?
Devo ammettere una forte perplessità a ragionare su una situazione che ha dell'assurdo ma ragionare bisogna, ed è un invito che riguarda tutti quelli che i fatti vogliono capirli e non solo subirli o gioirne per una presunta vittoria contro gli odiati aggressori della casta politica.
Forse un elemento potrebbe servire a molti per iniziare un ragionamento: Grillo è, di fatto, la continuità con la dannosa piazza televisiva del ventennio berlusconiano, ha utilizzato le stesse tecniche di marketing politico e mobilitazione emotiva per colonizzare il Web approfittando delle macerie sociali e istituzionali prodotte dai grossi partiti di governo degli ultimi vent'anni per assemblare uno spazio che ha definito furbescamente "né di destra né di sinistra" quando, invece, ne ha mischiate le idee e proposte in una brodaglia di luoghi comuni di destra (ad esempio contro gli immigrati e i lavoratori del pubblico impiego) con battaglie di sinistra, come il movimento contro le privatizzazioni e le grandi opere dannose.
Questa miscellanea d'idee l'ha titolata come "democrazia diretta", sorvolando sul fatto che l'unico rapporto fisico, inteso come partecipazione al suo movimento, è rappresentato dai suoi comizi durante i quali puoi solo battere le mani ma non criticare, per cementare il suo ruolo del leader indiscusso, e indiscutibile se vuoi arruolarti tra i suoi seguaci.
Nei vent'anni del sistema elettorale maggioritario, che ha prodotto solo un'abissale distanza dei cittadini dalla politica, più partiti inventati e personali, più corruzione, la TV ha di fatto sostituito il

CONTINUA A PAG. 3

Come farsi del male?
E' un gioco da bambini, basta non votarsi non votando i comunisti. In questo gioco autolesionista gli italiani sono leader in Europa

CONTINUA DA PAG. 2

Patologie diffuse?

Parlamento e tutti i diritti conquistati in decenni di lotte, sono stati messi al bando. Il lavoro è stato svalorizzato, il mercato finanziario è diventato il vero sovrano al quale i governi hanno obbedito, una generazione vive ormai ben peggio dei propri genitori, la guerra è diventata uno strumento ordinario della politica internazionale del paese e dell'occidente, l'istruzione e la sanità, oltre che l'acqua e gli altri servizi pubblici, sono stati potentemente privatizzati.

Tornando ai risultati elettorali, quale quadro ci hanno consegnato per gli anni a venire?
Teniamo conto di un dato storicamente antropologico che ci dice della lentezza degli italiani a immaginare di cambiare il proprio modo di leggere la realtà, quindi non è inutile rileggere i risultati delle ultime elezioni, perchè grandi spostamenti di voti non ci saranno nelle prossime, anche se è probabile che cambieranno alcune sigle e alleanze in rapporto a quanto sta succedendo in queste settimane di implosioni come quella del PD. Il centrodestra di Berlusconi e Lega (ha perso 7 milioni e duecentomila voti); il centrosinistra di Bersani (ha perso 3 milioni e mezzo di voti); il centro di Monti (ha avuto solo 3 milioni e 600 mila voti mentre sondaggi e giornali lo davano incollato a PD e PdL). Il Movimento 5 Stelle ha avuto (dal nulla) 8 milioni e 700 mila voti.

Perché 20 milioni hanno votato gli aggressori alle loro tasche, ai loro diritti di lavoro e di vita serena?

Per tornare alla diagnosi di patologia masochista, le forze che hanno sostenuto il governo Monti hanno avuto circa 22 milioni e mezzo di voti. Circa il 63% sui votanti, mentre nel Parlamento uscente avevano più del 90% dei seggi. A fronte di questi numeri, escludendo per difetto 2 milioni tra ricchi e borghesia parassitaria coerentemente antipopolare, vogliamo chiederci, tutti noi che siamo lavoratori, precari, pensionati, disoccupati, casalinghe, giovani di famiglie non benestanti, perché 20 milioni hanno votato gli aggressori alle loro tasche, ai loro diritti di lavoro e di vita serena, quella che intendiamo quando parliamo di "stato sociale" (o di "welfare" per i poliglotti)?

A questa domanda ne consegue per elementare logica un'altra: perché almeno due milioni che hanno votato centrosinistra e sei milioni che hanno votato Grillo non hanno votato Rivoluzione Civile? Un'alleanza di esponenti della società sensibile ai problemi della democrazia, con dentro i comunisti che la politica la fanno a contatto fisico quotidiano con gli altri cittadini aggrediti dalle politiche di massacro.

Perché? Forse perché i comunisti la politica la fanno con tutti gli strumenti della democratica reale, con i loro poveri strumenti d'informazione, con la partecipazione alle lotte, con il loro impegno nei sindacati. La fanno conoscendo la crisi che attanaglia la vita quotidiana, perché la vivono sulla loro pelle di cittadini, e ne danno risposte concrete e coerenti quando assumono responsabilità istituzionali. O perché i poteri, politici e mediatici, vogliono espellere anche dal lessico nazionale la parola comunista dopo averli espulsi con leggi elettorali truffaldine e la complicità di giornali e tv?
E' una semplice domanda che resterà senza una risposta chiara, forse perché la maggior parte degli italiani preferisce non riflettere sui propri passi preferendo, a prescindere, dare la colpa dei loro guai solo alla casta politica e al destino avverso? Ma forse anche perchè è più facile delegare ad altri, a chi si candida nel voto politico o nell'attività sindacale, senza faticare nemmeno a controllare cosa fanno questi e poi lamentarsi e inveire contro quando si rendono conto dei danni del loro disinteressarsi.

Io credo che la risposta si possa trovare mettendo insieme questi e altri perché, mentre sarà difficile per tanti che hanno votato PD/SEL e 5stelle avere un riscontro di miglioramento delle proprie condizioni di lavoro e di vita sociale.
Scommetto con chiunque abbia il coraggio di non evadere dalle proprie responsabilità di elettore.
Non scommetto però sulla riflessione di tanti in attesa delle prossime elezioni politiche.

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

Perchè non ho scioperato

Ciao Franco, sono Giovanna, ci siamo conosciuti a una delle manifestazioni contro la chiusura dell'ospedale Valdese e ci siamo rivisti a quella recente contro la chiusura del Maria Adelaide. Come sai, ti ho raccontato di me e delle mie perplessità sul sindacato e sui suoi ritardi nel prevenire con la lotta tanto sfascio prodotto, appunto con troppa facilità anche per il silenzio dei sindacati, e non solo della politica. Ricorderai che sono un infermiera professionale non di quelle laureate, insomma una di quelli che non si sente sminuita se deve mettere una padella e ci siamo trovati in sintonia nello stato d'animo.

L'unica cosa sulla quale non ci siamo trovati d'accordo è sulla partecipazione agli scioperi nonostante tu stesso (in una lunga "romanzina" che mi hai fatto sull'utilità dello sciopero come valore indispensabile da tenere vivo come base per una rinascita della nostra capacità contrattuale, anche a prescindere dai sindacati) hai giustificato la sfiducia oggi presente tra i lavoratori della sanità. Ora ti racconto perchè non ho scioperato il 18 aprile. Intanto ti racconto, e racconto ai tuoi lettori, qualcosa di più di me perchè lo stato d'animo di sfiducia segna la vita di ogni giorno anche fuori dal lavoro.

Sono sposata, ho due figli, mio marito ha perso il lavoro circa un anno fa e oggi è un casalingo non per scelta. Il tenore di vita della mia famiglia è drasticamente sceso, ricicliamo l'abbigliamento, dal dentista ci vanno solo i miei figli. Sono sempre a caccia di notti e di domeniche per tirare su qualcosa in più.

Non sono una sprovveduta, dopo la scuola ho continuato a studiare ciò che mi piaceva per conto mio, non ho fame di master e crediti, anzi trovo che siano tutta roba ridicola se non patetica.

Ancor più pena mi fanno i pazienti, perchè tra i miei colleghi, quello che loro pomposamente chiamano il sapere, si è tradotto in un calo nell'assistenza proprio con loro.

L'azienda mi fa dei bellissimi corsi d'aggiornamento obbligatorio, direi essenziali: l'elettrocardiogramma, l'accesso venoso, il che equivarrebbe per un panettiere, a un corso sulla farina e l'acqua. Sono circondata da RID, CPSE, SITRO, tutta gente più brava di me.

Ho una tessera sindacale in tasca, e lo scorso 18 aprile i sindacati hanno dichiarato sciopero contro i tagli della regione, sciopero che, non ho problemi a dirlo, non ho fatto. Non ricordo bene ma forse è il primo che salto in vita mia.

I motivi per i quali non l'ho fatto sono molti: senza ipocrisia il primo è che 100 euro sono 100 euro che di questi tempi hanno un grosso valore, l'altro motivo per cui non ho fatto sciopero è per protesta nei confronti del sindacato e se hai un poco di pazienza ti spiego il perchè.

Sono ormai sei anni che non si firma uno straccio di contratto, hanno riformato le pensioni al ribasso e hanno ucciso lo Statuto dei Lavoratori.

In cambio hanno la faccia tosta di pubblicizzare un fondo pensioni (Perseo quello che uccise la gorgone Medusa) guarda caso gestito da loro, insomma senza contratto, con l'inflazione che galoppa i sindacati nazionali mi sanno dire soltanto che accetterebbero parte del mio stipendio (svalutato) per integrare una pensione che loro stessi hanno accettato fosse ridotta, mi pare un po' troppo.

I sindacati regionali sono anni che sono sudditi della politica. La Regione chiude ospedali, riduce prestazioni, fa favori alle strutture private, vuol vendersi anche i muri degli ospedali e loro il 18 aprile si svegliano di colpo e dichiarano sciopero.

I sindacati aziendali poi sono anche peggio di quelli nazionali e regionali, e non penso solo a quelli della mia Aso. Si sono spartiti tra loro le posizioni organizzative, hanno seduto sulle poltrone da SITRO e da RID, amici e conoscenti, hanno regalato posti da coordinatore come se piovesse. Ancora oggi hanno la faccia tosta di garantire, almeno a parole, ai loro lacchè che conserveranno i privilegi elargiti a suo tempo. Poi nelle Asl tagliano su tutto, ma proprio tutto, ma su queste cose non se ne parla nemmeno, si garantisce.

Questa mia considerazione non è fatta sull'onda del qualunquismo, l'ho sentita con le mie orecchie in quanto un vantaggio di noi forza lavoro, è quello d'essere considerati trasparenti, questi parlano e nemmeno ci vedono. Allora pensi che ho fatto male a pagare mezza rata del dentista non facendo sciopero?

Cara Giovanna, mi dici che non hai fatto sciopero e deduco che il tuo pessimismo, su questi scioperi dichiarati quando i danni sono stati fatti e difficilmente recuperabili, è cresciuto a dismisura.

Le considerazioni alla base della tua decisione sono inconfutabili nel merito, ma discordiamo sul metodo per esternarle: non partecipare a uno sciopero o a una manifestazione t'impedisce di renderle patrimonio di tanti altri e probabilmente ti inibisci una grande gratificazione nel non poter appurare quanta condivisione troveresti tra colleghe e colleghi.

Non voglio ripetere la "romanzina" ma non credi che, come nella politica, anche nel sindacato ci sia tanta gente che preferisce sentire il lamento passivo piuttosto che la critica attiva; che preferisce l'assenza dei "criticoni" piuttosto che la presenza fisica degli iscritti?

Certamente non basterà per ribaltare i tavoli della commistione concertativa con le dirigenze aziendali che tanti danni ha creato al lavoro e agli stipendi della grossa parte degli operatori, e ai diritti dei cittadini, però se non si lotta la mezza rata dal dentista sarà solo un palliativo quando il dente riparato non avrà più niente da masticare.

Perchè sciopero

Il servizio pubblico sanitario piemontese è vicino al collasso, se continuiamo cosi chissà dove andiamo a finire; e, per chi lo sapeva cogliere, l'indizio era più che chiaro, ci voleva un liquidatore del Servizio Pubblico.
Un Assessore che aveva il compito di fare quadrare i conti,secondo una sua stessa ammissione, aggiungendo di non capire niente di Sanità, sempre secondo una sua ammissione e come li vuole fare quadrare questi conti.
Velocemente adiamo a vedere: creazione delle federazioni,(enti di diritto privato) che consistono in sostanza nell' accorpare le Asl, e le Aso,usando come criterio guida la prossimità geografica, di fatto aumentando la confusione e creando una serie di superfunzionari. I cui lauti stipendi dovranno essere presi dalle già esangui casse della sanità.
Chiusura degli Ospedali Valdese, Maria Adelaide e Amedeo di Savoia.
Il Maria Adelaide è ancora vivo,ma per poco, la sua dismissione caricherà ulteriormente il Cto, inoltre la specialità della ortopedia della colonna, che si esplicitava nella cura della scogliosi, andrà quasi certamente verso la conclusione, lasciando soli i pazienti seguiti oggi dall'ambulatorio per la cura della scogliosi, così come di fatto si sono lasciate sole le donne seguite dalla senologia oncologica del Valdese, alle quali non viene assicurata quelle continuità terapeutica pre e post intervento che è necessaria nei casi di tumore al seno.
L'Amedeo di Savoia, forse per ora si salva, perché non sarebbe ancora pronta una, anche se ideale e fantasiosa, alternativa.
Diminuiscono i posti letto per acuti, per lungodegenti, e postacuzie si riducono le risorse alle strutture assistenziali post ricovero e di lungodegenza, si riducono la diagnostica e la spesa del farmaco alle strutture sanitarie.
Con i conti in profondo rosso la Regione Piemonte conclude il ciclo svendendo gli immobili di ospedali

e palazzine amministrative,la preventivata vendita, con l'obbiettivo di incamerare denaro fresco, produrrà un aumento di spesa a carico dei cittadini, essendo le aziende tenute al pagamento dei canoni di locazione per le sedi di ospedali e strutture territoriali.
Insomma i cosidetti lodi immobiliari, che andranno in gestione a società di diritto privato cosi come le Federazioni
E qui finalmente entriamo in campo anche noi, che con la sanità, come fornitori di servizi abbiamo un rapporto sia storico,con le pulizie, con le mense, con le attività di guardiania,che più recente con le attività di prenotazione sia di sportellistica tradizionale, che di call center. Inoltre la costituzione delle federazioni, prevede un accentramento delle funzioni amministrative, che sembra porre le condizioni di una futura esternalizzazione di ancora maggiori servizi, fattore, che potrebbe sembrare anche interessante in un ottica di interesse di bottega dalla nostra parte,ma che in realtà nasconde, come avvenuto recentemente in un servizio di prenotazione telefonico, il rischio di peggiorare le condizioni lavorative degli addetti e di peggiorare la qualità del servizio.
Negli ultimi mesi, come se non bastassero le notizie di imposizioni dall' Europa dell' obbligo di inserire i criteri di massimo ribasso nei futuri capitolati di appalto per i servizi esternalizzati, che destano forti timori per i futuri livelli salariali; come se non bastassero le direttive politiche imposte dai precedenti governi con la "revisione di spesa", che si realizzano nel nostro settore in tagli e limitazioni di ore lavorate o con la cassa integrazione; la regione ritarda i pagamenti,mettendo così in condizione le aziende, le cooperative, più o meno sinceramente, di dovere rimandare il pagamento degli stipendi e delle tredicesime, abbiamo colleghe e colleghi che ancora aspettano ,in tutto o in parte,il pagamento dello stipendio. La responsabilità va attribuita alla Regione,che dichiara di non avere i fondi sufficienti,non ha i soldi, e se li ha non li ha per tutti.
Si innesta così un circolo perverso, le aziende per fare fronte agli impegni immediati si indebitano verso le banche, attraverso prestiti spesso con interessi paurosi, allora le imprese iniziano a cedere,e rimandano a loro volta i pagamenti. L'anello debole della catena sono e rimangono come sempre le lavoratrici e i lavoratori del settore, già spesso sottoposti a condizioni difficili, con la imposizione di part-time, o di orari ridotti, che ci impoveriscono economicamente, tanto da creare la definizione di "Lavoratore Povero". Mentre la Regione prende tempo, dilaziona, promette, e non mantiene e spera, a questo punto dati causa e contesto, io credo aspetti qualche miracolo.
Si avvicinano le scadenze di maggio e giugno, dove alle lavoratici e ai lavoratori, come a (quasi) tutti i cittadini italiani verranno richiesti ulteriori pagamenti in forma di imposte e duclis in fundo il prospettato aumento dell'Iva. Senza contare che anche i lavoratori dei servizi appaltati della sanità, sono donne e uomini come gli altri, ed hanno quindi: i bambini da mandare all'asilo, l'affitto o il mutuo, le rate alle finanziarie, ed hanno anche la pretesa di mangiare e di vestirsi. Insomma di tirare a campare.
Allora uno sciopero?
Sì, uno sciopero la nostra unica pacifica arma; pacifica ma forte se partecipato e sentito.

Alessandro Rossi
Operatore call center Asl1

starci dell'intervento al Direttivo della Cgil/Filcams del 15/04

"Poveri" i dipendenti pubblici

Lo ammette una fonte insospettabile: quella che ne è responsabile. Il rapporto diffuso dall'Aran conferma la macelleria sociale su lavoratori e servizi pubblici. Dal rapporto dell'Aran, l'Agenzia per la Rappresentanza Negoziale delle Pubbliche Amministrazioni, organismo della Presidenza del Consiglio, emerge la conferma della pesantissima destrut-turazione del settore pubblico, sia sul piano di chi vi lavora sia dal punto di vista dei servizi che eroga. I qualunquisti di ogni fattezza farebbero bene a leggere prima di adagiarsi e rilanciare luoghi comuni contro i lavoratori pubblici ormai smentiti dalla realtà.

Il Rapporto evidenzia inoltre che la spesa complessiva sostenuta dalla pubblica amministrazione per pagare le retribuzioni (circa 170 miliardi di Euro, pari a poco meno dell'11% del PIL), per la prima volta nel 2011, dopo molti anni di crescita ininterrotta, diminuisce dell'1,6%. Le anticipazioni Istat sul dato 2012 evidenziano un ulteriore significativo calo del 2,3%. La spesa è prevista in diminuzione anche per l'anno 2013. La riduzione della spesa complessiva si deve non solo al blocco delle retribuzioni, ma anche (in misura prevalente) alla diminuzione del numero di occupati nella PA, passati da circa 3,6 milioni nel 2007 a meno di 3,4 milioni nel 2012 (la diminuzione in cinque anni è stata di poco più del 6%).

Una domanda è d'obbligo: l'utilità dei lavoratori pubblici è messa in discussione da loro medesimi, quando restano in silenzio di fronte agli attacchi materiali, licenziamenti, esternalizzazioni di servizi, riduzioni e blocchi degli stipendi? Dove può succedere questo atto di masochismo? Solo in Italia, nel Paese delle commedie tragicomiche!

Botte sul pubblico impiego. Quando esploderà la rabbia?

***I** tagli al bilancio dello Stato puntano sempre più prepotentemente nella direzione del pubblico impiego. Quanto e come incide sulla condizione del singolo lavoratore il blocco dei contratti?*

Per lavoratori con stipendio medio di circa 1.400 euro mensili, un blocco del rinnovo contrattuale potrebbe voler dire innescare una miccia di disagio sociale, rabbia e fermento difficili da incanalare o calmierare.

I nostri stipendi sono bloccati da 5 anni, i pochi incrementi nei contratti decentrati passati a raggi x dalla Corte dei Conti sempre pronta a chiederne la restituzione mettendo sotto accusa i delegati Rsu.

La contrattazione di fatto è sequestrata, e non solo dalla Corte dei Conti. Non prendiamoci in giro, la contrattazione pura non esiste più. Quando si parla di centralità del contratto nazionale si parla di qualcosa che non esiste più.

Con spending review hanno immediatamente colpito tutto il sistema degli appalti, mascherando i licenziamenti con la parola efficienza. Sono decine di migliaia i lavoratori delle imprese del sistema degli appalti pubblici che vengono messi in mobilità e che non compaiono come esuberi della pubblica amministrazione.

Le varie riforme hanno attribuito un potere enorme ai dirigenti che sulla performance fanno il bello e cattivo tempo. Senza contare che la loro struttura salariale non subisce quasi alcun contraccolpo. E così da una parte ci sono lavoratori a cui viene anche impedita ogni progressione orizzontale e verticale e, dall'altra, una casta di eletti con il potere assoluto e la totale copertura dal punto di vista salariale e normativo a cui viene affidata la gestione e l'esecuzione delle direttive contenute nei decreti. Mi chiedo quanto potrà durare una situazione del genere.

Stipendi e pensioni pignorabili per intero

Per legge i pignoramenti su stipendi e pensioni non possono superare il 10% per debiti fino a 2.500 euro, un settimo per debiti da 2.500 euro a 5.000 euro e il 20% per debiti superiori a 5.000 euro.

Un governo criminale, che costringe la gente a togliersi la vita oppure gliela toglie direttamente. È il governo Monti, teoricamente in sella solo per il disbrigo dell'"ordinaria amministrazione".

Nelle pieghe del Decreto Salva Italia, tra quei codicilli scritti in aramaico che nessuno può interpretare, c'è anche la possibilità di espropriare l'intero stipendio o pensione su richiesta dei creditori (il cosiddetto "pignoramento presso terzi"). Il codice di procedura civile, tutt'ora in vigore, prevede invece che l'entità del pignoramento non possa superare per legge la soglia di un decimo per debiti fino a 2.500 euro, un settimo per debiti da 2.500 euro a 5.000 euro e un quinto per debiti superiori a 5.000 euro.

Il decreto riguarderebbe – e fa incazzare ancora di più il fatto di dover usare il condizionale - anche i lavoratori dipendenti. In pratica, diventa possibile affamare famiglie intere fino all'estinzione totale del debito. E questo grazie a un decreto chiamato "salva Italia"... Assassini che prendono per i fondelli le vittime, insomma.

Eppure non c'è stata nessuna modifica delle norme contenute nel codice civile. Ma ad un governo di "tecnici" con intenzioni criminali non fa certo difetto la fantasia. L'escamotage passa per la norma che dal dicembre 2012 costringe a pagare esclusivamente tramite conto corrente bancario, postale o libretto di risparmio, gli stipendi o le pensioni superiori ai mille euro.

Il rischio, peraltro, è ancora peggiore: il concessionario della riscossione (Equitalia, ma anche altri creditori), piuttosto che avviare una procedura coattiva di pignoramento dello stipendio o della pensione, sottoposta come tale ai nuovi limiti sopra evidenziati, potrebbe addirittura aggredire direttamente l'intera somma detenuta sul conto corrente del debitore.

Naturalmente ora ci sarà bisogno di altri "tecnici" per vedere come possa accadere che una legge – quella che limita al 20% il pignoramento - possa essere aggirata da una norma che limita l'uso del contante. Sul piano giuridico, infatti, non è che la "forma" del denaro – elettronico o contante – possa incidere sulla determinazione del limite.
Al momento, il trucco sembra questo: una volta che la mensilità è arrivata sul conto corrente bancario o postale, essa perde la qualifica di "emolumento di lavoro dipendente o pensionistico". E quindi anche le tutele (la percentuale pignorabile) previste dalla legge.
Dovrebbe essere a quel punto il singolo debitore a dover "dimostrare" che su quel conto affluisce soltanto lo stipendio o la pensione, e che quindi eventuali cifre superiori alla singola mensilità sarebbero solo frutto di risparmi fatti sulle mensilità precedenti. Ma è materialmente impossibile che su un conto non vengano fatte anche operazioni differenti. Quindi...

In ogni caso, segnatevi i nomi dei partiti che hanno votato l'intero decreto dando la "fiducia" a questo governo: Partito democratico, Popolo delle libertà, Udc. Se volete tradurre in facce: Bersani, Berlusconi, Casini. Noi non crediamo alla macumba, ma le maledizioni corali della popolazione italiana qualche effetto potrebbero anche sortirlo...

Claudio Conti

Ecco quello che ci aspetta nel 2013 per regalare ancora 14,7 miliardi al "pareggio di bilancio". La pressione fiscale sul lavoro dipendente, in particolare, salirà al 44,4%

Dalle nostre tasche

Aumento dell'Iva

Dal 1 luglio l'aliquota salirà da 21% al 22 per racimolare oltre 2 miliardi e coprire il mancato introito del 2012 causato dalla mancanza di soldi nelle tasche degli italiani e maggiormente dall'aumento dell'evasione.

Tares

E' la nuova tariffa che dovrebbe sostituire le vecchie Tia e Tarsu sui rifiuti (con l'obbligo di copertura totale del servizio) incorporando anche un contributo per i servizi pubblici comunali. Si paga in proporzione sulla casa, come l'Imu, la stangata comincerà a luglio.

Accise

Quelle su benzina e gasolio sono aumentate di 50 centesimi il 1 gennaio per effetto della prima manovra dei tecnici.

Addizionali Irpef e Imu

Regioni e comuni hanno aumentato le aliquote di loro pertinenza nel 2012 ma è prevista una crescita anche nel 2013.

Invalidi

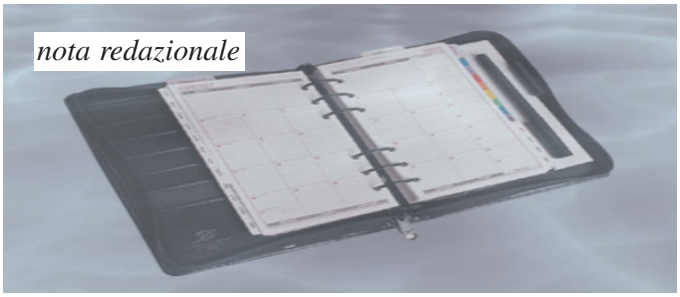
In parecchi perderanno il diritto alla pensione perché da quest'anno il requisito di reddito per ottenerla comprenderà anche quello del coniuge: se insieme si superano i 16.127,30 euro niente assegno.

Tobin tax e conti correnti

L'imposta di bollo sulle transazioni finanziarie ha debuttato a marzo. Il gettito atteso è di 1,1 miliardi, ma difficilmente sarà raggiunto visto che, grazie ad un'esclusione mirata, l'esecutivo ha sostanzialmente esentato le banche.

Nel 2013, poi, vanno a regime i **nuovi bolli sui conti correnti bancari** (esclusi quelli base e quelli con giacenza media sotto i 5mila euro) e la cosiddetta **patrimonialina**, un versamento a fine anno dello 0,15% sul valore di tutti gli investimenti finanziari.

ATTO AZIENDALE 2 ASL



A guardare quei grafici multicolori (altro per ora non c'è) i piani di organizzazione delle funzioni amministrative e tecniche nell'ASL TO2 e nella federazione di cui fa parte danno la netta sensazione che si stia perpetuando il rito della creazione di nuovi centri decisionali (e di potere), agendo in senso contrario alla dichiarata volontà di compattare l'organizzazione, e senza alcuna credibile previsione di un miglioramento di efficienza e qualità della stessa.

La federazione sovrazonale sarà formata dalla "federazione" e dal "dipartimento di federazione", e questa è una novità (ma non una sorpresa). La Federazione si identificherà dunque con il suo Amministratore Unico, sovraordinato al Direttore "unico" di Dipartimento.
Già qui si ha la conferma che delle Federazioni se ne poteva probabilmente fare a meno, considerando che la creazione di dipartimenti interaziendali dedicati alla gestione degli approvvigionamenti sarebbe stata possibile senza necessità di un'apposita legge regionale, quella che ormai un anno fa ha istituito le sei società consortili tra aziende sanitarie.

Nel passaggio di funzioni tecnico-logistiche e amministrative dall'ASL TO2 alla Federazione si osserva il venir meno di tre strutture complesse aziendali, i cui dirigenti sono stati già assegnati a corrispondenti incarichi di responsabilità interaziendale (acquisto beni e servizi, sistemi informativi informatici, tecnologie sanitarie).
Nessun vantaggio per i costi dell'ASL TO2, in quanto tre nuove strutture complesse amministrative vengono create a rimpiazzare quelle già fuoriuscite (direzione amministrativa territorio, direzione amministrativa presidi, gestione servizi e supporto). Una circolarità non priva d'una sua armonia, anche se è difficile intravedere la necessità di nuove strutture complesse amministrative, senz'altro utile invece a legittimare formalmente anche un dipartimento aziendale, detto "amministrativo", a sua volta dipendente dalla "direzione amministrativa" dell'ASL.

Nella scelta degli incarichi di direzione delle strutture complesse interaziendali si profila un'equanime ripartizione tra le due ASL, naturalmente nel rispetto di quei criteri di selezione meritocratici da sempre nel repertorio dei portatori dell'innovazione e del cambiamento.
La spinta all'innovazione fa sì che l'informatica abbia un peso rilevante in questa Federazione, occupando con la responsabile di questa attività nell'ASL TO4 anche la funzione "logistica" (che però fino ad oggi non ha dato segni di vita né qui né a livello regionale, fermi ai racconti dell'ing. Monferino sulla FIAT ed i suoi tre soli magazzini nel mondo). La gestione dei prodotti di magazzino secondo criteri industriali può attendere.

Nel frattempo, accanto alla moderna etichetta di "logistica" federale sarà conservata in azienda la struttura complessa del vecchio "economato", che per andare al passo con i tempi si chiamerà "gestione servizi e supporto", unica eccezione alla regola del trasferimento in toto alla federazione delle attività relative all'acquisto beni e servizi e alla gestione tecnica. Così, saranno in definitiva tre le strutture complesse dedicate ad approvvigionamento di prodotti e servizi e alla gestione dei materiali, mentre ora in ASL sono due.

In un sistema così articolato, che non sembra meno dispendioso dell'attuale né potenzialmente più efficiente e qualificato, non passa inosservata quella speculare duplicazione della gerarchia dei poteri nell'organizzazione amministrativa aziendale (direttore amministrativo e corrispondente direttore dipartimento amministrativo) ed in quella federale (amministratore unico di federazione e corrispondente direttore dipartimento di federazione).
Nell'ASL troveranno ancora posto altre due strutture complesse in staff alla direzione generale (programmazione e controllo, servizio di prevenzione e protezione), e chissà che anche a quel livello non si configurino altre funzioni di coordinamento, tenendo della numerosità delle strutture semplici che le accompagnano.
Perché pare evidente che da quelle parti nessuno sia disposto a rimetterci, e non si vede del resto perché qualcuno dovrebbe rimetterci del suo, come se le funzioni amministrative rimaste sul terreno dell'ASL fossero di peso inferiore a quelle decollate nello spazio interaziendale della Federazione.

In questo quadro formato da 2 dipartimenti, 13 strutture complesse ed altrettante strutture semplici, tutte le 6 strutture semplici intorno al cerchio stretto dell'Amministratore della Federazione sono denominate "……". Un vuoto che sarà riempito con gli avanzi, e con ogni probabilità anche da per ora non dichiarabili avanzamenti.
Un disegno a suo modo funzionale, in una gestione autocratica della Federazione e sempre più autoreferenziale del settore amministrativo dell'ASL.

ATTO AZIENDALE ASL

non pervenuto

Immagine dal sito dell'asl To1

Ad oggi, non abbiamo notizie della stesura dell'Atto Aziendale dell'Asl 1, lo stesso sindacato sottolinea il ritardo del confronto almeno su una bozza che riveli intenzioni e programmi della terna manageriale.
Possiamo considerare come unico atto aziendale la chiusura dell'ospedale Valdese e la dichiarazione del trasferimento delle sue attività presso le Molinette e il Martini di via Tofane?

Eleonora Artesio, consigliera regionale di Rifondazione Comunista/Federazione della Sinistra, ha incontrato i direttori generali della Città della salute e della scienza di Torino e della TO1 per verificare lo stato del trasferimento delle attività del presidio di via Silvio Pellico, afferma con chiarezza:

" ***La riorganizzazione dell'ospedale Valdese di Torino si è rivelata essere a tutti gli effetti una sospensione di attività, uno smantellamento effettuato senza una seria programmazione e senza alternative garantite e credibilmente presentate agli utenti*** ".

E in merito alle promesse dell'ex assessore alla sanità, Paolo Monferino, Artesio ribatte:

" ***La Brest Unit di Città della salute o meglio della Città della donna non è affatto sorta: tra l'equipe del Sant'Anna e quella delle Molinette non è stato infatti creato alcun coordinamento, se non per le accettazioni delle pazienti. Altro che volumi di attività simili a quelli dello Ieo di Milano immaginati da Monferino! In questo quadro, anche sulla base dei rapporti di fiducia precedentemente instaurati con i professionisti, le donne si rivolgono al Cottolengo - dove opera il service del Valdese - al quale sarà aumentato il badget per la diagnostica e la chirurgia senologia. Sarebbe interessante conoscere i costi degli interventi al Martini per adeguare gli spazi, delle previsioni sulle future Brest Unit, degli aumenti dei rimborsi al Cottolengo, per capire se la chiusura del Valdese, oltre ai costi sociali che ha già provocato, non rappresenti anche una oggettiva diseconomia*** "

Per quanto riguarda la gastroenterologia, Artesio afferma:

" ***Per dispiegare i suoi effetti, lo spostamento attende il completamento degli spazi di endoscopia al Martini, che potranno garantire un prolungamento di orario, ma solo in futuro. Anche la chirurgia dovrebbe consentire, con l'equipe di 5 medici, un aumento delle sedute di sala operatoria, ma sempre e solo in futuro...*** ".

E che dire dell'oncologia e della cardiologia riabilitativa? Era prevista la loro collocazione presso il poliambulatorio, in contrasto con le linee guida relative alla sicurezza dei pazienti, che prevede lo svolgimento di simili attività in un presidio ospedaliero.

" ***Il risultato è che, dopo aver disseminato l'insicurezza tra i cittadini, le due branche rimarranno, come prevedibile, al Valdese.***
Da qui sarà trasferita invece la struttura Tac in direzione dell'Oftalmico, dove occorre effettuare dei lavori. Ma l'Oftalmico non deve essere spostato all'interno della Città della salute?
In sostanza, ci troviamo di fronte a un risiko imbarazzante, a un'azione affrettata che non si è preoccupata né di assicurare percorsi di cura lineari per i pazienti, né forse di produrre adeguati risparmi per le casse della Regione ".

Eleonora Artesio

SPROFONDO COTA

VIAGGIO TRA I DANNI DELLE POLITICHE REGIONALI SULLA VITA DEI PIEMONTESI

a cura del Gruppo consiliare della Regione Piemonte di Rifondazione Comunista/Federazione della Sinistra

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

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

LA "NUOVA" GIUNTA

La nuova composizione della Giunta regionale risponde alla necessità disperata di cementificare la maggioranza e sopire le turbolenze, ma non apre prospettive di nuova politica.
La delega al personale consegnata a Gianluca Vignale che, in quanto consigliere, si e' distinto per l'accanimento contro la spesa per il personale non lascia ben sperare sulla valorizzazione della pubblica amministrazione. La delega alla sanità assegnata a Cavallera è stata salutata dalla stessa maggioranza come la scelta di un "uomo paziente". Come a dire che dovrà continuare il piano Monferino, ma con spirito di sopportazione in più, come se le obiezioni degli operatori, le preoccupazioni dei sindaci e il disagio dei cittadini fossero turbolenze da subire con rassegnazione e senza sbuffare, per proseguire poi senza nulla recepire.
La nostra opposizione a Monferino non era una questione di stile: è sulle scelte concrete, dalle federazioni al fondo immobiliare, dal taglio ai servizi sanitari alla riduzione della spesa sociale che dissentiamo.
E' la riforma sanitaria che deve essere cambiata, e' il piano di rientro che deve essere rinegoziato.

DELIBERA REVISIONE RETE OSPEDALIERA

PROSEGUONO I TAGLI IN TUTTO IL PIEMONTE

Dopo settimane di tabelle e di simulazioni tra l'applicazione del regolamento Balduzzi e la salsa piemontese dello stesso la sostanza della delibera di riordino della rete ospedaliera assunta dalla Giunta regionale è una conferma delle operazioni chirurgiche annunciate dal piano sanitario e da delibere settoriali come per le emodinamiche in disinteresse rispetto alle osservazioni dei consiglieri anche di maggioranza e soprattutto dei sottoscrittori delle varie petizioni, ancora auditi stamane in commissione mentre la Giunta regionale deliberava.

Alcune decisioni sono già ampiamente di dominio e di conflitto pubblico: la disattivazione del presidio **Valdese** e del **Maria Adelaide** entro il 30 giugno 2013, la "conversione" dei presidi di **Avigliana**, **Giaveno**, **Pomaretto**, **Torre Pellice**, **Venaria** (tra giugno e dicembre 2013), il trasferimento a struttura privata delle attività di **Caraglio** (giugno 2013). Altre sembravano ancora aperte o oggetto di ulteriore esame, come la disattivazione delle emodinamiche all'**Aso San Luigi** e all'**Asl di Moncalieri**.

Alcune sono, se non sorprese, almeno ipotesi che sembravano accantonate come la disattivazione del punto nascita di **Carmagnola** (30/06/2013), di **Domodossola** (30/06/2013), di **Bra** (30/06/2013), di **Tortona** (30/06/2013), di **Acqui Terme** (30/06/2014). Altre sembrano in esplicita contraddizione con recentissime dichiarazioni dell'assessore, ad esempio le disattivazioni delle attività chirurgiche a **Lanzo Torinese** (30/06/2013) che stando alle comunicazioni del Sindaco di Lanzo, dopo un incontro con la Regione, dovrebbero proseguire in forma di chirurgia ambulatoriale con uso delle sale operatorie.

Nella area della post acuzie, per la quale effettivamente il Piemonte avrebbe un'eccedenza di offerta rispetto al parametro nazionale di 0,7 posti letto ogni 1000 (totale -1475 posti letto), non è chiaro il criterio seguito. Il taglio operato, in rapporto ai posti letto attuali tra pubblico e privato accreditato si abbatte sui letti pubblici (-41%, quasi il doppio del privato).

A titolo di esempio, secondo le tabelle consegnate in Commissione, nel quadrante sudest (Alessandria-Asti) si opera un taglio del 28% dei letti pubblici e si consente una crescita del 40% di quelli privati. Nel quadrante sudovest (Cuneo) il taglio dei letti pubblici è quasi del 60%".

I risparmi ipotizzati e da verificare sarebbero di 110 milioni per la rete ospedaliera e 80 milioni sul personale".

14/3/2013

DANNI SOCIALI DALLA GIUNTA COTA

Torino Sud Est

I DANNI GIA' COMMESSI:

> **Valdese** *Disattivazione e trasferimento delle attività presso altri ospedali dell'A.S. Entro il 30/6/2013*

I DANNI IN PROGRAMMA:

> **Maria Adelaide** *Disattivazione e trasferimento presso il presidio CTO entro il 30/6/2013*

> **S. Giovanni Antica Sede** *disattivazione entro il 30/6/2013*

> **Carmagnola** *Disattivazione del punto nascita entro il 30/6/2013*

> **Moncalieri** *Disattivazione dell'emodinamica entro il 30/6/2013*

> **Oftalmico** *Disattivazione e trasferimento a A.O. Città della Salute entro il 30/6/2015*

Torino Nord

I DANNI GIA' COMMESSI:

> **Chivasso** *Disattivazione dell'emodinamica Già effettuata (2012)*

I DANNI IN PROGRAMMA:

> **Lanzo Torinese** *disattivazione delle attività chirurgiche entro il 30/6/2013*

> **Castellamonte** *disattivazione di tutte le attività ospedaliere entro il 30/6/2013*

> **Ciriè** *disattivazione dell'emodinamica entro il 31/12/2013*

> **Cuorgnè** *disattivazione del punto nascita entro il 31/12/2014*

> **Amedeo di Savoia** *trasferimento struttura adiacente al Maria Vittoria entro il 31/12/2015*

Torino Ovest

I DANNI IN PROGRAMMA:

> **Avigliana** *disattivazione di tutte le attività ospedaliere entro il 30/6/2013*

> **Giaveno** *disattivazione di tutte le attività ospedaliere entro il 30/9/2013*

> **Torre Pellice** *disattivazione di tutte le attività ospedaliere entro il 31/12/2013*

> **Venaria** *disattivazione di tutte le attività ospedaliere entro il 31/12/2013*

> **San Luigi** *disattivazione dell'emodinamica entro il 31/12/2013*

> **Pomaretto** *disattivazione di tutte le attività ospedaliere entro il 30/6/2014*

Piemonte Nord

I DANNI GIA' COMMESSI:

> *Est Arona Disattivazione di tutte le attività ospedaliere Già effettuata (2012)*

I DANNI IN PROGRAMMA:

> **Domodossola** *disattivazione del punto nascita entro il 30/6/2013*

> **Domodossola** *attivazione dell'emodinamica ntro il 30/6/2013*

Piemonte Sud

I DANNI GIA' COMMESSI:

> **Ovest Fossano** *disattivazione delle attività chirurgiche già effettuata (dicembre 2012)g*

I DANNI IN PROGRAMMA:

> **Caraglio** *disattivazione attività ospedaliere e trasferimento a Fossano entro il 30/6/2013*

> **Bra** *disattivazione del punto nascita entro il 30/6/2013*

> **Alba-Savigliano** *accorpamento delle emodinamiche entro il 30/6/2015 (collocazione nel nuovo ospedale di Verduno)*

Piemonte Sud Est

I DANNI GIA' COMMESSI:

> **Ovada** *disattivazione già effettuata*

I DANNI IN PROGRAMMA:

> *Valenza disattivazione di tutte le attività ospedaliere già effettuata (febbraio 2013)*

> **Tortona** *disattivazione del punto nascita entro il 30/6/2013*

> **Acqui Terme** *disattivazione del punto nascita entro il 30/6/2014*

- Al Presidente della Regione Piemonte *Roberto Cota*
- Assessore alla Sanità *Ugo Cavallera*
- Assessori della Giunta Regionale
- Consiglieri regionali Regione Piemonte
- Sindaco *Piero Fassino* Città di Torino

In seguito alla delibera di Giunta Regionale del 14-3-2013 n. 6-5519, Regione Piemonte, inerente la riorganizzazione della rete ospedaliera che sancisce la definitiva chiusura di alcuni ospedali e molti servizi importanti per la popolazione piemontese tra cui l'ospedale Maria Adelaide, i cittadini firmatari di questo appello dichiarano la loro contrarietà alla dismissione delle attività di questo importante presidio ospedaliero pubblico.
Si sollecitano, pertanto, i soggetti politici interpellati a riaprire un confronto ed una trattativa che permetta di individuare una soluzione capace di non sprecare le ingenti risorse investite in questa struttura e la recente riconversione effettuata su indicazioni regionali, sia in termini di denaro pubblico che di competenze e risorse umane al fine di non perdere la quantità e la qualità dei servizi erogati.

CHIUSURA DEI LUOGHI DELLA SALUTE TOCCA ALL'OSPEDALE MARIA ADELAIDE

Spiegate a noi e ai cittadini le motivazioni, se ne avete!

Il 18 Marzo 2013, si è tenuta presso il Presidio M. Adelaide l' Assemblea dei Lavoratori con all'ordine del giorno la discussione dei contenuti della Delibera di Giunta Regionale di"Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)".

I Lavoratori e le OO.SS. presenti hanno condannato fermamente sia le modalità di redazione della DGR, avvenuta senza alcun confronto preventivo, sia i contenuti della stessa che di fatto ridimensiona ulteriormente il Servizio Sanitario Regionale mettendo in discussione la qualità e quantità dei servizi e la fruibilità delle cure da parte di tutti i Cittadini Piemontesi.
In particolare, senza nessun preavviso e confronto, si rimettono in discussione (dichiarandone la chiusura) tutte le attività svolte egregiamente dal presidio Maria Adelaide.
L' Assessore non ricorda che l'attività del Presidio in discussione è stata riconvertita ed integrata in modo complementare a quella del CTO. Infatti, come da accordo del 2011, si è provveduto a ridisegnare l'attività per intensità di cure, attraverso un grande sforzo riorganizzativo che ha visto coinvolte tutte le professionalità presenti. I risultati sono riscontrabili e verificabili, diminuzione delle liste di attesa, miglioramento del percorso del paziente, aumento degli interventi chirurgici di bassa e alta intensità, aumento dell'attività ambulatoriale. Citiamo solo alcuni degli elementi che sono ormai punto di forza di un'organizzazione fortemente voluta che ha determinato ancor di più miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure.
Tutto quanto sopra descritto SENZA beneficiare di aumento del personale e determinare aumento dei costi.
Per le motivazioni sopra descritte il personale tutto e le OO.SS. dichiarano l' inasprimento dello stato d'agitazione e la calendarizzazione di tutta una serie di iniziative finalizzate al ritiro immediato della disposizione di chiusura del Presidio. Tale imposizione scaturisce esclusivamente da esigenze di cassa e non ha alla base nessun ragionamento serio che imporrebbe invece di considerare la salute come bisogno primario dei Cittadini.

Gerardo Scotellaro
CGIL - FP CTO/M. ADELAIDE

.....e dirlo prima?

Adesso è troppo facile, si fa bella figura senza aver fatto niente di concreto per opporsi!

voci nel deserto?

Siamo un gruppo di operatori della sanità e assistenza.

Alcuni di noi sono delegati sindacali RSU. Il nostro manifesto - appello è rivolto a tutti quelli che vogliono difendere e riaffermare i principi sopracitati. L'idea è quella di costruire un grosso movimento come quello che si è espresso nei movimenti per la difesa dell'acqua pubblica, della scuola pubblica, contro la costruzione di opere inutili e dannose come il TAV, contro gli inceneritori e in generale verso la difesa dei BENI COMUNI. Apriremo una pagina WEB dove raccogliere le adesioni al nostro movimento "Sanità e Assistenza Bene Comune"

Nella nostra regione la situazione si sta deteriorando sempre più.
La salute è un enorme business. Da questo punto di vista il Piemonte apre la pista a tutte quelle forze imprenditoriali che non vedono l'ora di mettere le mani su una bella fetta di denaro pubblico.
I processi di mobilità sono in corso d'opera e stanno già creando notevole confusioni: si accentrano delle funzioni su alcuni dipendenti "federati" e le si tolgono ad altri.
L'allargamento dell'uso della libera professione, introdotta con la scusa di ridurre le liste di attesa, si è rivelata uno strumento di stridente ingiustizia creando due canali di accesso alle prestazioni.
Le cooperative sociali piemontesi subiscono incredibili ritardi nei pagamenti da parte della Pubblica amministrazione col rischio di mettere a repentaglio la loro stessa sopravvivenza con possibili, pesanti conseguenze sia in termini di occupazione che di servizi erogati.
Di fronte a questa drammatica realtà la Regione pensa di rispondere azzerando l'assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti e prevede che potranno accedere alle prestazioni solo le persone con ISEE inferiore a 15.000 euro.

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

Corso OSS

Dopo 10 mesi nessuna risposta!

Al Presidente del Consiglio regionale del Piemonte

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

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

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

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

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

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

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

30 Marzo 2012 PRIMO FIRMATARIO *Eleonora Artesio*

Cosa possiamo fare? Intanto informarci con cognizione su quanto succede

Sapete cosa succederà alla Sanità in Piemonte?

Viene da chiedersi perché, con la D.G.R. 16 gennaio 2012, n.1-3267, è stato affidato un incarico di collaborazione esterna ad elevato contenuto professionale al dott. Ferruccio Luppi, per una spesa per l'anno 2012 di 100.000 euro annui, rinnovato di recente, a supporto della Giunta per ridurre l'attuale indebitamento, anche attraverso strumenti per "accelerare le politiche di riqualificazione della spesa corrente, dismissione di società partecipate, valorizzazione degli asset patrimoniali", in relazione particolarmente al Fondo Comune di Investimento Immobiliare per l'attuazione del piano di alienazioni e di valorizzazioni del patrimonio immobiliare promosso dalla Giunta stessa.

Può contribuire a darsi una risposta sapere che il dott. Ferruccio Luppi dal 2010 è Presidente di Générale de Santé, gruppo ospedaliero che opera nel settore della sanità privata con 110 strutture di cura e oltre 23mila dipendenti in Francia. E' inoltre membro del CdA di IDeA FIMIT, l'SGR (Società di Gestione del Risparmio, N.d.A.) immobiliare italiana leader in Europa con allo stato 9,5 miliardi di euro di masse in gestione e 24 fondi gestiti (di cui 5 quotati). Nel 2011 IDeA Fimit ha realizzato commissioni di gestione totali pari a Euro 58,4 milioni e si posiziona come uno dei principali interlocutori presso investitori istituzionali italiani e internazionali nella promozione, istituzione e gestione di fondi comuni di investimento immobiliare chiusi.

In questo secondo curriculum la sanità appare, ma pericolosamente accostata alla finanza: si comincia a capire dove si vuole andare a parare, anche se, trattandosi appunto di cosa pubblica, per farlo ci vuole il conforto della legge.

Ed ecco infatti che con la L.R. 28 marzo 2012, n. 3, all'art.1, comma 3, riportante "Costituzione nuove aziende sanitarie", vengono istituite le Federazioni Sovrazonali (forme di coordinamento sovrazonale e di integrazione funzionale dei servizi), sei nuove Società Consortili a Responsabilità Limitata di diritto privato (sic!) a cui devono aderire tutte le Aziende sanitarie regionali per svolgere funzioni di piani di acquisto annuali e pluriennali di approvvigionamento beni, gestione, dei magazzini, della logistica, sviluppo e gestione delle reti informative, programmazione degli investimenti, gestione delle tecnologie sanitarie, gestione e organizzazione dei centri di prenotazioni, gestione degli affari legali.

Mentre con l'art. 7 della L.R. finanziaria 4 maggio 2012, n. 5 viene stabilito che gli immobili costituenti il patrimonio edilizio della Regione, diviso in due asset (FIR, patrimonio edilizio regionale, e FIS, patrimonio edilizio sanitario), rientrano nel Piano di alienazione e valorizzazione, per cui diventano patrimonio disponibile da conferire a Fondi Comuni di Investimento Immobiliari, promossi e partecipati dalla Giunta regionale (!) e da altri Enti Locali. Proprio la stessa valorizzazione e lo stesso Fondo Comune di Investimento Immobiliare per curare i quali è stato incaricato il suindicato Luppi.

Ormai anche il meno smaliziato degli osservatori sa che, quando si parla di "valorizzare" e di "investire" in relazione alle politiche pubbliche, si intende una sola cosa: vendere per - così si dice - alleggerirsi di strutture certo di onerosa manutenzione, per far cassa, per disporre dei soldi ormai introvabili da destinare, o così si lascia intendere, a tornare alla collettività (che ricordiamoci essere la proprietaria di ciò che viene destinato al mercato) sotto forma di un miglioramento delle prestazioni, attualmente sempre più manchevoli a causa di un ben preciso disegno di progressivo impoverimento di risorse umane e strumentali.

Non stupirà perciò di scoprire che il progetto di alienazione e valorizzazione del patrimonio immobiliare della Regione Piemonte, con relativo cronoprogramma, viene illustrato dall'Assessore Monferino in una riunione a Venaria il 2 Novembre 2012, corredato da una relazione stabilita dall'Assessorato al Bilancio da cui si evince che l'unico interesse alla dismissione risiede nel valore immobiliare e nella potenziale redditività e per nulla affatto in quello che rappresenta il core della

CONTINUA A PAG. 15

Con questo articolo inauguriamo una serie di reportage sullo stato della Sanità e dei Servizi socio-assistenziali nella nostra Regione. La logica vorrebbe che le prospettive future venissero trattate come ultimo capitolo, dopo aver illustrato come vanno e soprattutto come non vanno le cose, per delineare magari piani di azioni a scopo migliorativo, invece noi faremo esattamente il contrario e cominceremo a raccontarvi cosa succederà. Il motivo è semplice: c'è pochissimo tempo per sapere e per agire, perché la Sanità pubblica piemontese stessa ha pochissimo tempo davanti a sé.

Associazione Altritasti
www.altritasti.it

Cavallera assessore alla sanità

CONTINUA DA PAG. 14

Sapete cosa succederà?

Sanità, e cioè le prestazioni sanitarie, cliniche e scientifiche, più o meno qualificate, che vi si fanno all'interno.

Per precisare ulteriormente il focus principale, del patrimonio sanitario si illustrano unicamente i servizi di pulizia, manutenzione, custodia, posta interna, bar, etc.: il fatto che in quei posti l'attività principale sia curare e salvare vite umane non pare avere alcun rilievo.

La tempistica indicata è stringente, la ricognizione è già stata condotta mobilitando tutti i servizi e tecnici e patrimoniali delle ASL e delle AO, che hanno prodotto i seguenti dati macro: gli ospedali e le altre strutture sanitarie in senso stretto constano di 45 immobili, cioè 1,4 milioni di mq di fabbricati, cui si devono aggiungere 38 milioni di mq di terreni agricoli e 560 alloggi per un totale di oltre 54.000 mq.

L'alienazione di tutto ciò attraverso il conferimento a una SGR è prevista per la fine del mese di aprile 2013.

E' evidente che l'immissione di un simile quantitativo di beni sul mercato non potrà che farne precipitare il prezzo con la conseguente SVENDITA DEL PATRIMONIO, che una volta alienato a favore di privati che lo avranno praticamente avuto in regalo, dovrà immediatamente essere riaffittato per continuare a svolgerci le attività sanitarie, laddove queste vengano ancora considerate core.

E questo condurrà ad un collasso economico, la Regione, che infatti nella già citata L.R. finanziaria 4 maggio 2012, n. 5, all'art. 9 ("Riduzione delle locazioni passive"), precisa che :

" E' fatto divieto assoluto di dare corso alla stipulazione, ovvero al rinnovo anche tacito, di contratti di locazione passiva in assenza di previa verifica di indisponibilità, allo scopo, di beni demaniali o patrimoniali della Regione".

Dunque è ben presente alla Regione quali oneri risultino dalle locazioni passive: che genere di affare si può quindi prospettare nel breve termine per i bilanci della Sanità una volta che ci si dovrà caricare degli affitti per continuare ad esercitarla nelle vecchie strutture che non saranno più di nostra proprietà.

In sintesi:

1. la strategica sequenza degli atti normativi;

2. l'oculata scelta di chi gestisce l'operazione immobiliare e addirittura ne stima il prezzo a nome del probabile/possibile futuro acquirente e la condivisione di appartenenza e affiliazioni lavorative con l'Assessore, che configurano un eclatante caso di conflitto di interessi multiplo e pervasivo;

3. la decisione di alienare tutto insieme un patrimonio, che in questa quantità non potrà che risolversi in un "regalo";

4. l'aver, fin dalla sua iniziale concezione, reso di diritto privato le Federazioni Sovrazonali, a cui sarà affidata tutta la futura partita gestionale e degli acquisti (una anomalia contro cui si sono di recente pronunciati anche due Ministeri, senza tuttavia approdare per il momento ad alcun risultato concreto);

5. il carico di oneri passivi che deriverà successivamente quando gli immobili dovranno essere di nuovo riaffittati per poter svolgere l'attività sanitaria sono indizi inequivocabili di una mostruosa distorsione delle finalità della Sanità pubblica, attraverso il passaggio immediato e non più reversibile ad una sanità privata, al di fuori di qualsiasi preventivo progetto, senza controlli o vigilanza di alcun tipo di parte pubblica.

Questa operazione appare come una efferata speculazione immobiliare, ben orchestrata da una quinta colonna all'interno delle istituzioni regionali, a doppio danno della collettività: da un lato, con l'esproprio forzoso di ingenti e preziosi beni pubblici, dall'altro con la completa scomparsa del Servizio Sanitario Regionale.

Un impoverimento colossale che pagheremo con i soldi delle nostre tasse e con la possibilità di ottenere prestazioni sanitarie, che si ridurrà drasticamente per chi non potrà permettersi di pagare le nuove tariffe o di sottoscrivere assicurazioni private - e sulla disponibilità generale di denaro in questi tempi non è necessario aggiungere nulla.

Cosa possiamo fare?

1) far circolare questo documento tra i nostri contatti, sui luoghi di lavoro e in tutti i gruppi e associazioni di cui **facciamo parte;**

2) prendere parte alle occasioni informative su cui vi ragguaglieremo tempestivamente e, come con il documento, invitare quante più persone a prendervi parte;

3) impegnarci in prima persona a migliorare la Sanità e i Servizi, segnalando ciò che funziona e ciò che non funziona prima di tutto a chi eroga le prestazioni e in un prossimo futuro a noi (mail: giuliana.cupi@teletu.it), che abbiamo in animo di realizzare un monitoraggio delle stesse: lamentarsi in privato costituisce un comprensibile, ma sterile sfogo, puntualizzare le cose nella sede opportuna può influire anche in modo decisivo su eventuali cambiamenti.

La Sanità, come ogni bene comune, appartiene a tutti noi, il che comporta il diritto di esigere trattamenti appropriati, ma anche il dovere di assumersi la responsabilità del suo andamento in prima persona.

Giuliana Cupi.

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

L'inciviltà dell'obiezione di coscienza riguarda l'80% dei ginecologi nel sud e il 70% nel nord

194: se l'obiezione di coscienza diventa omissione di coscienza

E' notte e nel reparto di ostetricia e ginecologia di un ospedale della provincia di Pordenone una donna sta molto male dopo l'intervento per l'interruzione volontaria di gravidanza. L'ostetrica teme un'emorragia e chiede inutilmente l'intervento della dottoressa in turno. La donna però si appella all'obiezione di coscienza da cui si sente tutelata. Alla fine deve intervenire il primario del reparto che presta soccorso alla paziente.

Il 2 aprile la sesta corte penale della Cassazione ha condannato a un anno di reclusione e all'interdizione dall'esercizio della professione medica la dottoressa che quella notte rifiutò di dare le cure mediche alla paziente ricoverata. La Suprema Corte ha infatti ritenuto che l'obiezione di coscienza riguardi solo la fase dell'intervento chirurgico fino all'espulsione del feto e della placenta, non i momenti precedenti o successivi l'interruzione di gravidanza.

Fino a questa sentenza, l'estensiva interpretazione dell'articolo 9 della 194 che prevede l'obiezione, ha lasciato molte donne prive di assistenza medica negli ospedali italiani prima o dopo aver abortito, fino al verificarsi di situazioni assurde come l'obiezione dei portantini e di quegli infermieri che nemmeno intervengono nell'iter dell'Ivg.

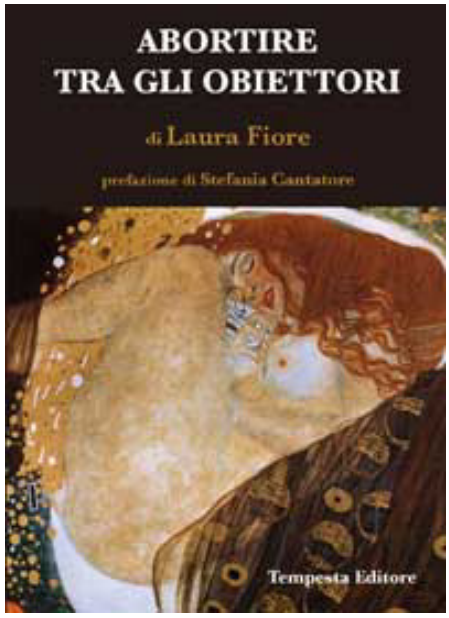
Nel libro "Abortire tra obiettori" (di Laura Fiore, Tempesta editore) sono raccontate situazioni in cui viene leso il diritto delle donne, umano prima che legale, di ricevere assistenza medica e insieme a esso viene tolta ogni dignità e rispetto. Nell'ottundimento delle coscienze, sta avvenendo in Italia una sorta di moderna inquisizione contro le "streghe" che abortiscono.

L'obiezione di coscienza ormai riguarda l'80 per cento dei ginecologi nel sud Italia e il 70 per cento nel nord. Se non ci saranno risposte politiche adeguate, nelle strutture pubbliche italiane tra meno di cinque anni non sarà più possibile ricorrere all'aborto legale. Se così fosse si riaprirebbe lo scenario ipocrita e discriminatorio degli anni che hanno preceduto la legge 194: le donne con possibilità economiche potranno abortire all'estero o in strutture private, quelle meno abbienti dovranno ricorrere all'aborto clandestino, esporsi a rischi di salute e di vita. Le precarie, le immigrate, le meno abbienti torneranno a morire di aborto (e ci sono già casi tra le immigrate).

Riguardo questo problema non c'è stata nessuna risposta politica. Nonostante i rischi per la salute delle donne, le uniche iniziative istituzionali hanno riguardato i compromessi fatti sulla pelle delle donne con i movimenti contro l'aborto legale (diamogli finalmente l'esatta denominazione) che chiedono di entrare nelle strutture pubbliche dove si pratica l'Ivg. Sono seguiti attacchi ai consultori – come sta avvenendo da anni nel Lazio – o protocolli per migliorare l'iter dell'Ivg che non affrontano il problema dell'obiezione di coscienza quando più che il diritto di una scelta individuale, diventa ostacolo all'applicazione della 194 e al diritto di scelta delle donne. Le difficoltà sono soprattutto per l'aborto terapeutico per le malformazioni del feto. Le donne sono costrette a recarsi da una struttura sanitaria all'altra, mentre le liste e i tempi di attesa si allungano, e il tempo è poco, e i ginecologi che applicano la 194 sono lasciati soli con un enorme carico di lavoro.

Sul problema della mancanza di regolamentazione del numero di medici obiettori, sono impegnati da anni i ginecologi della Laiga che hanno affiancato l'Ippf nel ricorso al Comitato europeo per i diritti sociali (Consiglio d'Europa). In attesa che l'Europa si pronunci (ci vorranno circa 18 mesi), questa sentenza della Cassazione ha fatto almeno luce su quanto avvenuto quella notte a Pordenone quando l'obiezione di coscienza è divenuta un'omissione di coscienza.

Nadia Somma
Mario De Maglie



4/4/2013 www.ilfattoquotidiano.it

un medico obiettore non può rifiutare le cure

Non importa che sia obiettore o meno. Un medico non può comunque rifiutarsi di prestare cure ad una paziente sottopostasi ad aborto volontario. A metterlo nero su bianco è la Cassazione, che ha confermato la condanna, emessa lo scorso dicembre dal Tribunale di Trieste, a un anno di carcere e interdizione della professione medica ad una dottoressa della provincia di Pordenone, la quale si è macchiata di omissione di atti d'ufficio.

Il medico, infatti, la sera in cui la paziente s'è sottoposta all'interruzione volontaria di gravidanza, aveva rifiutato di visitarla e assisterla, nonostante le richieste dell'ostetrica presente che temeva un'emorragia. Immediatamente contattata dal primario e dal direttore sanitario, i quali le avevano ordinato di intervenire, il medico aveva continuato a non prestare assistenza, avvalendosi dell'obiezione di coscienza. A salvare la paziente era stato dunque il primario, giunto all'ospedale d'urgenza.

La difesa del medico incriminato si è appellata all'interpretazione dell'articolo 9 della legge 194, secondo cui un medico può rifiutarsi di intervenire durante tutto il procedimento relativo all'aborto, fino all'espulsione della placenta.

Ma, la sesta sezione penale della Cassazione, con la sentenza depositata, ha chiarito una volta per tutte: la legge 194 "esclude che l'obiezione possa riferirsi anche all'assistenza antecedente e conseguente all'intervento, riconoscendo al medico obiettore il diritto di rifiutare di determinare l'aborto (chirurgicamente o farmacologicamente), ma non di omettere di prestare assistenza prima o dopo" poiché è tenuto ad "assicurare la tutela della salute e della vita della donna, anche nel corso dell'intervento di interruzione di gravidanza".
Di conseguenza, "non esonera il medico dall'intervenire durante l'intero procedimento".

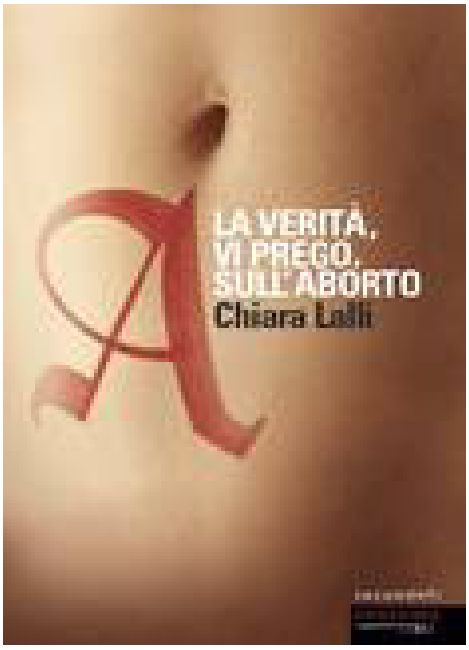
www.articolotre.com

Legge 194: sentenza della Cassazione

La sentenza riguarda un medico che si rifiutò di prestare soccorso ad una paziente sottopostasi a interruzione di gravidanza, la Cassazione chiarisce le condizioni dell'obiezione di coscienza nell'ambito della legge 194.

Dell'aborto non si deve parlare.

Quando se ne parla, lo si fa generalmente attraverso luoghi comuni, come quello che afferma che tutte le donne che hanno abortito riportano gravi conseguenze psicopatologiche. La supposta ineluttabilità della sindrome post-abortiva viene ora affrontata da Chiara Lalli, insieme a molti altri aspetti dell'interruzione volontaria di gravidanza, nel volume "A. La verità vi prego sull'aborto".



INTERNI DI SANITA'

Temi di etica clinica e politica sanitaria

Quando è lecito e possibile interrompere una terapia? Quando è possibile e lecito interrompere un supporto invasivo / mininvasivo (nutrizione parenterale, peg, sondino ng…)? Quale è la reale differenza nella gestione di un paziente cronico-terminale ma instabile rispetto ad un paziente gravissimo e acuto?
Quando saranno definiti i criteri per condurre i pazienti in hospice (o domiciliare palliativa)?
Quale reale supporto anche psicologico viene dato ad una famiglia per accompagnare il malato ad una morte dignitosa?
Quanti mesi di vita-sopravvivenza minimi il medico deve assicurare ad un paziente gravissimo con una terapia costosa e/o sperimentale?
Quando un intervento clinico diventa accanimento?
Quando un paziente può essere affidato alla "sola" assistenza personale umana e il medico, e il servizio sanitario, può astenersi dal proseguire un intervento clinico terapeutico sostanzialmente inutile?
Come convincere i parenti che è finita anche se questi ripongono nell'ospedale le loro speranze e non comprendono che tutto sta per fermarsi?
Come definire i confini di questo tipo di interventi quando il paziente non può comprendere?
Come riuscire a far incontrare i punti di vista dei professionisti infermieri e medici quando questi nelle rispettive ragioni corrono paralleli e non riescono a convergere?
Questi e molti altri interrogativi che lascio alla discussione etica e normativa rappresentano il substrato per nuove e attuali tematiche scientifiche:
- La ricerca assicura ormai un guadagno qualiquantitativo di vita e di sopravvivenza;
- I costi delle nuove terapie e tecnologie sanitarie lievitano in maniera tanto rapida e in misura tanto onerosa da contrastare ogni piano di rientro sanitario.

Con il presente articolo non intendiamo ne possiamo risolvere alcuna delle questioni che abbiamo messo sul tavolo ma vogliamo aprire alla coscienza e alle valutazioni di politica ed economia sanitaria quello che sta per rappresentare il nostro prossimo futuro di professionisti e un giorno speriamo lontano di malati e di anziani.

La ricerca in campo sanitario, in mano a poche nazioni e a poche multinazionali, offre a prezzo sempre maggiore le proprie soluzioni farmacologiche e tecnologiche. L'industria del farmaco e delle tecnologie sanitarie è ormai più potente dell'industria bellica. La lotta contro la natura e per una maggiore sopravvivenza è condotta in nome dell'umanità, ma non tutti gli esseri umani possono permettersi adeguate cure.

Questa situazione nota da decenni pesa come un macigno sugli esseri umani. La scienza è al servizio dell'industria (e questo per molti versi è normale) ma dimentica,vuole dimenticare, la prevenzione genetica, individuale, ambientale per la scarsa attrattiva in termini di ritorno economico e in termini di implicazioni etiche, religiose, culturali.
Ma il fatto è che i costi delle nuove cure e della diagnostica sono sempre maggiori e le risorse economiche dei sistemi sanitari e dei singoli individui sono in esaurimento.
È lecito quindi pensare che in assenza di una maggiore, stringente regolamentazione, di una ricerca indirizzata per obiettivi condivisi, e soprattutto in assenza di una adeguata prevenzione e di solide linee guida presto le cure saranno solo per pochi rispetto alla moltitudine e complessità di bisogni e bisognosi.
Sono recenti gli appelli europei ad una ulteriore maggiore compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria, perché un sistema sanitario soprattutto quello italiano pubblico e gratuito potrà essere sopraffatto dalla spesa.

La logica imporrebbe un ripensamento organizzativo e normativo coinvolgendo le categorie di professionisti e i gruppi di auto aiuto dei malati, un maggior supporto alle scelte terapeutiche lasciate invece al singolo medico o alla singola

CONTINUA A PAG. 19

Temi di etica CONTINUA DA PAG. 18

équipe, ma questo non viene attuato che in maniera approssimativa, incompleta, spesso arrogante da parte della politica, attenta agli aspetti formali della spesa, ma soprattutto al disegno elettorale.

D'altro canto non esiste alcuna presa di posizione globale, altro che nei grandi inapplicabili principi di buona umanità, e il dibattito si confonde tra imprecisioni tecniche, pseudo analisi di carattere etico-religioso, pressioni da parte delle aziende, delle emozioni e della magistratura.

Coloro che sono impegnati nel quotidiano nella lotta contro la sofferenza, e gli stessi malati, sono lasciati a se stessi. La politica invece dovrebbe impegnarsi ai vari livelli.

A livello internazionale la ricerca in campo sanitario e l'industria connessa non possono esse lasciate libere nel libero mercato ma condizionate ad un comportamento etico sia sotto l'aspetto scientifico che economico.

A livello nazionale con strutture sanitarie ripensate sui bisogni dei malati riorganizzando i servizi con differente composizione delle risorse, umane rivolte maggiormente all'aspetto tecnico sanitario e meno a quello amministrativo burocratico con rielaborazione di piani territoriali compatibili con le varie realtà. A livello locale rielaborando i piani sanitari e formativi per favorire l'accesso ai vari livelli e non a rendere i percorsi sempre più difficili e distaccati dalla realtà.

Il modello attuale dei servizi sanitari è quello aziendale ad hodling gestoria (o gestionale), preoccupandosi apparentemente delle grandi strategie ma rendendo il lavoro dei professionisti della salute sempre più difficile, favorendo la alta managerialità di gestione e disperdendo le più importanti e fondamentali ricchezze intellettuali e operative che ogni singolo professionista è in grado di offrire se messo nelle migliori condizioni di lavorare. In pratica in tutto questo coacervo di problemi i nostri Amministratori cosa fanno?

Diminuiscono i posti letto per acuti sbriciolando le strutture intermedie di gestione operativa con logiche incomprensibili. Diminuiscono i posti letto per lungodegenti e postacuzie disarticolando la continuità assistenziale, non tenendo conto dell'ingorgo che presto si verificherà nelle strutture per acuti.

Riducono le risorse alle strutture assistenziali post ricovero nella impercorribile ipotesi di aumentare la assistenza domiciliare quando i destinatari delle strutture residenziali in genere sono i soli, gli abbandonati, i difficili, il cui carico assistenziale di tipo familiare domiciliare è di fatto impossibile.

Impostano una politica di riduzione della spesa del farmaco, dei presidi sanitari, della diagnostica, a fronte di una ingestibile crescita dei costi dei prodotti materiali alla fonte o a livello di filiera, il tutto, spesso, esternalizzando al sistema i servizi, raddoppiando quindi certamente gli oneri organizzativi e burocratici, oltre che disperdendo al di fuori del sistema sanitario in senso stretto le risorse professionali e quelle economiche.

Mi sorge spontanea una domanda: quando cominceremo tutti a ragionare seriamente per trovare soluzioni agli enormi problemi che coinvolgono il lavoro, la vita e la salute di tutti noi?

Roberto Bertucci

2 milioni di anziani tagliano i farmaci

9 milioni di italiani nel 2012 sono stati costretti a rinunciare ad accedere a prestazioni sanitarie per motivi economici.

La crisi economica svuota i portafogli ma fa male anche alla salute. Soprattutto quella dei più anziani. Il 20% dei 9 milioni di italiani che secondo il Censis lo scorso anno sono stati costretti a rinunciare ad accedere ad alcune prestazioni sanitarie per motivi economici, è infatti over 65. Anziani che, sempre per la crisi, hanno ridotto anche l'acquisto di farmaci pagati direttamente di tasca propria. E' quanto emerge da un rapporto aggiornato del Censis.

Costrette a rinunciare ad alcune prestazioni, soprattutto quelle persone con meno risorse, che vivono in condizioni socio-economiche più difficili: ben il 40% dei 9 milioni totali. Le cure che più spesso vengono rimandate per mancanza di soldi sono: le prestazioni diagnostiche e le visite specialistiche.

In sostanza, come spiega l'esperta del Censis, "sono state costrette a rinunciare alle cure proprio quelle persone che ne hanno più bisogno, che sono poi le stesse che quando sono costette a sottoporsi a qualche esame, visita o cura, si sono rassegnate alle lunghe liste di attesa in strutture pubbliche o convenzionate, mentre in altri tempi avrebbero fatto ricorso alle strutture private, pagando interamente di tasca propria la prestazione".

(*Adnkronos Salute*)

corso di formazione per i RLS

La prevenzione nei luoghi di lavoro

Al fine di tratteggiare l'attuale approccio alla prevenzione nei luoghi di lavoro in Italia ci riferiamo al quadro legislativo, agli indirizzi disciplinari e alle pratiche correnti. Commentando le norme vigenti, le proposte delle discipline interessate e le pratiche diffuse nei luoghi di lavoro non potremo esimerci dall'esprimere il nostro punto di vista, il che ci condurrà a una valutazione critica. Ci permetteremo quindi, per l'economia di questo testo, di richiamare scritti precedenti in cui abbiamo trattato con maggior dettaglio i vari punti, e argomentato in modo più approfondito la nostra critica.

Il quadro legislativo

Le norme attualmente vigenti, "in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", sono contenute nel d.lgs. 81/2008, modificato dal d.lgs. 106/2009. (.....)

La direttiva 89/391 definisce la prevenzione come "il complesso delle disposizioni o misure prese o previste in tutte le fasi dell'attività nell'impresa per evitare o diminuire i rischi professionali" (art. 3, d). Essa quindi stabilisce (art. 6) un ordine gerarchico delle misure da adottare: anzitutto "evitare i rischi", poi "valutare i rischi che non possono essere evitati", "combattere i rischi alla fonte", ecc. Il decreto italiano 626/1994 aveva trasposto questo ordine di misure di tutela con l'art. 3, benché in modo meno chiaro, e indicando prima la valutazione dei rischi, poi la loro "eliminazione" e "riduzione alla fonte", ma conservava (art. 2) la definizione della prevenzione enunciata dalla direttiva: una prevenzione concepita eminentemente come primaria, cioè rivolta a evitare i rischi e a combatterli alla radice, prima che si manifestino nei luoghi di lavoro.
La prevenzione disegnata da questa definizione è inoltre generale, riguardante l'intera situazione di lavoro; e ciò è peraltro confermato, direttamente o indirettamente, da altre prescrizioni della direttiva e del decreto 626/1994. Infine, la direttiva (art. 6, c. 2, g) e il decreto italiano (art. 3, c. 1, d) prescrivono che la prevenzione deve essere programmata, cioè concepita anticipatamente e in termini generali, e integrata nella concezione delle situazioni di lavoro.

Nel decreto 81/2008, invece, la prevenzione primaria appare totalmente rimossa. La prevenzione è ancora definita (art. 2, n) come il complesso delle misure "per evitare o diminuire i rischi professionali", ma tali "misure generali di tutela" (art. 15) iniziano con la valutazione dei rischi, non v'è alcuna traccia della prescrizione di evitare i rischi. La valutazione, poi, è limitata ai "rischi presenti" dall'articolo dedicato alle definizioni (art. 2, q). La definizione di prevenzione, inoltre, aggiunge, rispetto alla direttiva europea e al decreto 626/94, che si deve trattare di misure necessarie "secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica" - il che può essere interpretato in senso limitativo -, mentre cancella che si deve trattare di misure "prese o previste in tutte le fasi dell'attività nell'impresa" - cioè la dimensione primaria e la dimensione generale della prevenzione. Parimenti il programma della prevenzione, che integra "le condizioni tecniche produttive dell'impresa" (art. 15, b) non corrisponde alla prescrizione della prevenzione programmata e integrata nella concezione delle situazioni di lavoro delle norme abrogate e della direttiva comunitaria.

Si può verificare, peraltro, che quando il decreto 81/2008 parla di rischi (si veda anche, per es., gli art. 9, 18, 25, 26, 28, 32, 34, 36, 41, 44), si riferisce solo a "rischi presenti" o "esistenti", all'"esposizione ai rischi", alla "gestione dei rischi". La deviazione da una visione rivolta alla prevenzione primaria verso un quadro di prevenzione secondaria - che cerca cioè di fronteggiare rischi esistenti nella situazione di lavoro - è chiara e netta nelle norme

CONTINUA A PAG. 21

 CONTINUA DA PAG. 20

vigenti, e si può pertanto dubitare del loro "rispetto delle norme comunitarie".
(.....)

Infine, le norme vigenti non implicano alcun obbligo di analisi del lavoro a fini di prevenzione. Il percorso che conduceva alla valutazione dei rischi e alla programmazione della prevenzione, secondo la direttiva comunitaria e la sua trasposizione nell'ordinamento nazionale, presupponeva chiaramente quest'obbligo, che poteva essere considerato l'innovazione più rilevante di tali norme. La prevenzione era concepita, si è visto, come prevenzione primaria, generale, programmata, e integrata nella concezione del lavoro. Essa doveva basarsi su una valutazione generale ed esaustiva, fondata oggettivamente su criteri documentati, di forma iterativa, rivolta al miglioramento continuo della complessiva situazione di lavoro e di ciascuno dei suoi aspetti. Ciò presupponeva una analisi e un intervento nella situazione di lavoro per il controllo della salute e della sicurezza dei lavoratori. In tal senso si poteva parlare di un obbligo di analisi del lavoro introdotto dalla legge (Maggi, 1997; 2003: II, 4). E questo, peraltro, era il riconoscimento dei risultati di innumerevoli ricerche di psicologia e sociologia del lavoro, o d'ergonomia.

Gli indirizzi disciplinari

La medicina del lavoro è stata fondata a Milano all'inizio del XX secolo da Luigi Devoto, che - indicando il lavoro come il "vero paziente" - proponeva una disciplina con intenzioni nettamente preventive. Benché in effetti divisa nel corso della sua storia tra l'attenzione alle malattie professionali e l'intervento sul lavoro, la medicina del lavoro italiana ha sempre coltivato un reale impegno negli ambienti lavorativi e la loro diretta conoscenza. Una stretta collaborazione con i delegati sindacali nelle fabbriche data dagli anni 1970, e una rilevante esperienza delle situazioni di lavoro si è sviluppata tra i

medici impegnati nelle unità multidisciplinari delle unità sanitarie locali del Servizio Sanitario Nazionale istituito con la legge n. 833 del 1978.

Malgrado questi tratti caratteristici, tuttavia, la medicina del lavoro italiana non ha saputo accogliere la capacità di ascolto di stimoli provenienti da altri campi di studio, riguardanti l'analisi dei processi di lavoro rivolta alla prevenzione, che qualcuno dei suoi rappresentanti aveva ben mostrato (Grieco, 1990; Rulli, 1996). Essa ha invece recepito, nel corso del tempo, indicazioni delle discipline ingegneristiche sui procedimenti di trasformazione industriale, nozioni della visione tayloristica del lavoro, la proposta sindacale di classificazione dei "fattori di nocività", i messaggi della psicologia sociale funzionalista sull'informale, la flessibilità, la discrezionalità, la soddisfazione. E' ben vero che Per quanto riguarda, in particolare, la prevenzione nei luoghi di lavoro, l'interpretazione corrente delle norme riconosce che il datore di lavoro deve adottare i dispositivi tecnologici più sicuri tra quelli disponibili, ma non considera con uguale attenzione le conseguenze delle scelte riguardanti l'organizzazione sulla sicurezza - e ciò anche nella giurisprudenza (come è messo in evidenza da Guariniello, 1997). Tuttavia una parte della dottrina sostiene l'obbligo di rispettare, con le scelte organizzative, il bene fondamentale della salute dei lavoratori (si veda ad es. Montuschi, 1976/1989; Lai, 2006).
Il modo di concepire l'organizzazione ha dunque un impatto fondamentale sull'atteggiamento sia della dottrina sia della giurisprudenza nei confronti dei problemi della prevenzione nei luoghi di lavoro. Ora, da un lato l'organizzazione è vista come una "entità" (un insieme di persone, di luoghi, di strumenti, di capitali, ecc.), il che impedisce di comprendere l'"azione organizzatrice" che configura la situazione di lavoro, ivi comprese le conseguenze

CONTINUA A PAG. 22

La prevenzione nei luoghi di lavoro

CONTINUA DA PAG. 21

sulla salute dei soggetti implicati. Dall'altro lato, questa visione separa l'"organizzazione del lavoro" dalle scelte di flusso, di condizioni fisiche, di strumenti, di materiali, della gestione del tempo e dello spazio, ecc., il che impedisce di prendere atto del fatto che ogni aspetto di un processo di lavoro non è altro che il frutto di scelte organizzative che - in modo variabile - lo costituiscono e lo formano (Maggi, 2003; 2006).

Occorre aggiungere che il diritto del lavoro prende a prestito dal linguaggio biomedico termini come "fattori di rischio", "stress correlato con il lavoro", "nocività organizzative". Il primo termine - si è visto sopra - non tiene conto della riflessione metodologica riguardante le differenze tra rapporti di causalità necessaria, probabile e possibile; il secondo termine non dice nulla sulla specificità dello stress al lavoro e ignora totalmente la riflessione sullo stress (Rulli, 2010); il terzo termine ignora la riflessione del campo di studio dell'organizzazione e presuppone assurdamente l'esistenza di rischi e di danni nei luoghi di lavoro che non avrebbero origine in scelte organizzative (Maggi, 2003; 2006).

Sulle norme vigenti relative alla salute e alla sicurezza i giuristi del lavoro italiani appaiono divisi tra valutazioni positive e valutazioni critiche che riguardano principalmente la ridondanza del testo legislativo e la sua tendenza a voler risolvere i problemi della prevenzione tramite procedure e certificazioni. La questione della rimozione della prevenzione primaria in queste norme non appare sollevata; il dibattito giuridico sembra ignorare che le linee guida cui queste norme rinviano considerano esclusivamente la prevenzione secondaria, e che

nella maggioranza dei casi le imprese non rispettano né le norme né le linee guida.
(.....)

La psicologia del lavoro italiana, accanto a questi approcci psicosociali - condivisi da una sedicente sociologia del lavoro - ha prodotto due approcci originali che non vanno dimenticati. Il primo ha avuto la sua culla nel Centro di psicologia delle fabbriche Olivetti, fondato da Cesare Musatti, padre della psicanalisi in Italia, su mandato di quell'imprenditore illuminato che è stato Adriano Olivetti. Nell'ambiente di un'impresa singolarmente aperta ai valori umanistici, le ricerche condotte principalmente dagli psicologi Franco Novara e Renato Rozzi negli anni 1960 hanno saputo influenzare le scelte organizzative degli ingegneri (Musatti et al., 1980). Esse hanno mostrato i rischi e i danni delle soluzioni tayloristiche e favorito l'arricchimento dei compiti e il lavoro di gruppo, con un approccio psicotecnico fortemente segnato da un fondamento psicodinamico.

Un secondo indirizzo è stato sviluppato da Ivar Oddone, dell'Università di Torino, con rappresentanti sindacali delle fabbriche di automobili FIAT negli anni 1960 e 1970. Fondato sulla valorizzazione dell'esperienza operaia, in opposizione alla delega della salute ai tecnici, propria delle posture accademiche della psicologia e della medicina del lavoro (Oddone, Re, Briante, 1977), ha avuto risonanze diverse per le sue diverse componenti.
(.....)

Le pratiche e i loro risultati

Le "buone prassi", e le "linee guida" per l'applicazione delle norme in materia di salute e sicurezza, sono principalmente elaborate da due istituzioni nazionali: ISPELS (Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro) e INAIL (Istituto

CONTINUA A PAG. 23

LA PREVENZIONE CONTINUA DA PAG. 22

nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro) - la prima compresa nella seconda dal 2010 - come è disposto dal d.lgs. 81/2008 ora vigente all'art. 2, c. 1, lettere v e z, e all'art. 9, c. 2, lettere i e l.

Le linee guida per la valutazione dei rischi sono state prodotte negli anni 1990, in seguito all'emanazione del precedente d.lgs. 626/1994. Esse hanno evidentemente l'intenzione di guidare al controllo esaustivo dei rischi, ma mirano esclusivamente alla prevenzione secondaria, ignorando totalmente la prevenzione primaria.

(.....)

Quali sono i risultati di queste pratiche? Tre morti al giorno in media, per non parlare che degli incidenti più gravi. L'INAIL ha recentemente espresso una valutazione positiva della diminuzione dei tassi ufficiali di incidenti negli ultimi anni, ripresa con enfasi dai mezzi di comunicazione, dimenticando che quei dati devono essere posti a confronto con i dati riguardanti l'occupazione e i tempi di lavoro. Negli stessi anni l'occupazione è fortemente diminuita, così come il totale delle ore lavorate, cioè dell'effettiva esposizione ai rischi. E ciò per il lavoro regolare. Occorre aggiungere il lavoro "in nero", dei disoccupati, dei pensionati, degli immigrati senza permesso di soggiorno, cui evidentemente corrispondono incidenti non dichiarati. In realtà gli incidenti, rapportati alle presenze effettive di persone al lavoro, aumentano progressivamente.

(.....)

Bruno Maggi

febbraio 2013 www.inchiestaonline.it

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

Troppe distrazioni causa di errori in ospedale

Molti incidenti ospedalieri sono determinati da errori causati da distrazioni che, a loro volta, possono essere dovute a stimoli interni o esterni, quali interruzioni (spesso telefonate, sempre più frequenti con la diffusione degli smartphone, ma anche semplici "chiacchiere" tra colleghi) o uso di sistemi di informatica medica. Sono dati contenuti nel rapporto di Michelle Fil, analista dell'Autorità per la sicurezza del paziente della Pennsylvania, secondo cui, tra gli incidenti ospedalieri segnalati nello stato Usa tra il 2010 e il 2011, più di 1.000 erano per l'appunto dovuti a errori causati da distrazioni o interruzioni. Nella maggior parte dei casi, tali incidenti non hanno comportato danni ai pazienti, ma in 13 occasioni si sono determinate lesioni temporanee o permanenti. Nel 60% si è trattato di errori di somministrazione dei farmaci e nel 28% di errori chirurgici o di imaging, come l'esame di un sito anatomico sbagliato. «Alti livelli di distrazione nelle strutture sanitarie rappresentano una minaccia costante per la sicurezza del paziente e le nuove tecnologie hanno aumentato il numero e il tipo di distrazioni che si verificano nel setting ospedaliero» scrive Feil, ricordando che «la definizione di "distrazione" è quella di "dirigere l'attenzione verso direzioni o oggetti diversi allo stesso tempo" e ciò è particolarmente dannoso per il funzionamento umano in situazioni che richiedono un trattamento cognitivo di grandi quantità di informazioni complesse e in rapida trasformazione, tipiche degli ambienti sanitari». Quali contromisure? Nella ricerca vengono proposte alcune soluzioni, tra le quali educare i medici circa la distrazione e il suo potenziale effetto negativo sulla sicurezza del paziente, evitare la comunicazione di informazioni irrilevanti, quando possibile, ma soprattutto quando si eseguono attività di alto impegno cognitivo, e predisporre procedure di routine che non prevedano interruzioni nell'attività professionale e predispongano metodi di inoltro di chiamate ai colleghi da parte del personale.

Fatti e Sentenze - 06/04/2013
a cura del Dott. **Mariano Innocenzi**

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

L'Inps ci rende "sani" per decreto

L'Inps ai medici: tagliate i giorni di malattia.
Circolare per ridurre del 3% le assenze dei lavoratori.
Visite fiscali più rigide: rivolta dei medici di famiglia.

È l'epoca dei tagli, d'accordo. Ma, per risparmiare, le forbici della crisi fanno rotta anche sui giorni di malattia dei lavoratori. Quest'anno i permessi devono essere ridotti del 3% rispetto al 2012, dice una circolare dell'Inps.
E per raggiungere questo obiettivo il modo è semplice: le visite fiscali devono essere più fiscali. Il documento dell'Istituto nazionale di previdenza è del 16 gennaio scorso, serve per la "programmazione e il budget delle strutture territoriali nel 2013". Una lista degli obiettivi fissati per quest'anno.
Si parla di tante cose in quelle 34 pagine, anche di "miglioramento dell'economicità delle visite di controllo", cioè le visite fiscali. E come si migliora questa economicità? Con "l'incremento del 3% degli importi recuperati per effetto della riduzione della prognosi". Riduzione della prognosi, cioè meno giorni di malattia: il nodo è proprio questo.

Le visite fiscali servono a controllare che il certificato firmato dal medico di famiglia non sia troppo generoso o addirittura falso. Il medico fiscale può ridurre o addirittura cancellare il permesso dal lavoro se il malato (e il certificato) sono immaginari.
Non capita spesso ma a volte sì.
E quando capita l'Inps risparmia: dal quarto giorno di malattia in poi è proprio l'istituto di previdenza a pagare stipendio e contributi al posto del datore di lavoro.
Cancellare qualche giorno di permesso, quindi, vuol dire per l'Inps limare una voce di spesa che vale ogni anno 2 miliardi di euro. La metà di quello che ci è costata l'Imu sulla prima casa, tanto per pesare all'ingrosso la questione. Giusto che l'Inps voglia risparmiare, anche perché lo farebbe sulla pelle dei furbetti del certificato. Ma è giusto pure fissare quell'obiettivo prima delle visite di controllo, un 3% a prescindere, come fosse il rapporto deficit Pil secondo Bruxelles o le spese da ridurre a insindacabile giudizio del ragioniere d'azienda?

"Così l'Inps dice che il 3% dei certificati firmati dai medici di famiglia è falso" protesta Roberto Carlo Rossi, presidente dell'ordine dei medici di Milano. "Hanno messo la malattia delle persone alla voce costi, come la carta per le stampanti o il toner. Inaccettabile". Una serie di obiezioni che il dottor Rossi ha spedito per lettera all'Inps, con parole accorate: "Il medico che formula una prognosi non può e non deve seguire logiche di carattere economicistico". Ricordando che la legge e il codice deontologico "vietano qualsiasi atteggiamento compiacente" del medico e ne garantiscono "l'indipendenza e la libertà di giudizio".

Giù le mani, anzi le forbici, dal certificato. Il problema esiste, però. E non bisogna arrivare ai casi clamorosi, ai malati più immaginifici che immaginari come il magistrato assente per mal di schiena ma pizzicato a regatare in Gran Bretagna, o l'insegnante che il suo certificato lo spediva nientemeno che dalle Bahamas. L'assenteismo c'è, chiunque lavori in un ufficio lo sa. Ancora adesso, solo per fare un esempio, il giorno in cui ci sono più malattie è proprio il lunedì. Con buona pace del ministro della Salute Costante Degan che 30 anni fa, quando di fatto creò il

Questa ci mancava... Per ridurre le sue spese, l'Inps stabilisce un obiettivo: 3% in meno di giorni di malattia. Quando l'economia mangia le persone, che dovranno andare al lavoro anche da malate. L'iniziativa è così assurda, sia sul piano logico che su quello organizzativo - che persino un giornale paladino dei tagli, come il Corriere della sera, si è sentito in dovere di obiettare qualcosa.
Forse perché anche i girnalisti, nel loro piccolo, si ammalano (ma nel loro caso non è l'Inps a pagare

CONTINUA A PAG. 25

“ Sani “ per decreto CONTINUA DA PAG. 24

il medico fiscale, disse che "darsi malati in ufficio, magari per allungare il week end, diventerà quasi impossibile".

scena del film “il malato immaginario”

Gli abusi non sono soltanto un costo per l'Inps, cioè per le casse pubbliche e quindi per tutti. Ma anche un'ingiustizia per chi si dà malato solo quando lo è sul serio. "Per carità - dice il presidente dell'ordine dei medici milanesi - qualcosa si può aggiustare. Ma invece di tagliare le malattie dall'alto discutiamone tutti insieme: l'Inps, il ministero della Salute, i medici. E vediamo che cosa si può migliorare". Per il momento la sua lettera è rimasta senza risposta.

E dall'Inps parlano di polemica esagerata. Perché quella circolare è solo un documento di programmazione interno. E perché la riduzione del 3% è una "tendenza attesa, che deriva anche dall'andamento degli ultimi anni". Ma il dibattito è aperto perché l'Inps è disponibile ad un "tavolo di confronto a livello nazionale".

Se è vero che gli sprechi e i furbi sono da combattere, del resto è anche vero che l'austerità può fare male alla salute.

Non lo dice l'ordine dei medici, che in questa vicenda difende anche i suoi iscritti, ma The Lancet , una delle riviste scientifiche più autorevoli del mondo. I suoi ricercatori hanno confrontato le misure prese per raddrizzare i conti in Grecia, Portogallo e Spagna con quelle adottate in Islanda, dove le sforbiciate al welfare pubblico sono state minori. E sono arrivati alla conclusione che tagliare la sanità per correggere le finanze pubbliche è pericoloso non solo perché può aggravare la recessione, scaricando i costi sulle famiglie. Ma perché aumenta i tassi di suicidio, alcolismo, depressione e malattia mentale.

Lorenzo Salvia

Per andare sani al lavoro e aiutare l'Inps

I dieci alimenti assolutamente da evitare

Il dado così tanto utilizzato, riesce a dare sapore a ciò che non ha sapore, però contiene glutammato monosodico, un additivo che può causare anche il cancro. Esistono confezioni con la dicitura: senza glutammato.

Chewingum e caramelle è una questione di quantità. I Chewingum e le caramelle contengono, nella quasi totalità, dolcificanti nocivi come l' aspartame e l' acesulfame-k veri killer nocivi per l'organismo.

Insaccati quali i wurstel e la mortadella. Si tratta di alimenti realizzati con carne macinata finissima. Con utilizzo di carne di più infimo livello e con la massiccia la presenza di nitriti e nitrati, cancerogeni.

Per le sottilette e i formaggini stesso discorso dei wurstel, sono composti da miscele di formaggi non fermentati a sufficienza, invendibili o avariati che vengono fusi tutti assieme e resi morbidi spesso grazie all' utilizzo dei pericolosi polifosfati. La presenza della lista degli ingredienti di Citrato di sodio (E331) indica l' utilizzo di prodotti da scarti di lavorazione.

Il caffè acidifica il sangue, sovverte la digestione, causa emicranie! Il caffè inoltre dà assuefazione.

Il pane bianco è realizzato con farina bianca, la farina bianca è stata privata della crusca e del germe digrano, forma una colla che si attacca alle pareti dell' intestino limitando così l' assorbimento delle sostanze nutritive.

La Coca Cola è costituita principalmente da zucchero, acidifica il sangue, impedisce l' assorbimento di calcio e magnesio con conseguente possibilità di causare osteoporosi!

La Pasta al ragù Il problema è costituito dal ragù di carne: la carne che acquistiamo oggi al supermercato è ricca di tossine, farmaci, antibiotici.
Questo a causa degli allevamenti intensivi dai quali proviene questa carne. I capi di bestiame vengano trattati praticamente ininterrottamente con farmaci e antibiotici, i mangimi sono pessimi, derivati da scarti.
L'abbinamento in egual misura diproteine-carboidrati non consente di digerire bene ne l'uno nè l'altro con conseguente digestione lenta e scarsa assimilazione dei nutrienti!

Le patatine al gusto formaggio e pizza non sono composte da patate e il sapore di formaggio o di pizza viene dato grazie all' utilizzo di aromi appositi sulla cui sicurezza non vi sono certezze.

Lo zucchero bianco venne classificato come veleno dal dottor William Coda, in quanto non apporta nessuna sostanza utile all' organismo e addirittura brucia parte delle sostanze presenti: da un consumo abituale infatti non ne deriva un rafforzamento, bensì un indebolimento dell' organismo e delle sue difese nei confronti delle malattie.

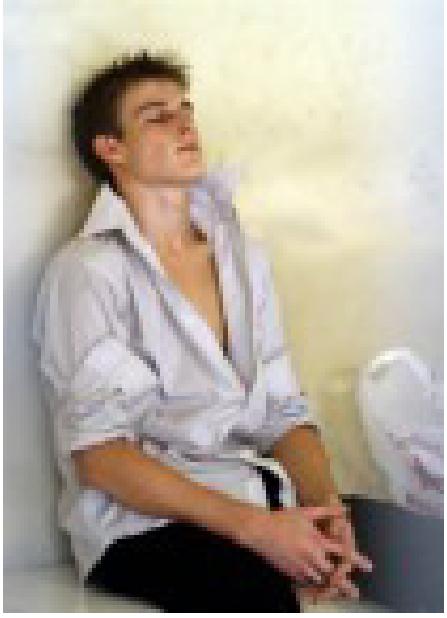
Fonte: www.articolotre.com

DROGHE E CRISI.

Con l'avanzare della crisi e l'emergere di aree di fortissimo disagio sociale la liberalizzazione delle droghe, nella dimensione sociale del fenomeno e dello scopo finale che la droga rappresenta, è coniugabile con una libera scelta individuale? Questo articolo non concede nulla al becero moralismo, né accomunato alle varie richieste di natura repressiva che vengono da destra. Al contrario pone alcuni elementi di riflessione perché un dibattito serio sulla droga è quanto mai necessario.

Con questo contributo, del giornale online "Senzatregua.it", continua il dibattito iniziato da Lavoro e Salute sulle problematiche connesse all'uso di droghe e sull'efficacacia o meno del metadone. In questa pagina si affrontano le motivazioni sociali che portano migliaia di giovani e non, a cercare risposte di rifiuto a problemi materiali della vita quotidiana e di futuro.

Droga e dipendenza: libertà individuale o questione sociale?



Per capire di cosa parliamo bisogna partire da alcuni dati. Secondo alcune stime nel 2015, con l'aggravarsi della crisi il consumo di droga aumenterà, con un'incidenza marcata tra i giovani. Si stima che il consumo di eroina, droga in forte ascesa in questo momento arriverà a lambire quota 300.000 persone, in stragrande maggioranza giovani, quello di cocaina circa 700.000, ossia quasi il 2% della popolazione italiana, quello di droghe sintetiche 250.000.

Solo pochi anni fa una bella inchiesta di Loris Campetti dal nome significativo "quanto tira la classe operaia" pubblicata nel 2008 sul Manifesto, aveva messo in luce l'aumento del consumo di droghe, ed in particolare della cocaina, in fabbrica.

Un consumo ancora maggiore tra le nuove generazioni di operai che rispondevano così all'aumento dei turni di lavoro, ad un lavoro massacrante fisicamente e alla fine della solidarietà di classe e l'emersione di elementi competitivi, introdotti dalla cultura dominante anche all'interno della classe operaia. La droga come risposta ad esigenze fisiche di reggere allo sfruttamento, e come evasione dalla condizione attuale.

Nel 2009 anno in cui la crisi iniziava a manifestare i suoi effetti reali con l'aumento della cassa integrazione e dei licenziamenti, e la chiusura delle prime fabbriche. Nel nord Italia si lanciava l'allarme sull'abbassamento del prezzo della cocaina, divenuta droga di diffusione di massa. Le inchiesta parlavano di costo di una micro dose, pari a quello di un aperitivo.

La cocaina passava così da droga per "ricchi" a droga di massa, proprio negli anni della crisi con una notevole diminuzione del suo costo. Gli effetti immediati della cocaina sono quelli che consentono di reggere maggiormente la fatica di ritmi di lavoro esasperati. Una droga favorevole al sistema quindi, che ti consente di reggere dove fisicamente non ce la faresti. Eccone spiegata la grande diffusione avuta in questi anni. Non si tratta di un fenomeno nuovo.

L'aumento del consumo di cocaina, insieme con le droghe sintetiche, è servito anche a rompere una barriera psicologica di massa. Con l'acuirsi ulteriore delle conseguenze della crisi, anche la cocaina nonostante l'abbassamento diventa troppo costosa. E il consumo di eroina cresce, con percentuali importanti.

Non è un caso questa volta che la crescita del consumo di eroina avvenga quando il disagio sociale imbocca la strada della protesta. Chiunque abbia un po' di memoria tra i meno giovani ricorderà l'utilizzo scientifico che l'eroina ebbe nella fine degli anni '70, producendo i suoi effetti nel decennio successivo, sui movimenti sociali tanto in Italia quanto nel resto del mondo occidentale.

La stragrande maggioranza dei giovani oggi è alle prese con disoccupazione, precarietà, insicurezza sul proprio futuro. Una situazione che si somma alla mancanza di riferimenti culturali in grado di prospettare una possibilità di cambiamento effettivo.

Questo binomio tra la percezione del mondo di merda in cui si vive e la mancanza di soggetti percepiti come in grado di cambiarlo, spinge a chiudersi in soluzioni individuali in cui la ricerca del cambiamento non ha dimensione reale e collettiva, ma è fatta di isolamento e virtualità. È un fenomeno di dipendenza di massa che non è limitato alle ipotesi precedenti, ma che riguarda in particolare l'alcol e il consumo di droghe sintetiche. Tutti gli indicatori - se mai ce ne fosse bisogno e non basti guardarsi intorno - parlano di una diffusione dell'alcolismo tra le nuove generazioni che ha avuto una crescita esponenziale in questi anni. Il nostro non è moralismo perché conosciamo bene la differenza che intercorre tra il consumo di bevande alcoliche in momenti di socialità, con i propri amici e la sistematica necessità dell'abuso di alcolici presente in un numero sempre maggiore di ragazzi, come elemento necessario ed unico di evasione dalla realtà.

In questi anni il tema della dipendenza è stato sottovalutato dal punto di vista sociale, per le conseguenze sul livello di massa che esso comporta, come elemento di controllo sociale e come ricerca di forme di soluzione individuali allo sfruttamento e alla situazione attuale. Ma il mondo non si cambia dentro di sé, chiudendosi nella ricerca di qualcosa che non esiste, il mondo si cambia con la lotta, con l'azione collettiva che si misura con la realtà concreta, tutto il contrario di quello che droga e alcol forniscono.

Problemi di spazio ci costrigono a pubblicare stralci dell'articolo. Ci scusiamo con gli autori

Cannabis, nuovi usi medici

Occorre tornare su alcuni recenti risultati relativi alle azioni terapeutiche della cannabis, già ampiamente diffusi, per tentare di coglierne le importanti implicazioni.
La ricerca canadese di Lucas et al ("Addiction Research and Theory" 20.11.2012, doi: 10.3109/ 16066359.2012.733465), conferma che la cannabis è una efficace "sostanza d'uscita" dalla dipendenza da sostanze più dure. Si tratta di 404 soggetti, dei quali il 41% ha dichiarato di aver beneficiato dell'uso di cannabis per l'uscita dall'alcol, il 36% da droghe illecite pesanti, addirittura il 68 % da farmaci leciti.(Il totale è maggiore di 100 per la nota frequenza dei casi di dipendenza da più sostanze).
Le motivazioni più spesso dichiarate per questa autocura: minore sofferenza in fase di astinenza, minori effetti collaterali, miglior controllo dei sintomi.
Concludono gli autori: è ora di avviare studi randomizzati per verificare a regola d'arte l'efficacia della cannabis come sostitutivo, cioè come strumento di riduzione del danno e di cura delle dipendenze patologiche.
Passando ora al "British Medical Journal" (T.B. Rajavashisth et al, 24.02.2012, doi: 10.1136/ bmjo pen- 2011 -000494) troviamo una ulteriore analisi dei dati dello studio su salute e nutrizione, condotto tra il 1988 e il 1994 dai Centri USA per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie.
In un campione di quasi 11.000 soggetti, di cui il 39% consumatori o ex consumatori di cannabis e il 61 % non consumatori, il diabete di tipo 2 (quello degli adulti soprattutto se mangioni) era presente assai meno spesso nei primi rispetto ai secondi.
Tale riduzione era massima in coloro che erano consumatori leggeri nel periodo dello studio, ma restava notevole anche negli ex consumatori e anche dopo "scontati" vari potenziali fattori confondenti, socioeconomici e altri.

Gli autori, avvertendo che i risultati potrebbero essere stati influenzati dal fatto che in parte si basavano sulle risposte dei soggetti, piuttosto che su rilevamenti oggettivi, sottolineano che essi confermano analoghi dati ottenuti nell'animale; e inoltre che sono coerenti col fatto che la cannabis possiede un'azione anti-infiammatoria, e che un'associazione tra processi infiammatori e sviluppo del diabete di tipo 2 è già stata dimostrata, anche se non ancora del tutto chiarita.

Vedremo ora quale spazio potrà aprirsi per ricerche ampie e sistematiche sugli effetti della cannabis in una varietà di condizioni patologiche nelle quali giocano un ruolo importante i processi infiammatori e i meccanismi autoimmunitari: patologie notoriamente sempre più frequenti per l'invecchiamento della popolazione e per la crescita e la diversificazione dell'inquinamento ambientale.
E del resto, se l'evoluzione ci ha imbottito di recettori oppioidi come parte importante dei meccanismi di modulazione delle risposte al dolore e altre, che ci starebbero a fare i recettori cannabinoidi nelle cellule del sistema nervoso centrale e in quelle del sistema immunitario?

Giorgio Bignami
www.fuoriluogo.it

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

E' ORA DI FARE CHIAREZZA SUI FONDI E SUGLI INTERESSI CHE CIRCOLANO ATTORNO AL VACCINO ITALIANO SULL'AIDS. UNA DOCUMENTAZIONE SULLE TROPPE OMERTA' CHE AGISCONO IN QUESTO SETTORE DEL MONDO SCIENTIFICO.

Brevi

Gli oli vegetali, nuociono gravemente

"Oli vegetali" fa pensare ad un prodotto buono sotto ogni punto di vista, adatto ad una alimentazione naturale. Ma dietro quelle due parole plurali, ci sta ben altro che l'innocuità. Infatti, oli vegetali oggi significa soprattutto olio di palma. Buona parte della produzione di olio va in biocombustibili, ma una fetta consistente è acquisita dalle multinazionali dell'alimentazione e finisce in prodotti che ritroviamo sulle nostre tavole.
Esiste l'olio di palma sostenibile e per poter ottenere la certificazione il produttore deve dimostrare di produrre senza distruggere torbiere o foreste pluviali. Ma Greenpeace sostiene, con dati alla mano, che la certificazione è un'illusione, quando non una menzogna.
Sulle confezioni di sigarette è riportato per legge l'ammonimento che nuociono gravemente alla salute umana. Sarebbe auspicabile che sempre per legge sulle confezioni di prodotti alimentari che utilizzano oli vegetali non sostenibili ci fosse la dizione: "nuoce gravemente al pianeta".

Gli immigrati non pesano sul Sistema Sanitario Nazionale

Secondo un recente studio gli stranieri residenti in Italia non sono un peso per il nostro Welfare ma, "semmai, stanno contribuendo a rallentare con la loro laboriosità e la loro scarsa vena a sfruttare il nostro sistema di protezione sociale, i gravi effetti della crisi". Anche in questo caso sono dati ufficiali quelli pubblicati dall'Istituto Superiore della Sanità a seguito della presentazione dello studio dall'eloquente titolo "Farmaci e immigrati: Rapporto sulla prescrizione farmaceutica in un paese multietnico".
Il dato più eloquente é che nello stesso anno la spesa farmaceutica media a carico del Ssn è stata di 72 euro per un cittadino immigrato e di 97 euro per uno italiano.
L'indagine ha riguardato 710.879 persone, ossia il 16% della popolazione immigrata residente in Italia. Il confronto è stato fatto con un campione della popolazione italiana pari per età e sesso.

Fonte: www.migrantesonline.it

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

Cuba crea quattro vaccini contro il cancro. Una lezione alle aziende farmaceutiche che non ha fatto notizia

Che Cuba abbia sviluppato già quattro vaccini contro altrettanti differenti tipologie di tumori è senza dubbio una importante notizia per l'umanità, se teniamo presente che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ogni anno muoiono nel mondo, per queste infermità, circa 8 milioni di persone. I grandi mezzi internazionali hanno ignorato il fatto quasi completamente.
Nel 2012 Cuba testava il primo vaccino terapeutico contro il cancro al polmone avanzato a livello mondiale, la CIMAVAX-EGF. E nel gennaio 2013 è stato annunciato il secondo, la cosìdetta Racotumomab. Sperimentazioni cliniche in 86 paesi dimostrano che questi vaccini, sebbene non curino l'infermità, ottengono la riduzione dei tumori e permettono una tappa stabile dell'infermità, aumentando le speranze e la qualità di vita.

Cuba esporta questi farmaci in 26 paesi, e partecipano in imprese miste in Cina, Canadà e Spagna. Tutto questo rompe completamente uno stereotipo molto diffuso, rafforzato dal silenzio mediatico sui successi di Cuba e di altri paesi del Sud: che la ricerca medico-farmaceutica di avanguardia si produce solo nei paesi cosìdetti "sviluppati".
In un articolo della prestigiosa rivista Science, i ricercatori dell'Università di Stanford (California) Paul Drain e Michele Barry assicuravano che Cuba ottiene migliori indici nella salute che gli Stati Uniti con un costo venti volte inferiore. La ragione: l'assenza - nel modello cubano - di pressioni e stimoli commerciali da parte delle aziende farmaceutiche, e una riuscita strategia di educazione della popolazione nella prevenzione.
Per ultimo, Cuba spinge alla produzione di farmaci generici che mette a disposizione di altri paesi poveri e dell'Organizzazione Mondiale della Salute, a un prezzo molto inferiore a quello della grande industria mondiale.
Il Premio Nobel della Chimica Peter Agre affermava recentemente che "Cuba è un magnifico esempio di come si possa integrare la conoscenza e la ricerca scientifica". Irina Bokova, direttrice generale dell'UNESCU, dichiarava di sentirsi "molto impressionata" dai successi scientifici di Cuba e mostrava la volontà di questa organizzazione delle Nazioni Unite per promuoverli nel mondo. La domanda è inevitabile: conterà sulla collaborazione imprescindibile dei grandi media internazionali per diffonderli?

Josè Manzaneda - Coordinatore CubaInformazione.
www.cubainformacion.tv

Brevi

DNA bambini danneggiato da impianti petrolchimici ed energetici

Un gruppo di ricerca internazionale guidato dall'epidemiologo fiorentino Annibale Biggeri ha recentemente pubblicato sulla rivista internazionale Mutagenesis uno studio che affronta questo tema.
La ricerca ha confrontato i danni al DNA di 75 bambini e bambine in età compresa tra 6 e 14 anni che vivono a Sarroch, paese della provincia di Cagliari di poco più di 5.000 abitanti, con quanto accade al DNA di un gruppo di coetanei che vivono a Burcei.
A Sarroch sono presenti un impianto petrolchimico tra i più vasti d'Europa e una centrale termoelettrica a ciclo combinato che è la più grande al mondo e la terza in Italia, dopo la centrale a carbone a sud di Brindisi e l'acciaieria di Taranto, per costi sanitari causati da emissioni in atmosfera di sostanze quali, per esempio, SO2 ed NOx (Fonte: Agenzia Ambientale Europea, 2011). I bambini e le bambine di Sarroch vivono ad una distanza compresa tra i 160 metri e 1 km e mezzo dagli impianti industriali.
Burcei è un villaggio rurale in provincia di Cagliari di circa 3000 abitanti, con scarso traffico automobilistico e nessun insediamento industriale.
Gli studiosi hanno misurato le concentrazioni di benzene ed etil-benzene nei giardini delle scuole dei due comuni e prelevato in campione di epitelio nasale per valutare la prevalenza di specifici addotti del DNA che si generano a seguito di una interazione dell'organismo umano con composti chimici. I risultati mostrano sia misure di benzene più alte nei giardini delle scuole di Sarroch sia una maggiore prevalenza di danni al DNA tra le bambine e i bambini che le frequentano.
In conclusione, alti livelli di addotti del DNA in età giovanile possono essere associati ad un peggiore stato di salute in età adulta.

Emilio Gianicolo www.salutepubblica .net

Crisi, gli italiani scappano dai dentisti

Non ci sono i soldi per il pane, e non ci sono i denti per morderlo. Questa è la prima sensazione leggendo le notizie riportate oggi dall'Adn Kronos. "È il caso di dentiere, protesi e impianti, che quest'anno hanno registrato un -40% rispetto anche solo a 3-4 anni fa. Oggi vediamo i pazienti soprattutto per le cure d'emergenza, estrazioni, carie, otturazioni o problemi dolorosi e non rinviabili. Mentre spesso si rinviano interventi di implantologia, più costosi". A parlare della fuga degli italiani dalle cure odontoiatriche è il presidente nazionale di Andi (Associazione nazionale dentisti italiani), Gianfranco Prada: "questo fenomeno oggi sta colpendo tutti - denuncia - non solo le persone anziane che per prime si sono trovate di fronte al problema di far quadrare i conti". "Risultato? Sempre più spesso - dice Prada - si risparmia sulle cure odontoiatriche. Con un calo per le prestazioni più impegnative che possiamo stimare in almeno il 40%", sottolinea Prada. Se dal dentista si va "quando il dolore non si sopporta più, per devitalizzazioni, carie, otturazioni saltate - dice ancora - per il resto si rinuncia o si rinvia, come testimonia anche il fatto che i laboratori odontotecnici soffrono moltissimo. Oltretutto in questo modo il risparmio è temporaneo, e gli effetti reali si vedranno fra qualche anno: se un intervento mirato e puntuale può consentire un approccio meno radicale e più conservativo, con il passare del tempo si rischia poi di dover per forza optare per lavori più importanti". Se la crisi fa risparmiare adulti e anziani, gli italiani cercano comunque di salvaguardare il sorriso dei bambini. "Anche qui, parliamo di ortodonzia, c'è stato un calo, che però si ferma al 20%. Insomma, i genitori magari rinunciano per sè ma cercano di non rinviare le cure per i figli".

15/04/2013

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

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

consigli in libreria

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

di **Paolo Ferrero**

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

di **Maurizio Pagliassotti**

terza età

La strage degli innocenti occultata da giornali e tv

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

Della morte evitabile di migliaia di vecchi e meno vecchi (o anche non vecchi) in condizioni di fragilità che scompaiono, fra gravi sofferenze, a causa di una assistenza socio-sanitaria carente e/o inadeguata, in un paese che è considerato dall'Oms al secondo posto nel mondo dal punto di vista della efficacia-efficienza del suo sistema socio-sanitario, nessuno parla.

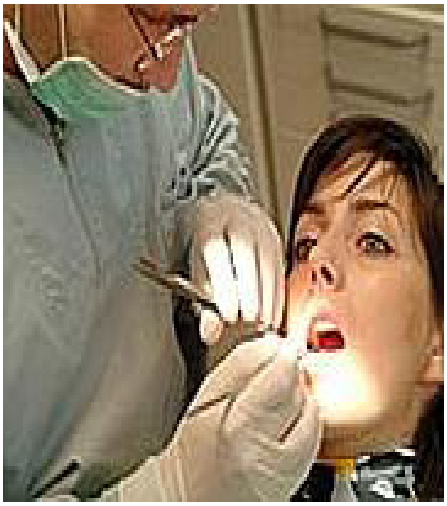
Questo silenzio è catacombale. E ciò che appare più intollerabile è che, mentre questo sterminio si consuma, ogni qual volta le circostanze lo permettono, si ritorna a straparlare di "difesa della vita". Lo si è fatto sin troppo in occasione del caso Englaro; lo si fa colpevolizzando chiunque a qualsiasi titolo sollevi solamente il problema dell'eutanasia; lo si fa a proposito della legge n. 194 sull'aborto che, come i consultori materno-infantili, è ormai entrata nel mirino delle fasce più oltranziste dei cosiddetti difensori della vita; lo si fa a proposito della fecondazione artificiale.

Che un settantenne povero e solo sia "vivo" almeno come un embrione a poche ore dal concepimento, o come un malato in stato vegetativo da anni, o come un paziente oncologico deciso a porre fine alle sue sofferenze appare difficilmente contestabile. E allora perché nessuno si occupa delle peripezie che questi cittadini fragili devono affrontare, quando vanno incontro non a eventi eccezionali, ma ad accidenti del tutto comuni nella vita di un uomo e di una donna? Queste peripezie, per una serie di ragioni, che questo libro si incarica di analizzare e denunciare, rischiano quotidianamente di condurli ad una morte dolorosa e indecente, dopo un periodo più o meno lungo di cosiddetta cronicità. E il particolare non trascurabile da porre in evidenza è che si tratta di persone che non vogliono morire. Che vorrebbero vivere e, ove possibile, recuperare ciò che è recuperabile della propria autonomia e che non possono farlo perché non sono messe nella condizione di riuscirci.

Chi pensasse che tutto questo accade per semplice (ancorché colpevole) sciatteria o insipienza da parte delle istituzioni preposte a intervenire in questi casi (le Asl e gli enti locali) sbaglierebbe di grosso. Nella patogenesi di questo mostruoso e ignorato fenomeno, purtroppo, ci sono motivazioni tutt'altro che casuali. Ci sono gli interessi colossali di un mondo imprenditoriale che infiltra la sanità pubblica per fare affari.
È su questo scandalo, avvolto fra i veli di un'ipocrisia pelosa, incredibilmente ignorato dai media, con l'aggravante della insufficiente e distorta attenzione espressa da parte di chi politicamente dovrebbe difendere gli interessi delle classi vittime di questa situazione, che questo libro intende gettare un fascio di luce.

Roberto Gramiccia
"La strage degli innocenti. Terza età: anatomia di un omicidio sociale",
euro 15, pp 272, ed. Ediesse

il dentista sociale a Torino



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

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

qualità e giusto prezzo

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

Visita gratuita e preventivo gratuto

una tazzina nutriente *gusto, qualità, solidarietà*

cafè REBELDE

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

inserzione concessa gratuitamente

Liberazione.it Quotidiano online

L'informazione dipendente, dai fatti

Nel Paese della bugia la verità è una malattia (Gianni Rodari)

29° anno di giornalismo nel lavoro per la sanità pubblica

Racconti e Opinioni
lavoroesalute

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

Redazione: *info@lavoroesalute.org*

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

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

Vignette (cile) di *F. Cilenti*
Impaginazione a cura di *Mac Rizzo*

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

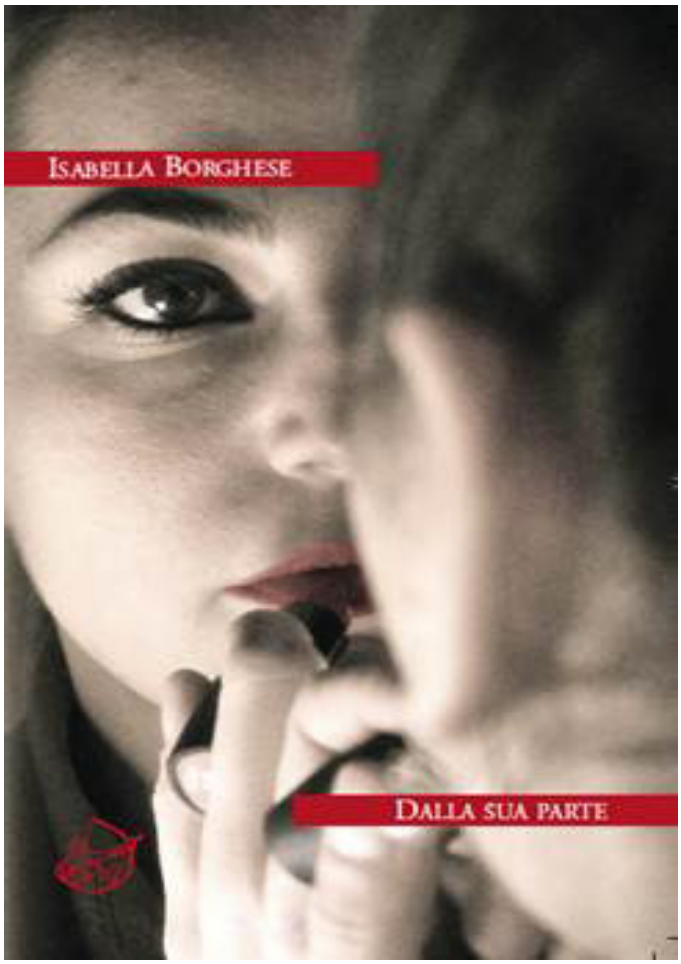
Numero chiuso 21-4-2013
Suppl.a M. D. - n° 200
Questo numero pubblicato solo in pdf sul web: www.lavoroesalute.org

Tariffe inserzioni pubblicitarie scrivere alla redazione

Pubblicati 210 *numeri*
- 13 speciali - 7 n. tematici
- 1 referendum nazionale su contratto sanità
- 1 questionario regionale su piano sanitario piemontese

Scritto da 1436 *autori*
- 1088 operatori sanità
- 132 sindacalisti
- 41 esponenti politici
- 171 altri

Stampate 692mila *copie*
- 487mila ospedali e ambul.
- 132mila luoghi vari
- 72mila copie distrib. naz.



Dalla sua parte

Francesca, romana, proprietaria di una bottega dove lavora creando quadri e gioielli, è la protagonista del libro. La sua vita è segnata dalla malattia del padre, affetto da depressione bipolare, che influisce nel percorso di crescita della protagonista, e si trova costretta ad andare via di casa. I rapporti conflittuali con entrambi i genitori si riversano sulla sua vita sentimentale.
La storia è ambientata a Roma. Durante il pranzo di Natale, nella casa di famiglia, emerge il rapporto tra madre e figlia, in cucina, mentre sono prese dalla preparazione del pranzo, si raccontano e si avvicinano. Ed emerge così il trascorso della malattia del padre, e dunque le reazioni di Francesca a questa sindrome depressiva, il suo crescere e mutare di conseguenza. La sua rabbia verso il padre, la sua sofferenza, le sue paure.
L'autrice riesce a narrare tutta la storia, in maniera molto delicata e incalzante, nonostante alla base ci sia il rapporto con una patologia così difficile da affrontare e accettare. Un finale liberatorio, che sa emozionare il lettore e restituisce la giusta distanza tra sentimenti ed azioni.

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

consigli in libreria

L'uomo che non esiste

E' una storia sulla fratellanza, sul vuoto che si prova quando qualcuno, che per noi conta molto, non c'è, ma vive dentro gli altri senza compromessi.
Maurilio Mirabella, napoletano, scompare il 17 marzo 2010 a Roatan (Honduras), dove viveva da circa quindici anni, in circostanze a tutt'oggi misteriose. Quel giorno, dopo aver accompagnato i bambini a scuola, di lui si è persa ogni traccia. Sempre a Roatan è scomparso, insieme a lui, un suo conoscente torinese, Luca Pagliaro.
I mass media italiani, sorprendentemente, non hanno quasi dato eco alle sparizioni di Maurilio e Luca, pur trattandosi di due connazionali all'estero e pur essendo casi a tutt'oggi irrisolti, di sicuro interesse giornalistico.
Le famiglie attendono ancora risposte.

Michele Morandi
è nato a Napoli, laureatosi in Medicina e Chirurgia si trasferisce a Torino. Dopo essersi specializzato in Igiene e Organizzazione dei Servizi Ospedalieri, intraprende la carriera di Medico di Direzione Sanitaria Ospedaliera.

Attualmente il libro è in vendita presso:
- Libreria **L'angolo Manzoni** Via Cernaia 36/D Torino
- Libreria **Borgopo'** Via L. Ornato 10 Torino
- Libreria **PiemonteLibri** - Via S. Tommaso 18 Torino
- Libreria **Feltrinelli Lingotto** Via Nizza, 262 Torino
- Libreria **Feltrinelli Village** (Le Gru) Via Crea 10 Grugliasco

Sito internet ***www.inmondadori.it***