Anno 31 ***n.3 giugno 2015*** Periodico sostenuto da promotori e lettori * Diretto da *franco cilenti* * Red. *info@lavoroesalute.org*
Rivista dell'Associazione *Medicina Democratica* Movimento di Lotta per la Salute - Onlus * Dir. resp. *fulvio aurora*

LA SALUTE DEI PRECARI
INCHIESTA
da pag. 32 a pag. 35

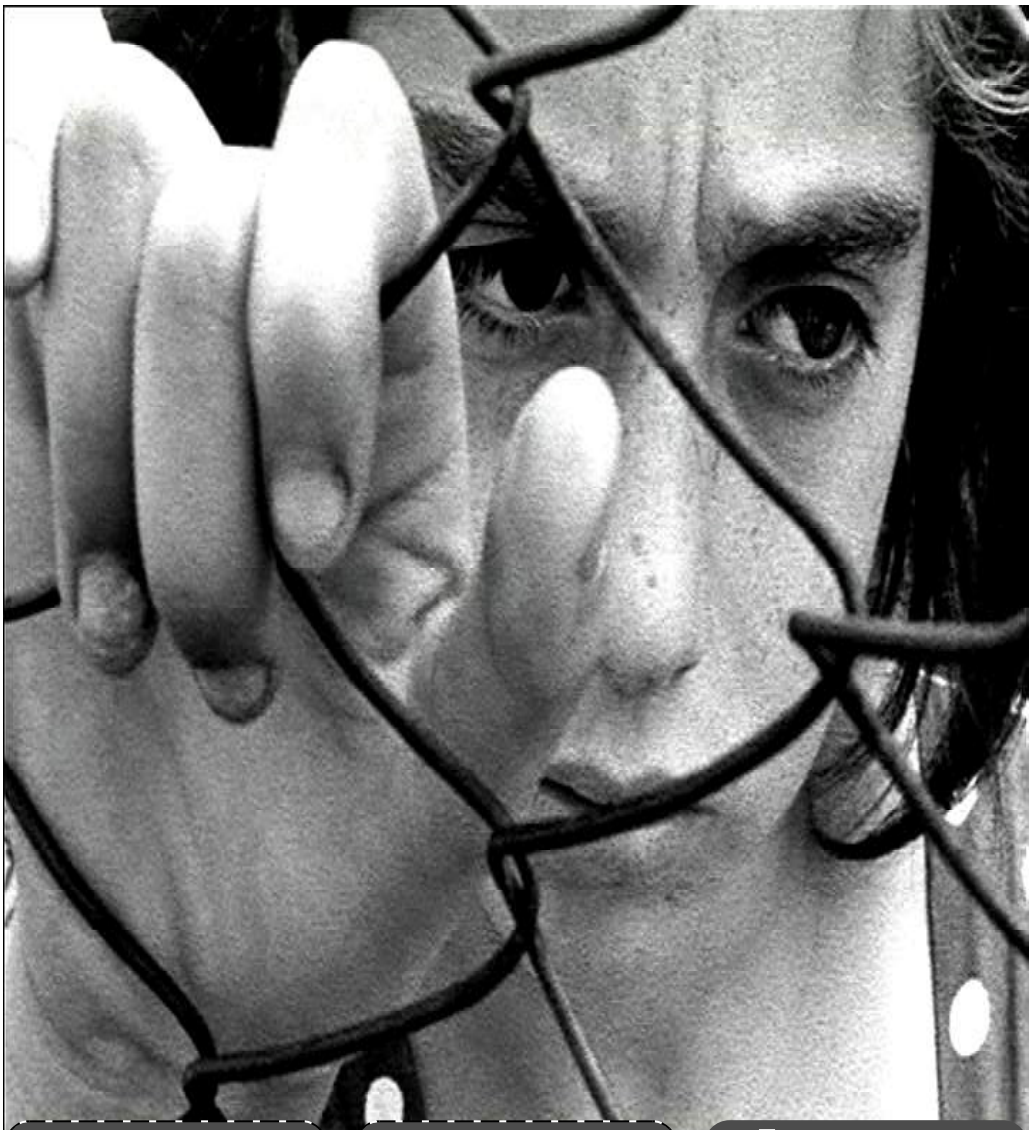
Racconti e Opinioni
lavoroesalute
www.lavoroesalute.org

Sfruttamento psicofisico e salariale dannoso per tutti

Appalti sui corpi di pulizia

Le vite prigioniere nei servizi appaltati *a pag. 12*

Le cure a casa
lontana dalle grinfie dei privati e dei tagli
a pag. 10



2- editoriale
La sanità in mano ai sovversivi

6- sanità pubblica
Non ci sono soldi? Falso

9- sanità Val Susa
Per un fronte sanitario di lotta

16- pronto soccorso
La reposansabilità penale al triage

19- racconti
Racconti di corsie d'ospedale

21- malelavoro
Jobs Act e sanità? il comma killer

27- Hiv e lavoro
Allarmanti discriminazioni

29- Aids e retrovirus
Le urgenze per 8000 coinfettati

36- la malascuola
Stress correlato e burn-out

46- libro
I ribelli della montagna no tav

48- documentario
Stop OPG: chiuderli tutti

monologo di un etilista
Racconto di *Antonio Recanatini*
a pag. 38

La rubrica di psicologia
Amori online
di *Deborah Carta*
a pag. 44

lettere
infermieri e penale
a pag. 16
Casi di Epatite C
a pag. 30

> e altro ancora nelle 48 pagine

LA PODEROSA
Associazione di Promozione Sociale
Via Salerno 15a - Torino
www.associazionelapoderosa.it
a pag. 47 i servizi ai soci

Movimento di lotta per la salute *Associazione onlus*
Studi, inchieste e iniziative. Sanità, ambiente, sicurezza lavoro
Medicina Democratica
MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE
www.medicinademocratica.it

O ti racconti
O sei raccontato
Scrivi a
Lavoro e Salute
info@lavoroesalute.org

editoriale

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

di ***franco cilenti***

La sanità in mano ai sovversivi. Liberiamola

L'attacco alla sanità pubblica non è contingente, ha un retroterra e un disegno in itinere, negli ultimi anni è stato portato affondo da parte dei poteri forti e da parte di una ideologia di destra, ben coperta dal centroexsinistra, che ha spazzato via la statualità, la universalità e la gratuità del diritto alla salute, così come scritto nella Costituzione italiana.

La scelta privatistica della politica sanitaria degli ultimi è basata su una semplice equazione: il Servizio Sanitario Nazionale è un'azienda coi suoi azionisti, i suoi bilanci e le sue succursali regionali. Equazione troppo semplicistica per motivare, e mascherare, le reali intenzioni di occupazione affaristica dei mandanti politici e imprenditoriali e degli esecutori delle terne manageriali.

Ora, senza generalizzare le individualità chiamate ad eseguire il dettame politico-imprenditoriale col rischio di penalizzare anche le ricchezze umane e professionali di tanti che accettano di coprire ruoli di decisionalità indotta, come operatori ci preme mettere all'ordine del giorno, per ricominciare a concretizzare il "che fare" di fronte a queste brutali e discriminatorie politiche sanitarie del governo e dei suoi sostenitori, il tema della partecipazione, secondo le proprie ricchezze professionali e soggettività. Questa gestione politica della crisi e dei "tagli lineari" colpisce nel reddito e nella salute sempre più le fasce di una popolazione meno abbiente in primo luogo ma che si amplieranno sempre di più ai presunti abbienti.

La stessa Corte dei Conti ha ribadito che la storia dei "tagli lineari" è una misura governativa e amministrativa anticostituzionale e che non sono affatto giustificati.

I tecnici che vogliono governare questa crisi declamando di essere i soli in grado di risolverla sono gli stessi che hanno contribuito a produrla e continuano a lavorare per mantenere il potere economico nelle mani di pochi, degli stessi che sapevano. Questo va detto e va spiegato, senza sosta, alle persone che pagano per gli errori di altri.

Siamo in uno stato di disastro da cui sembra impossibile uscire e dal quale ci dicono che intanto dobbiamo pagare e poi vedremo come uscirne.

Dobbiamo coniugare le nostre capacità tecniche un nuovo impegno politico e sociale, una ferma pressione per reclamare il dibattito per condividere un nuovo coraggio nelle scelte.

Il progetto attuale sulla sanità porterà a sfasciare il servizio sanitario nazionale a favore di un sempre più incalzante sistema privatistico, ma noi continueremo a pagare il vecchio e dovremo anche pagare il nuovo.

L'attuale governance è tesa a consentire la più vasta penetrazione dell'impianto di controllo e di gestione privato o assimilabile per gestire, di fatto, il fondo sanitario nel suo insieme. Una azione palese è quella di avere costituito un potere gestionale-dirigenziale avulso dal controllo democratico degli organismi sociali e di cittadini, sovrapponendo e distanziando la gestione cosiddetta strategica a quella operativa.

Nella pratica si è sradicata la professionalità dell'impiegato pubblico, penalizzando la sua azione e affiancandogli nel tempo, per poi sostituirlo, personale a contratto privato, di consulenza. Ma non certo e non solo il singolo professionista pubblico viene inesorabilmente esautorato, ma soprattutto il singolo servizio. Questo comporta subito due risultati: si scolla la dirigenza e l'operatore singolo dalla medesima istituzione e automaticamente li si incolpa di non essere capaci a partecipare alla stessa.

I lavoratori pubblici vengono privati di strumenti di dialogo, di partecipazione sindacale e li si costringe ad un superlavoro, sul campo, respingendo le loro critiche o analisi e si chiede loro un maggiore impegno, a minor costo e con minori garanzie. Senza più strumenti li si accusa di non voler o non saper partecipare al miglioramento del "prodotto" sanitario e li si accusa di non voler o non saper partecipare al taglio della spesa.

Ovviamente anche il centroexsinistra ha contribuito alla realizzazione di questo disegno. In particolare ha partecipato a confondere gli operatori, ha partecipato a far pesare il costo rispetto al prodotto, pagando la malattia e non la salute, non ha affatto sottolineato il costo evitato rispetto alla

CONTINUA A PAG. 3

Sovversivi al governo?

I soliti malpensanti!

Renzi e il suo partito sparano leggi di sangue contro gli inermi?

Renzi ha potenziato le bombe preparate da Berlusconi e Monti?

Renzi ha gambizzato i sindacati già debilitati?

Più che un sovversivo, è un detersivo che lava i panni sporchi degli affari di potere delle onorabili famiglie al comando.

La sanità in mano ai sovversivi.

CONTINUA DA PAG. 2

spesa presunta, non ha fatto abbastanza per sottolineare gli sprechi della gestione, sottolineando invece gli sprechi del singolo.
In pratica la Sanità costerebbe troppo, vi sarebbero troppe realtà inutili, quindi da tagliare, vi sarebbe una incapacità degli operatori unita a una scarsa cultura di risparmio da parte degli utenti.
Infine, nonostante la tenuta fisica e politica di molti di noi, i singoli operatori e le organizzazioni sindacali non sono certo aiutati a confermare il proprio vero ruolo nel contesto del lavoro, poiché non solo non li si coinvolge nelle scelte strategiche ma li si incolla ad un inutile ruolo di difesa lobbistica.

Paradossalmente, infatti, le stesse organizzazioni sindacali si vedono costrette continuamente a difendere, sempre più confusamente e malamente, il ruolo degli operatori, continuamente messo in discussione, quando questo dovrebbe essere consolidato, e non vengono più interpellati nella costruzione del lavoro.

Se si studia il quadro generale del pensiero economico in ambito sanitario ci si rende conto di tutto il disegno che nell'ultimo decennio ha devastato il sistema pubblico. Prendiamo ad esempio gli sprechi e la appropriatezza nelle cure.
Si trovano numerosi lavori scientifici sulla necessità che il singolo operatore sia coinvolto nella appropriatezza nell'impiego delle risorse, e però non esistono

lavori scientificamente costruiti relativi agli sprechi delle grosse risorse finanziarie a disposizione dei governi sanitari. Che vuol dire? Vuol dire che se ognuno si sente in dovere di richiamare il singolo all'ordine, nessuno mette in fila tutto quello che si è sprecato, inutilizzato, ripetuto, buttato al vento, malversato delle risorse.

Facciamo un esempio: in Piemonte si tagliano risorse e posti letto, la Regione deve pagare grandi e piccole strutture sanitarie private/convenzionate per ricoveri e servizi, ma allora, ci si dovrebbe chiedere, se abbiamo bisogno del convenzionato sia come servizi che come posti letto perché tagliamo il pubblico?

Vuol dire che abbiamo bisogno di quei posti letto e di quei servizi se li usiamo e li paghiamo!!!! E non li paghiamo certamente di meno, infatti se così fosse i sistemi regionali avrebbero dei risparmi veri, e gli istituti privati non avrebbero alcun plusvalore. I soldi pubblici non devono creare plusvalore (oltre un certo limite) perché in questo caso significa che comunque se ne potevano spendere meno. Allora perché dobbiamo tagliare i posti pubblici quando poi dobbiamo ricorrere ai privati?

È poi nele aziende sanitarie ci parlano di economia del "merito": là dove il merito, il premio, stanno tutti nel "rapporto". Un rapporto che deve saper coniugare la produttività (ossia la disciplina) con il basso costo (il sacrificio).
In realtà, se sacrificati e disciplinati, sottopagati e rassegnati, avremo un lavoro sempre sicuro contrattualmente e quindi meno riconosciuto come utile, una professionalità sempre meno gratificata.

Lo stato delle cose presenti in Italia ci racconta di delinquenza politica, di uomini e donne fautori di austerità a senso unico.
E' una politica di sovversione dell'Ordine Costituito dalla Costituzione Repubblicana che mette a richio la civiltà e la convivenza civile riducendo al lumincino il senso della vita sociale con la precarizzazione del lavoro ridotto ad elemosina e schivitù.
Debilitando l'ossatura dello Stato rappresentato dal lavoro pubblico addossando ad esso tutte le colpe delle scelte politiche degli ultimi trent'anni, come se la rovina del Paese fosse colpa dei dipendenti pubblici e non della corruzione del sistema politico e imprenditoriale, della mafia infiltrata nei gangli centrali e preiferici delle istituzioni. In base a questa mistificazione fanno finta di non sapere che in Italia solo 58 persone su mille sono dipendenti pubblici contro i 135 della Svezia, i 94 della Francia, i 92 del Regno Unito. E che gli stipendi medi sono tra i più bassi d'Europa.

A fronte di questo stato, ci rivolgiamo direttamente ai manager: è misero quel numero di 600 assunzioni in Piemonte per tappare almeno 5000 buchi che fanno sembrare le aziende un campo di battaglia nella guerra quotidiana di sopravvivenza delle professioni per rispondere ai bisogni di cura.

Nota. *Ho ripreso alcuni passaggi e concetti di un mio editoriale di tanti anni fa, per dimostrare come ad oggi nulla sia cambiato ma anzi peggiorato in quanto percorso pianifica per debilitare il Servizio S. N. per, "curarlo" oggi con il farmaco della privatizzazione confacente al sistema istituzionale nelle mani di poteri privati.*

Racconti e Opinioni
lavoroesalute BLOG
PAGINE DI LAVORO, SALUTE, POLITICA, CULTURA, RELAZIONI SOCIALI - A CURA DI FRANCO CILENTI
www.blog-lavoroesalute.org
Racconti e Opinioni di Lavoro, Salute, Politica, Cultura, Relazioni sociali
pagine di ALTRAinformazione a cura di franco cilenti

Piemonte avanti nel risparmio sulla salute
Fusioni asl
Il prezzo e i finti risparmi

Chi ha a che fare con la sanità pubblica - se possiede un minimo di cervello - si rende subito conto di esser capitato in un baraccone che nessuno governa davvero (tradotto: si preoccupa di gestire al meglio le risorse a disposizione) e che funziona soltanto per il "senso di missione" che anima il personale dipendente, dai medici agli infermieri, ai portantini. Come dappertutto ci sono anche i posapiano e i menefreghisti, ovviamente, ma se l'insieme ancora funziona, salvando un numero di vite enormemente più alto degli strombazzatissimi episodi di "malasanità" (qualche decina l'anno, comunque troppi, ma vengono usati per rovesciare la realtà quotidiana), lo si deve a chi fa questo lavoro.

Ma il comandamento della Troika è "tagliare la spesa pubblica". Non sapendo dove mettere le mani, gli incompetenti al governo (tutti i governi degli ultimi venti anni) procedono a tentoni, con "pensate" che in genere si limitano a recepire le indicazioni di manager provenienti da tutt'altri settori. E che in genere non capiscono davvero un tubo di sanità.

L'idea principale, fin qui, "per risparmiare", è stata quella di diminuire il numero di Asl e di aziende ospedaliere, mediante fusioni o chiusure. In questo modo si va - a dispetto di un servizio sociale che dovrebbe adattarsi alle diverse realtà territoriali (con popolazioni di età media anche molto differente e quindi con percentuali di patologie non uniformi) - verso un modello ultra-centralizzato, fondato su poche grandissime "aziende", dove la complessità sparisce a favore di una "semplificazione" che esiste solo sulla carta.

Difficile impegnarsi, come piccola redazione, in una inchiesta delle dimensioni che sarebbero necessarie. Ma possiamo sempre segnalarvi le denunce che arrivano da operatori attenti e competenti, addirittura senza alcuna "connotazione politica" e per questo forse, come in questo caso, ancora più illuminanti.

Quello che segue è un articolo che riprende una relazione del direttore del Fiaso (Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere), pubblicato su www.panoramasanita.it.

Redazione Contropiano

"Una dimensione ideale dell'Azienda sanitaria, valida sempre e ovunque, non esiste. Ma è difficile immaginare che le mega-Aziende che stanno nascendo con gli accorpamenti siano il modello ottimale per gestire un sistema complesso come l'offerta sanitaria. Si potrebbe pensare di risparmiare sugli stipendi dei vertici, ma i dati ci dicono che dopo le le fusioni rischiamo di spendere addirittura di più". E' quanto afferma il direttore Fiaso Nicola Pinelli in un suo intervento sulla Newsletter della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere N° 1, Gennaio-Febbraio 2015.

"Le Aziende sanitarie e ospedaliere" spiega Pinelli "sono organizzazioni complesse, come emerge dall'analisi di alcuni indicatori: il 35% dei loro dipendenti, ovvero circa 240mila professionisti su un totale di 683mila, è laureato, una proporzione riscontrabile in poche realtà del settore privato, mentre il fatturato medio, già prima degli ultimi accorpamenti, si aggirava intorno agli 800 milioni di euro.

Un volume produttivo a cui corrispondono, sempre nel privato, retribuzioni del management più che doppie rispetto a quelle delle Asl e delle Ao, che sono però organizzazioni in evoluzione tecnologica e clinica continue, in cui l'attività programmatoria è particolarmente difficile, e finalizzate alla produzione di un bene pregiato e complesso come la salute. Questa complessità che non può essere efficacemente governata ampliando a dismisura la dimensione delle Aziende. Nel 1995 il numero complessivo di Asl e Ao era di 347 e, ancora nel 2001, di 311: 183 Asl e 95 AO. Questo dato si è progressivamente ridotto, fino ad arrivare alle 248 del 2013: ciò significa che un quarto delle Aziende sono state riassorbite in altre, con un -29% di Asl e un -20% di Aziende ospedaliere totali.

Negli ultimi anni, se non mesi, i processi di accorpamento hanno subito una nuova accelerazione, spesso motivata dall'esigenza di conseguire risparmi e di fare cassa. Nonostante l'assenza di qualunque indicatore economico o di studi scientifici che dimostrassero l'esistenza di una correlazione tra grande dimensione e ottimizzazione della spesa. Mega-aggregazioni sono state progettate o messe in atto in Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, Friuli, Sardegna e Toscana, con la nascita di Aziende dal perimetro sovradimensionato. La neonata Ausl della Romagna, ad esempio" prosegue Pinelli, "conta una popolazione di un milione e 105mila assistiti e un valore di produzione di 2 miliardi e 406 milioni di euro. In Toscana la mega-azienda Nord-Ovest si assesterebbe su cifre simili, mentre la Asl Centro servirebbe una popolazione di un milione e 589mila assistiti con un valore della produzione pari a 2 miliardi e 890milioni, numeri a cui si avvicinerebbe anche l'Azienda Sud-Est.

Aziende di queste dimensioni dovranno continuare a garantire la gestione della complessità e della qualità aziendale, accountability, trasparenza e legalità, nonostante mega-bilanci sempre più difficili da interpretare. Dovranno inoltre essere in grado di mantenere vivo quel senso di identità e appartenenza fondamentali per motivare i professionisti e migliorare il clima organizzativo che, come dimostrato anche da alcuni studi della nostra Federazione, influenza la produttività in modo rilevante. Una dimensione ideale dell'Azienda sanitaria, valida sempre e ovunque, non esiste.

Ma è difficile immaginare di ottemperare a tanti e tali compiti con la gestione di bilanci plurimiliardari e un'utenza di un milione e mezzo di assistiti.

CONTINUA A PAG. 5

Il prezzo e i finti risparmi

CONTINUA DA PAG. 4

A meno che gli accorpamenti non si riducano a una mera operazione di riduzione dei costi del management. Ma non solo la tenuta finanziaria non passa per qualche stipendio in meno, ma la riduzione di posizioni apicali nelle Aziende sanitarie non produrrebbe alcun risparmio. In Toscana, ad esempio, tutti i Direttori generali sono in aspettativa da altri incarichi pubblici e il 75% di loro sono dirigenti di struttura complessa. Lasciando la direzione della Asl tornerebbero ai loro incarichi, guadagnando lo stesso o, nella maggior parte dei casi, più di quanto percepiscano ora.

"Lo stesso discorso" conclude il Direttore Fiaso "vale per i Direttori sanitari, il 91% dei quali dirigenti di prima fascia, mentre tre Direttori amministrativi su quattro tornerebbero alle dipendenze di un altro ente pubblico, nel 33% dei casi con il ruolo di dirigente di struttura complessa.

Non ci sarebbe dunque nessun guadagno per le casse pubbliche, ma solo un tentativo, dal sapore demagogico, di mascherare i veri problemi della sanità pubblica italiana, a partire dall'ennesimo taglio di due miliardi di euro che sta rendendo sempre più difficile l'impegno delle Aziende, che continuano a "fare meglio con meno"".

ASL E CASE DI CURA
Ma dove sono i risparmi?

Telemedicina, assistenza domiciliare, residenze come ultima risorsa. Mai ho letto un discorso così centrato e ineccepibile. Per mesi, per conto di Lavoro&Salute, il mondo della definita bassa intensità, è stato oggetto d'inchiesta giornalistica, di approfondimento. Più ci si cala in questo mondo, più si rimane inorriditi, stupiti, indignati. Quanto contenuto nello scritto a pagina 10 è quanto di più semplice, economico e UMANO si dovrebbe fare, risparmiando non solo in termini economici, ma di mancato riconoscimento di dignità ai cittadini che si trovano a fare i conti con la bassa intensità.

Qui la storia è come il lessico politically correct che va tanto di moda oggi per le pensioni, ovvero: aspettative di vita. Nessuno ha il coraggio, crudo e essenziale di dire che le aspettative di vita stanno a significare aspettative di morte. Bassa intensità vuol dire per i tecnici che sei, diciamo, vecchio con tutto quello che questo comporta, ovvero perdita di autonomia, di ben essere e spesso, sempre più spesso della libertà di esprimersi, sapete come sono "i vecchi.....". Viene meno il libero arbitrio dell'individuo, pare quasi ci sia un interruttore nella società. Passato un certo limite diventi vecchio, bassa intensità e pure un po' fuori di testa. Non è così, basterebbe mettere in atto, senza rivoluzioni, quanto da anni esiste ed è legge. Ciò non avviene perchè sorge fortissimo, il dubbio che gravitino intorno al discorso, degli interessi economici enormi. Gli UVG funzionano poco, male e senza alcun controllo di trasparenza, le dimissioni protette sono l'inizio di un pellegrinaggio da parte del cittadino malcapitato, che lo porterà a farsi, come minimo un paio di giri su una barella di pronto soccorso, giusto per non fare abbassare la retta che percepisce la struttura ospitante. Cosa appare curioso è che quando si parla di domiciliarità, viene risposto che non ci sono le risorse (leggi soldi), per contro i soldi saltano fuori per pagare rette a strutture non controllate in modo serio. Per contro scatta una certa qual sorta di sindrome di Stoccolma, quando il cittadino dopo lunghe inadempienze, code, spersonalizzazioni, trova un letto, costui prova gratitudine, dimenticando che per anni ha finanziato il cosiddetto welfare, lui è azionista di maggioranza. Adesso è solo bassa intensità con basse aspettative di vita. Finchè non si prenderà coscienza dello stato di cose, finchè gli italiani continueranno a accettare bonus, tickets, e letti a bassa intensità per grazia ricevuta, la situazione sarà e permarrà grave e incivile, mentre i signori delle strutture e la cattiva politica trarranno sempre più vantaggi economici e voti.

Arnaldo Sanità

SINDACATI PREOCCUPATI?

"Per riorganizzare il Sistema Sanitario Regionale non bastano le toppe, serve una vera programmazione dei fabbisogni del personale e delle competenze. L'Assessore parla di 600 nuove assunzioni; peccato che non voglia dire se si tratterà di una nuova infornata di dirigenti o di personale di comparto che andrà, davvero, a rinforzare i servizi ospedalieri e territoriali.

Eppure basterebbe fare un giro nei reparti o passare in esame le reali necessità di cura e assistenza per capire che di nuove assunzioni ce ne servirebbero ben oltre."

Sono le critiche di CGIL CISL UIL ai provvedimenti previsti dalla Giunta regionale del Piemonte. Ovvie e inconfutabili, però navigano sempre nei melmosi criteri del costo del lavoro rappresentato dagli operatori e non capiamo perchè questa trappola non venga elementarmente evitata per imporre un tavolo di discussione sullo stato reale del sistema sanitario regionale. Non capiamo, o non vogliamo testardamente capire, se questa è una commedia delle parti, con gli operatori spettatori sindacalmente inermi.

E non basta certamente l'invito del vicepresidente del Consiglio regionale, Nino Boeti, per "*un rapporto sereno con i sindacati*" a cogliere la vera dimensione del vissuto quotidiano di operatori, malati e familiari.

Così come non è certamente solo la questione delle 600 nuove risorse (tappi troppo piccoli per chiudere le falle degli organici) a dover essere affrontata come priorità. I sindacati devono operare chirugicamente per guarire la miopia politica della Giunta.

Redazione

Non ci sono soldi per la sanità? Falso!

Con le nuove misure di austerity è a repentaglio l'art 32 della Costituzione, quello che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo. In realtà - a differenza di quanto detto dal governo - le coperture economiche ci sono ma non vengono attuate le giuste politiche, per questo è necessario cambiare i paradigmi: "Non risorse contro diritti ma diritti come risorse".

(....)

Dalla sua istituzione con la legge '833/78 ad oggi, il servizio sanitario nazionale, e regionale, è finanziato "attraverso le tasse", pur nelle modificazioni degli assetti del sistema fiscale e dei trasferimenti di fondi dallo stato centrale alle regioni nelle varie stagioni amministrative del federalismo.

La statuizione dell'art. 32 della Costituzione di garantire "cure gratuite agli indigenti" sul piano normativo è quindi realizzata appieno dal momento che è assicurata la accessibilità alle cure del servizio sanitario nazionale anche ai cittadini che non pagano tributi diretti, fatti salvi i casi di evasione ed elusione fiscale (!), per insufficienza di reddito.

Tutti i cittadini "non indigenti", al contrario, "pagano in anticipo" tramite le rispettive contribuzioni fiscali proporzionali al proprio reddito.

In sostanza il servizio sanitario pubblico italiano, nazionale e regionale, opera come una sorta di "grande unica assicurazione pubblica con proprie sedi erogative", finanziata sostanzialmente dalla fiscalità generale e regionale con le quali sono "prepagate in ragione del reddito" tutte le prestazioni assistenziali necessarie a ciascun cittadino (universalismo).

E' opportuno che così sia, perché la produzione dei servizi sanitari ha un costo (!) sicché la gratuità per tutti è impossibile e quella per alcuni è necessariamente una spesa per altri, ma per essi è, al contempo, un interesse materiale in quanto contrasto alla diffusione delle malattie e salute riproduttiva del corpo sociale, ed ideale in quanto realizzazione della socialità umana (solidarismo).

E' però necessario segnalare che, proprio in virtù del fatto che le prestazioni sanitarie sono già "prepagate", nel senso di già finanziate con un anticipato esborso di danaro, ancorché non direttamente correlato, da tutti i cittadini "non indigenti", risulta moralmente

inaccettabile, nonché economicamente selettiva a carico dei meno abbienti, la imposizione di ticket aggiuntivi di entità ormai pari al costo di produzione delle prestazioni assistenziali stesse, sì da trasformarli da strumenti di "moderazione" di abusi dell'accesso all'assistenza sanitaria "da maleducazione sanitaria e civile" in vera e propria "tassa sulla malattia".

Come testualmente si legge in un efficace ed autorevole sunto sul sito ufficiale del Ministero della Sanità, "ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti, in un importo definito e cristallizzato in seguito ad un'intesa fra lo Stato e le Regioni" sono addirittura previsti quale prima fonte di finanziamento dei servizi sanitari regionali nei "patti per la salute" tra governo centrale e regioni!

Non necessita quindi oggi alcuna modifica dell'art. 32 della Costituzione ma la sua piena attuazione così com'è, e, sul piano normativo e non, sia l'abolizione delle "tasse sulla malattia" nella forma dei ticket, sia più in generale quell'insieme di investimenti pubblici sulle strutture del servizio sanitario pubblico e di sblocco del turn-over e dei contratti che sono la precondizione per "ridurre" le liste di attesa e incrementare la qualità e la quantità dell'offerta di assistenza sanitaria pubblica !

(....)

Circa i determinanti della salute, i fattori cioè la cui presenza modifica in senso positivo o negativo lo stato di salute di una popolazione, accreditati studi internazionali hanno ormai accertato le seguenti stime quantitative dell'impatto di alcuni di essi sulla longevità delle comunità, utilizzata come indicatore indiretto dello stato di salute: i fattori socio-economici e gli stili di vita contribuiscono per il 40-50%; lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-30%; l'eredità genetica per un il 20-30%, e i servizi sanitari per il 10 -15%.

È inoltre comunque condiviso il fatto che per poter agire sui fattori che determinano la salute è di fondamentale importanza l'esistenza di condizioni definibili come "prerequisiti" della stessa. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Carta di Ottawa 1986) essi sono: l'abitazione, la pace, l'istruzione, l'alimentazione, il reddito, l'ecosistema, la giustizia e l'equità sociale.

(....)

La terza rivoluzione industriale non solo già condiziona gli ambienti di vita e di lavoro e quindi propone nuove genesi delle malattie somatopsichiche, ma impatta assai profondamente sia sulle "metodologie e sui materiali" delle attività di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione sia "sulla organizzazione e sulla struttura dell'offerta". In particolare l'impatto sull'organizzazione del lavoro

CONTINUA A PAG. 7

Non ci sono soldi per la sanità?

CONTINUA DA PAG. 6

comporta il superamento della figura del professionista

"totipotente" ed "esclusivo esecutore di performance intellettuali e pratiche", quali il medico di medicina generale o l'infermiere professionale "unico", e addirittura dello specialista di "prima generazione" in favore di uno specialismo per specifiche competenze cliniche e strumentali che può già oggi esprimersi esclusivamente in un lavoro di gruppo interdisciplinare e multiprofessionale, includente anche specialisti di ambito non biomedico (psicologi, fisici, chimici, informatici, filosofi, amministrativi, esperti di comunicazione e via dicendo), nelle quali vanno ridefinendosi le competenze e le autonomie professionali che trovano il loro modularsi nella formazione interdisciplinare ed interprofessionale e nella responsabilizzazione e nella capacità di rendere efficaci le performances di gruppo.

L'impatto sulla struttura organizzativa che vede la trasformazione degli ospedali per acuti in centri servizi di alta tecnologia diagnostico-terapeutica, interconnessi in forma "olonico non virtuale" ma concretamente diretta e supportata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) nelle forme in rapida diffusione di e-health (telemedicina), con i servizi "a domicilio" della popolazione, convenzionalmente indicati con il termine "territorio".

Di qui la trasformazione in atto della struttura del servizio sanitario pubblico, meno e più grandi ospedali per acuti e più "case della Salute" reciprocamente interconnessi, che la sinistra deve promuovere discriminando ciò che è taglio di servizi da ciò che è nuova tecnologia assistenziale cui i cittadini hanno diritto di accedere.

Gianluigi Trianni
micromega

Sanità, miniera d'oro per le mafie

Rappresenta il 77% della spesa complessiva delle regioni, una vera miniera d'oro su cui le mafie hanno già messo mano sotto forma di appalti, forniture di beni e servizi. E non è solo una questione di business economico, mettere le mani sulla sanità significa anche potere, consenso sociale che deriva dalle assunzioni e dalle promozioni da riservare ad amici ed amici degli amici. Un sistema che si completa poi con la trasformazione in consenso elettorale da utilizzare per nuove alleanze. Non solo a Sud da tempo ma anche al Nord nel comparto della sanità pubblica e privata.

Secondo la Commissione parlamentare antimafia "La Lombardia, a oggi, è la regione del nord in cui si rilevano i principali casi di penetrazione mafiosa in ambito sanitario. E la 'ndrangheta ancora una volta ricopre una posizione apicale tra le differenti organizzazioni, rivestendo il ruolo di protagonista nei più eclatanti episodi di infiltrazione sinora verificatisi nel Settentrione".

Si parla di "un sistema di fedeltà politiche come regolatore supremo della gestione delle carriere del personale medico-sanitario. Nomine politiche di direttori generali sanitari, direttori ospedalieri e primari di reparto che rispondono a logiche particolaristiche a discapito dei principi di meritocrazia e responsabilità".

E ancora "varchi strutturali alla corruzione, attraverso un processo di liberalizzazione spinta del sistema sanitario regionale". Il ventre molle della sanità lombarda è rappresentato dal sistema dei rimborsi pubblici relativi alle prestazioni mediche di istituti privati accreditati e gli appalti di servizi e forniture funzionali all'attività ospedaliera (ristorazione, forniture mediche, servizi di pulizia, lavanderia, edilizia) affidati in via privilegiata ad aziende o cooperative collaterali o addirittura "figlie" del potere politico regionale". Un sistema complessivamente permeabile in assenza controlli.

La sanità, secondo la relazione "costituisce un punto di approdo ambito da tutte le organizzazioni mafiose di rispetto". Grandi affari e non solo. Sono numerosi anche i casi di "infiltrazioni collaterali", quelle che producono utilità derivanti da attività di servizio alla funzione sanitaria (appalti minori per forniture, onoranze funebri, edilizia, ristorazione, servizi di pulizia e lavanderia)". Secondo lo studio gli ospedali rappresentano "un insospettabile luogo di ritrovo per gli esponenti di organizzazioni criminali. I quali, approfittando del ricovero di un affiliato, si possono riunire per discutere pacificamente di affari o, addirittura, per indire veri e propri summit di mafia in luoghi sottratti di norma al rischio delle intercettazioni ambientali".

Uscendo dal "modello lombardo", la relazione dà conto di casi di infiltrazione a Torino e in Emilia Romagna. Altri segnali giungono poi dalla Valle d'Aosta e dal Triveneto.

Giuseppe Baldessarro Stralci da www.narcomafie.it

Note da fuori del palazzo per il presidente, l'assessore e il consiglio regionale

IL MARIA ADELAIDE E' UTILE AI CITTADINI

Abbiamo sperato a due anni dalla delibera Monferrino, che provvedeva alla chiusura dell'ospedale Maria Adelaide entro il giugno 2013, le iniziative di lotta e di mobilitazione dei lavoratori dell'ospedale e dei cittadini avessero convinto la Giunta Chiamparino a rivedere lo scellerato percorso della Giunta Cota, anche perchè nelle mobilitazioni erano ufficiosamente presenti esponenti del PD come il consigliere Boeti, questo scellerato piano ma nella riorganizzazione della rete ospedaliera il Maria Adelaide viene di nuovo destinato alla chiusura.

Anche loro fanno finta di non sapere che questo ospedale eroga tantissime prestazioni praticamente impssibili da collocare al CTO, alle Molinette o altrove facendo ingrossare le liste d'attesa , per poi, perdonateci la malizia, prevedere la svendita a a qualche forma surrettizia di privatizzazione. l'inevitabile via verso il privato.

E non è certamente maliziosa la considerazione del Comitato di operatori e cittadini SALVIAMO IL MARIA ADELAIDE che fa notare "***....esistono 3 reparti, chiusi da più di 3 anni. Due di questi reparti (grazie a una convenzione tra Comitato Ostensione della Sindone, Azienda Città della Salute e Arcidiocesi) sono stati adesso rimessi a nuovo, per potere dare ospitalità a 40 pellegrini che, a rotazione ogni 1-2 giorni, potranno andare all'ostensione della Sindone dal 19 aprile fino a fine giugno.***

Sembra incredibile che "passata la festa gabbato lo santu": il nostro ospedale, subito dopo quest'evento che dà lustro alla città, sarà chiuso definitivamente. Per l'ennesima volta si spendono soldi pubblici in manutenzione ordinaria e straordinaria...non ci scordiamo che l'edificio all'angolo tra via Pisa e via Messina ci è stato riconsegnato nuovo di zecca solo 5 anni fa, soldi pubblici che in pochi anni o pochi mesi vengono sperperati a causa di una classe politica che insegue solo la vetrina o le grandi opere".

Chiediamo un minimo di coerenza politica a chi quando era all'ooposizione della Giunta Cota diceva e scriveva cose diverse.

Redazione

GRADENIGO APPETITO DEI PROFITTI

L'Ospedale Gradenigo accoglie 40.000 passaggi in Pronto Soccorso, di proprietà del Comune di Torino ma dato in concessione a una Congregazione ecclesiastica non profit è comunque equiparato ad un presidio pubblico.

Stranamente la stessa Congregazione si dichiara impossibilitato a gestirlo e decide di cedere la gestione della struttura,

Per lunghi mesi si paventa un accordo con l'Humanitas,un gruppo lombardo che ha nel profitto la ragione della sua impresa.

La nostra sensazione, basata su discorsi e intenti ben chiari nei corridoi regionali, è che questa operazione, sostenuta sia dalla Giunta Cota che da questa di Chiamparino, non sia altro che un laboratorio sperimentale per dare, paventando uno stato di necessita debitoria costruito con campagne di stampa compiacente, altri ospedali pubblici oggi no profit - vedi il Cottolengo - in mano alla gestione privata favorendo quelli ad alto ricavo, lasciando al pubblico quelli più costosi, se non una vera e propria svendita del patrimonio.

Quindi un'operazione che fa entrare dalla porta di servizio una intrusione del famigerato modello lombardo nella sanità piemontese?

Questo è la subdola manovra che i cittadini, organizzati nei comitati, e la sinistra coerentemente in difesa del Servizio Sanitario Pubblico devono saper riconoscere in tutta la sua pericolosità e disinnescare nella mobilitazione.

Redazione

Il punto sulle contraddizioni che affliggono la sanità in Val di Susa

UN FRONTE SANITARIO DI LOTTA PER SUSA

Negli ultimi anni l'ospedale di Susa è stato oggetto di diverse trattative fra ASL e comune (prima guidato da un'amministrazione si-Tav, ora da un'amministrazione no-Tav), perché con le politiche dei tagli alla sanità, la ristrutturazione ed il mantenimento del P.O. di Susa diventava facilmente oggetto di contrattazione per altre questioni rispetto alla sanità, ossia per le politiche di cementificazione che il progetto NLTL comporta soprattutto per la vicinanza di Susa al cantiere del tunnel geognostico.

Fin tanto che l'amministrazione segusina era si-Tav, il mantenimento dell'ospedale di Susa veniva fatto passare come "premio", ossia il mantenimento della struttura veniva concesso per l'accondiscendenza dimostrata dall'amministrazione verso la NLTL (sostanzialmente con la scusa che gli operai del cantiere avrebbero avuto bisogno di poter usufruire di un servizio ospedaliero vicino al posto di lavoro).

Ora che l'amministrazione ha cambiato di segno, ma chi la guida è comunque dello stesso partito che guida la regione, è stato quanto meno possibile evitare di far passare il mantenimento del P.O. come "compensazione" per il progetto NLTL, ed è stato possibile firmare un protocollo d'intesa fra i sindaci della Val di Susa (in gran parte rappresentanti di liste civiche) e l'assessore Saitta, in cui quest'ultimo si impegna a mantenere tutta una serie di specialità mediche che sono del tutto indipendenti dal fatto di poter dare un primo soccorso rapido a chi lavora nel cantiere.

Nonostante le forti criticità ancora rilevabili nel pronto soccorso (molto affollato in alcuni momenti dell'anno), nella riduzione dei posti letto, e nella chiusura del punto nascite prospettata per fine anno, il protocollo firmato dai sindaci resta ancora, nel complesso dei servizi che saranno mantenuti, un accordo più che onorevole visti i tempi di tagli generalizzati alla sanità che vengono attuati ovunque per ripianare il buco del bilancio regionale.

Visto che però in Val di Susa la sanità è sempre stata messa in mezzo a questioni che con la salute dei

cittadini non c'entrano nulla, è altrettanto ovvio che ora, anche un protocollo che salvaguarda gran parte dei servizi previsti per il P.O., ma non riesce a far mantenere aperto il punto nascite (a causa di una legge nazionale che prevede un numero minimo di nascite all'anno), viene visto con sospetto dai cittadini che fan parte dei comitati no-Tav di valle, perché il fatto stesso che i sindaci delle liste civiche abbiano siglato un protocollo con uno dei maggiori fautori del Tav in val di Susa, viene letto come un "venire a patti col diavolo".

Purtroppo, la strumentalizzazione che viene fatta da alcune forze politiche sulla questione del punto nascite dell'ospedale di Susa, non permette di vedere che lo stesso muro di gomma che hanno trovato i sindaci delle liste civiche quando hanno proposto il mantenimento di tale punto, è stato riscontrato anche dalle stesse forze politiche che cavalcano la protesta (quando han provato a proporre un mantenimento dell'attuale punto nascite trasformandolo in un punto per il parto naturale), per cui l'apertura del punto nascite è stata negata sia ai sindaci che hanno firmato il protocollo, sia all'M5S che ha fatto la proposta di trasformazione, perché l'unico modo per riuscire a mantenere aperto tale servizio è evidentemente una deroga ad una legge nazionale.

Quello che sarebbe più sensato fare, quindi, sarebbe cercare di fare fronte comune (fra sindaci, consiglieri regionali e cittadini dei comitati a cui sta a cuore il mantenimento del punto nascite) per cercare di mettere in discussione la legge nazionale che prevede un certo numero di parti all'anno per mantenere gli standard di sicurezza necessari per mantenerlo correttamente funzionante.

In alternativa, e questo è il percorso scelto dall'ultimo protocollo della conferenza dei sindaci dell'ASL To 3, a causa della densità di popolazione bassa dovuta al territorio montano (sicuramente più vasto di quanto non sia un territorio di pianura) è possibile tentare la via della richiesta di deroga alla legge nazionale.

Purtroppo però, in Val di Susa sembra che siano ancora lontani i tempi in cui la sanità potrà essere considerata come un diritto e non fatta oggetto di strumentalizzazioni (di qualsiasi tipo) di una parte politica o di un'altra, per cui non ci resta che attendere tempi (o politici) migliori degli attuali.

Redazione

Per un progetto di domiciliarità lontano dalle grinfie dei privati e salvato dai tagli regionali.
Proposte dalla bassa Val di Susa

LA SALUTE A CASA

In tempi di crisi come questi, la possibilità di contrastare almeno in parte la recessione evitando di far aumentare ulteriormente il numero di disoccupati, potrebbe passare anche da un cambio di "paradigma" nella sanità, ossia da un diverso modo di impostare le cure, al momento tutto incentrato sulle strutture ospedaliere (o comunque residenziali), verso un'impostazione maggiormente territoriale. Un diverso modo di concepire l'assistenza sanitaria per i malati cronici o per gli anziani, infatti, potrebbe garantire non solo un miglior trattamento dei pazienti, che resterebbero nel proprio ambiente di vita, ma potrebbe anche permettere la creazione di posti di lavoro nuovi con la formazione di figure specializzate per le cure domiciliari. Andare verso una medicina di territorio, quindi, dovrebbe avere il duplice vantaggio di permettere ai pazienti di mantenere la propria rete di relazioni (e il relativo sostegno psicologico per affrontare la lungodegenza o la malattia cronica) e dare l'opportunità, a chi è orientato al lavoro di cura, di potersi formare per trovare dei lavori professionalizzanti anche nell'ambito dell'assistenza a domicilio (settore finora lasciato molto spesso in mano alla gestione privata e non specializzata delle badanti).

Oggi gli ultra sessantacinquenni sono in Italia quasi il 22% della popolazione (circa il 24% in Piemonte) e le proiezioni dicono che nel 2050 essi saranno non più una persona su quattro, ma una persona su tre (gli "ultra 85enni" saranno l'8% della popolazione). Inoltre, gli anziani rappresentano il numero maggiore di fruitori del servizio sanitario nazionale e dei servizi assistenziali, per cui è pressoché inevitabile che si imponga di scegliere il domicilio come luogo nel quale creare le condizioni per conservare la posizione attiva dell'individuo come avente diritto al welfare, e quindi le sue capacità di soggetto che ha dei legami con la comunità.

Questo cambio di paradigma sembrerebbe far parte degli obiettivi del Programma Operativo della Regione Piemonte che si prefigge di implementare l'assistenza territoriale degli anziani, tant'è che una deliberazione della Giunta Regionale di fine aprile (DRG n.18-1326 del 20/4/15) prevede che per l'assistenza agli anziani non autosufficienti venga potenziata la rete delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e, contemporaneamente, venga ampliato il "pacchetto di prestazioni" a domicilio, per far sì che gli anziani che volessero (o potessero) rimanere a casa, possano scegliere degli interventi di natura socio-sanitaria che siano equivalenti a quelli che l'assistito avrebbe in una RSA.

Fin qui nulla da eccepire: mantenere le Strutture Sanitarie Assistenziali per chi non ha la possibilità di essere assistito a casa con gli adeguati dispositivi d'appoggio, ma permettere anche di avvicinare le cure al malato, anziché il malato al luogo di cura, è sicuramente un obiettivo ammirevole che, soprattutto nel caso di soggetti fragili come gli anziani non autosufficienti, permette di rendere più efficaci le cure stesse.

Il DGR cita giustamente due professioni, quella del geriatra e dello psicologo, come quelle particolarmente esposte alla prova di questo compito di trasformare un'assistenza in un'esperienza di libertà. Il primo passaggio è che esse trasformino, a loro volta, la "valutazione dei deficit", in una "presa in carico" del soggetto "valutato". Il compito di una Unità di Valutazione Geriatrica, quindi, dovrebbe essere di avviare fin dal suo ambito il progetto di presa in carico, e monitorare, poi, l'attuazione sul luogo dove il soggetto vive, in modo che i pazienti e le loro famiglie abbiano la possibilità di scegliere davvero liberamente se andare verso un percorso di istituzionalizzazione (che al momento era l'unico previsto), oppure mantenere il malato nel proprio ambiente di vita, assistito non solo dal punto di vista medico, ma anche circondato dalla rete di relazioni famigliari ed amicali che ruotano attorno alla sua casa.

Guardando però l'investimento previsto per le RSA, ci si chiede perché la delibera non sia stata più decisa nel cercare di andare verso la medicina di territorio, ma permanga un insufficienza qualitativa e quantitativa delle risposte che oggi vengono fornite, e del fatto che la diffusione del problema si intrecci con la sua dispersione sul territorio. La necessità imperativa di ottimizzare l'uso delle risorse legittimerebbe, oggi, nel momento di crisi, (e forse anche di cambiamento della stessa radice del legame sociale), a sollevare il problema di avere il coraggio di progettare e sperimentare soluzioni nuove che coniughino un'attenta gestione delle risorse con la qualità del risultato.

CONTINUA A PAG. 11

LA SALUTE A CASA

CONTINUA DA PAG. 10

La delibera, invece, da un lato annuncia di voler dare un'alternativa all'istituzionalizzazione degli anziani, e dall'altro lato stanzia comunque 15 mln di euro per riuscire a far arrivare a 1,7 i posti letto ogni 100 anziani sopra i 65 anni. Una soluzione del genere, sarebbe anche plausibile nel momento in cui la Regione avesse effettivamente molti soldi da investire nella sanità, e quindi potesse finanziare tranquillamente sia l'aumento dei posti letto nelle RSA che la medicina a domicilio prevista dall'obiettivo dell'assistenza territoriale degli anziani.
Dall'ultimo bilancio regionale approvato (12 maggio) risulta invece che per residui passivi, debiti fuori bilancio della sanità e passività pregresse, ci siano da ripianare 6,6 miliardi di debiti, e inoltre, alcuni esempi di domiciliazione delle cure messi in campo già prima della delibera, per andare proprio verso l'assistenza territoriale degli anziani, non si sa che fine faranno.

Ciò che la delibera di aprile prevede si debba realizzare a partire dal prossimo 30 giugno, infatti, è già stato sperimentato per esempio con un progetto di telemedicina gestito da una geriatra in bassa Val di Susa. Proprio sulla scorta dell'esperienza (sperimentale) che si è svolta con 80 pazienti dislocati in diversi comuni della bassa valle, la stessa UE ha riconosciuto che gli esiti della domiciliazione delle cure sono molto positivi (anche nel caso di malati terminali) perché la possibilità di lasciare il malato anziano nel proprio ambiente di vita, oltre a permettergli di non contrarre tutta una serie di patologie che spesso vengono prese negli ospedali, gli permette di rimanere in un contesto noto, che rinforza la volontà di vivere, anziché portarlo verso un'apatia che per molti anziani spesso sfocia nel "lasciarsi morire".

La metodologia di intervento realizzata in questo progetto ha quindi permesso di dimostrare che gli utenti non devono essere presi in considerazione solo come individui portatori di diritti (a cui viene concessa almeno la possibilità di scelta fra l'RSA o le cure a domicilio), ma come soggetti, ossia come abitanti la loro domiciliarità, nella quale i dispositivi di appoggio permettono non solo le cure ma anche la costruzione di rapporti e di legami fra la famiglia, il medico di base, l'operatore ADI ed eventuali badanti di supporto, permettendo una migliore gestione del paziente grazie al mantenimento e rinforzo dei suoi legami sociali.

Se esistesse davvero l'intenzione di andare verso la domiciliazione delle cure, un servizio del genere non solo andrebbe potenziato (aumentando per esempio il personale che gestisce i pazienti a domicilio e diversificando eventualmente anche le specialità mediche, in modo da poter seguire non solo gli anziani, ma anche altre tipologie di malati cronici), ma andrebbe molto banalmente promosso dall'ASL stessa in cui il servizio di telemedicina ha sede.

La realtà dei fatti, invece, ci dice che lo stesso servizio di continuità assistenziale che al momento della dimissione dall'ospedale, dovrebbe illustrare le possibili scelte ai pazienti o ai loro famigliari, non menziona nemmeno la possibilità di usufruire del servizio di telemedicina, a meno che questo non venga esplicitamente richiesto, e che nelle ultime settimane aleggi una tale incertezza sulla possibilità che questo servizio continui ad essere mantenuto, che non vengono nemmeno più presi in carico nuovi pazienti.

Ora, se è vero che un servizio del genere era stato promosso sul territorio della bassa Valle di Susa per poter ovviare alla chiusura dell'ospedale di riferimento per tale territorio (l'ospedale di Avigliana) e se è vero che tale servizio, con 80 pazienti, ha portato un risparmio all'ASL To 3 di circa 800.000 €, viene il dubbio che la domiciliazione delle cure sia solo un modo per cercare di recuperare con dei risparmi, dei tagli fatti in precedenza ad alcune strutture ospedaliere, ma non per fare in modo di dare un servizio di medicina territoriale davvero efficiente, bensì per poter solo continuare a finanziare i potentati (pubblici e privati) che ci sono dietro la gestione delle RSA.

Resta quindi il forte dubbio che anche a fronte degli obiettivi dichiarati nel Programma Operativo della Regione, in realtà si sia ancora ben lontani (se non che si stia andando addirittura nella direzione opposta) da un'effettiva medicina di territorio, che non preveda solo la centralità delle strutture ambulatoriali, ma che sviluppi effettivamente, e renda effettivamente possibile, quella centralità del cittadino e della persona malata che è prevista dal paradigma della domiciliazione delle cure.

Fiorenza Arisio

Sfruttamento psicofisico e salariale dannoso per tutti

Appalti sui corpi di pulizia

Le vite prigioniere nei servizi appaltati

In questi giorni di fine primavera il mondo della Sanità Piemontese è stato allietato dalla fioritura delle nuove nomine, i nuovi Direttori generali di asl e aso hanno preso servizio in un tripudio di dipendenti in divisa e con il cartellino al petto, ricercato magari sul fondo di cassetti troppo profondi.
Hanno fatto il loro ingresso trionfale salutando i "collaboratori" Medici, infermieri, oss, funzionari e impiegati di ogni ordine e grado.
Come al solito mancavano a questo banchetto della presenza i figli e le figlie del dio più minore e sconosciuto di tutti. Mancavano perché non invitati, non voluti, quasi come il parente scemo da tenere nascosto quando arrivano ospiti importanti.

Sono i lavoratori e le lavoratrici appaltati, quelli dei servizi che vengono appaltati a ditte private perché non "Core Business" non importanti insomma. Le donne delle pulizie, i guardiani, i centralinisti, tanti sportellisti e operatori dei vari call-center.
Eppure i grandi dirigenti della Sanità pubblica dovrebbero iniziare a conoscere meglio ed avere maggiori rapporti con loro, infatti se l'indirizzo rimarrà quello attuale, presto i lavoratori appaltati, si scrive appaltati ma si legge privati, saranno la maggioranza e gli ultimi dipendenti pubblici si ritroveranno in una riserva, dove lentamente andranno a scomparire.

Evidentemente qualche genio dei numeri residente in Corso Regina o nascosto nei meandri organizzativi di qualche asl e aso, ha scoperto che per risolvere i problemi di bilancio basta pagare poco, anzi meno di poco, i lavoratori così si ottengono conti in ordine e servizi che girano, insomma girano così e cosà ma ci sono.
Rimaneva un solo problema: come convincere i dipendenti che dovevano rinunciare a una bella fetta del loro stipendio? Certo il Governo Centrale ha dato loro una bella mano bloccando da anni i rinnovi contrattuali, ma non era sufficiente, e poi dimostrando incredibile egoismo i lavoratori paiono rifiutare ogni ipotesi di lavoro quasi gratuito.
I pubblici dipendenti impiegati in Sanità hanno addirittura l'ardire di rivolgersi ai Sindacati quando vedono lesi i loro diritti.

Possiamo quasi immaginare il salto fatto sulle sedie dai poderosi posteriori assessoriali, e il grido di Eureka! fatto quando la soluzione ai loro problemi si è presentata lì dove era sempre stata.
Bastava iniziare ad esternalizzare tutto l'esternalizzabile con bandi di gara al massimo ribasso, così al massimo da rasentare l'osceno.
E quando non bastava chiedere servizi pagati al limite della decenza bastava tagliare le ore, sforbiciando fino a quando il tempo minimo per, poniamo l'esempio, pulire una camera di degenza in un ospedale diventa così esiguo che l'operatrice si chiede se potrà passare lo scopettone sotto il letto o se dovrà pulire il comodino; oppure entrare in camera ed organizzare una squadretta veloce con qualche visitatore volenteroso o paziente in via di guarigione, che poi un po' di moto fa sempre bene ed aiuta la guarigione.

Ma queste cose non toccano l'olimpo dei potenti dove il fine ultimo è quello di avere un bilancio in fantastico pareggio, poco importa se ottenuto con una lungimiranza pari a zero e con la miopia di chi ritiene che il suo compito si esaurisca nell'immediato dei conti che tornano.
Poco importa che un ambiente ospedaliero poco sanificato, o sanificato male, significhi l'aumento esponenziale delle infezioni ospedaliere, che porteranno al prolungamento della degenza del paziente colpito, del suo rapido ritorno in corsia dopo la dimissione o anche nel caso più infausto, la sua dipartita.

E non sono queste esagerazioni da Comunisti in crisi di astinenza da bambini e preti, ma semplici considerazioni dettate dal buon senso.
Quando si tagliano le ore dedicate alle pulizie del 40, 50, 60 per cento ottenendo sì appalti delle pulizie che economicamente sono un capolavoro, non si può certo pretendere che in due ore si riesca a fare il lavoro che prima si faceva, a malapena in

CONTINUA A PAG. 13

Appalti sui corpi di pulizia

CONTINUA DA PAG. 12

quattro. Che poi queste lavoratrici e questi lavoratori pagate quattro soldi e impiegate due o tre ore la settimana andranno ad ingrossare le file dei lavoratori poveri (coloro i quali pur avendo un regolare lavoro non ricevono un salario tale da consentirgli una esistenza libera e dignitosa) poco importa, e che i soldi risparmiati sulla loro pelle usciranno dalla finestra , dopo essere rientrati dalla porta, in forma di assistenza e di mancato introito fiscale ancora meno, tanto sono a carico di un altro settore.
E che i dipendenti pubblici, che avevamo lasciato nella loro riserva, sempre meno e sempre più anziani, dovranno con la solita buona volontà accollarsi anche compiti che prima erano affidati ad altri importa ancora meno.

Così gli oss in mezzo ad una terapia daranno anche una pulita al pavimento, le infermiere compileranno qualche scartoffia mentre inseriscono un catetere e i medici impareranno ad asciugarsi il sudore da soli, perché l'infermiere sta sanificando la sala operatoria. Come se non bastasse questo allegro scenario un genio più genio di tutti ha fatto una bella pensata: ma perché dobbiamo perdere tutto questo tempo a fare e disfare bandi di gara a dovere litigare con i Sindacati di settore ad avere tutte queste grane? Avrà pensato il genio più genio di tutti.
Basta limitare al massimo la presenza del pubblico in sanità dirottando la maggioranza delle risorse al privato, si sarà risposto.

Diamo tutto in mano ai privati, che fanno filare i dipendenti e se per caso hanno una dipendente donna che ha la folle idea di volere un figlio, le possono dare un bel benservito immediato, tanto in maggioranza sono soci lavoratori di qualche bella e sociale cooperativa che vuole bene alle sue lavoratrici e non le fa mica lavorare con il pancione.
In sostanza, perché appaltare pezzo per pezzo, a casaccio qui e là? Appaltiamo l'intero ospedale con tutto il pacco di operatori,operatrici e compagnia conviene ed è più veloce. E i pazienti che portino pazienza, se no che pazienti sono?

Abbiamo iniziato questo articolo con un taglio di amara ironia, o almeno ci abbiamo provato, perché ormai le lacrime le abbiamo piante tutte e cerchiamo di sorridere per non sforzare ancora le nostre ghiandole lacrimali.

Gli scenari descritti non sono esagerati o fuori dal mondo, sono il semplice risultato di tagli esorbitanti sui bandi di gara, della guerra spesso persa, delle Direzioni Sanitarie contro le Direzioni amministrative di una tragica mancanza di lungimiranza, delle ricadute sui servizi che non garantiranno più il minimo essenziale ponendo a rischio la sicurezza e l'integrità della persona sia essa utente sia operatore, delle ricadute sociali dei lavoratori degli appalti, dell'indiretto disagio e carico aggiuntivo sugli operatori pubblici.

E ancora l'idea di privatizzare la Sanità Pubblica è già presente,in forma indiretta, strisciante, sotterranea ma se ne avverte tutta la presenza. Volere appaltare tutto il possibile, significa di fatto arrivare al punto zero, dove i servizi, a questo punto sanitari e non sanitari, appaltati ai privati, saranno più di quelli rimasti in mano pubblica.
E in questo, purtroppo, non possiamo che notare due punti: chi lo pensa o è uno sciocco o è in malafede; perché non bisogna essere dei genii più genii di tutti e avere due o tre lauree per capire che dati gli elevatissimi costi, nessuno al mondo è in grado di gestire la sanità come una azienda privata dove il tanto amato mercato insegna che gli utili devono superare le spese, a meno che di non speculare sulla vita e sulla morte delle persone. Questo per quanto riguarda la sciocchezza; sulla malafede preferiamo stendere un velo, perché da ingenui abbiamo ancora la credenza e la speranza che non esista.
Speriamo solo di non essere smentiti.

Redazionale di
Alessandro Rossi

Promozione della salute organizzativa nelle Aziende sanitarie in tempo di crisi.

Dati oggettivi, azioni di contrasto e sperimentazioni di conciliazione vita lavorativa-vita privata

Per la sanità non è sufficiente la sola razionalizzazione di spese e consumi, ma è necessaria l'adozione di nuove strategie di analisi e d'intervento che tengano conto di tutte le componenti del sistema, non solo strutturali e strumentali, ma anche e soprattutto umane.

Le sfide da superare in sanità sono molteplici:

- salvaguardare la funzionalità degli operatori in rapporto al costante invecchiamento della popolazione aziendale, che per l'innalzamento dell'età di pensionamento vede prolungarsi il proprio tempo di permanenza nei servizi;
- potenziare la tutela del rapporto che collega vita privata e vita professionale, i bisogni della propria famiglia con le richieste dell'ambiente di lavoro;
- valorizzare le specificità del lavoro femminile in sanità, sia in termini di valore aggiunto che di particolari difficoltà incontrate dalle donne;
- migliorare il rapporto tra operatore e paziente, nei termini di empowerment e miglior partecipazione alle cure, maggior efficacia terapeutica, riduzione di contenziosi legali;
- miglioramento della comunicazione istituzionale tra Aziende sanitarie e mass media, istituzioni locali, associazionismo e cittadinanza.

Assistiamo oggi al consolidarsi di un nuovo paradigma concettuale e operativo basato sulla promozione della salute organizzativa, che non implica solo l'analisi dei sistemi gestionali e la valutazione dei rischi psicosociali e del clima organizzativo.

Promozione della salute organizzativa significa puntare sull'analisi, la gestione e la realizzazione di buone pratiche aziendali che abbiano come obiettivo il miglioramento dei servizi e delle condizioni lavorative degli operatori, partendo dal coinvolgimento del personale aziendale e da attività di individuazione, studio, analisi e

modificazione dei processi e delle strategie di lavoro che permettano di realizzare servizi ed erogare prestazioni, ridurre i fattori di rischio sul posto di lavoro e le criticità che possono tradursi in manifestazioni di malessere.

Promozione della salute organizzativa significa puntare sullo sviluppo delle competenze presenti nelle Aziende e sul passaggio da un'attenzione focalizzata solamente sulle criticità presenti nell'ambiente lavorativo all'individuazione e al potenziamento delle azioni di miglioramento.

Promozione della salute organizzativa è soprattutto socializzazione di metodi ottimali di lavoro e condivisione di buone pratiche, evidenziando i "minimi comuni denominatori" per la realizzazione di protocolli operativi condivisibili e mutuabili in contesti aziendali differenti.

www.fiaso.it

APPELLO E CONSIGLI

Condizioni di lavoro è miglioramento dei servizi

La professionalità, e la stessa umanità relazionale, produce sicurezza e salute negli ambienti di lavoro a prescindere dal contesto in cui si opera? Se andiamo oltre i luoghi comuni spalmati, calpestando l'etica del lavoro e la morale, in questi ultimi vent'anni di aziendalismo estremista vediamo che sarebbero non esiste la neutralità rispetto alle relazioni coercitive imposte dai poteri in frequente turn over. Promuovere la salute, se questa è la genuina missione della dirigenza manageriale, parte da una seria riflessione della loro capacità, e volontà, di interloquire con le condizioni presenti in una azienda di produzione della salute.

In parole povere significa considerarsi dei tecnici del benessere pubblico, con umiltà e propensione alla considerazione delle ragioni degli altri, operatori e malati oggi gerarchicamente sudditi delle decisioni manageriali.

Come i tecnici della prevenzione, e preparati RLS, indagano prima di prendere provvedimenti a salvaguardia della salute dei lavoratori.

E' possibile pensare che le proprie azioni non sono adempimenti formali ma hanno una ricaduta sul lavoro e la vita delle persone, prima di applicare i dettami dei loro mandanti politici?

Non approfittino della perdita capacità di partecipazione da parte dei lavoratori e della natura post conflittuale dei sindacalisti, vera e propria malattia sociale dei nostri giorni. Ricordino che i tagli stanno comportando carichi di lavoro sempre più pesanti addossati su un numero sempre più inadeguato di operatori sanitari.

franco cilenti

Cooperative e infermieri

Sfruttamento legalizzato denunciare è ancora un diritto, è sempre un dovere

"Articolo 51 codice deontologico degli infermieri: l'infermiere segnala al proprio Collegio professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale."

E allora lo facciamo noi per tutti quei colleghi che non possono.

Pare che tante cooperative che "offrono infermieri" ad aziende ospedaliere e tante aziende che accettano di usufruire di questi contratti, di certo non si preoccupano del decoro della nostra professione.

Ed è un dovere sottolineare che si vuol parlare di cooperative del Nord Italia "quello più evoluto nella sanità".

Per citare un esempio una cooperativa sociale stipula con gli infermieri un contratto a tempo determinato con queste clausole:

1. "Il prestatore si obbliga a svolgere prevalentemente presso il committente le seguenti attività: INFERMIERE PROFESSIONALE"

2. "…il compenso pattuito è di 13,00 euro all'ora al lordo di ritenute fiscali. Il periodo di affiancamento, di ferie o le assenze per malattia non verrano renumerate"

3. "Il committente si riserva di esercitare il diritto di recesso immediato senza obblighi di preavviso in caso di giusta causa, quali gravi inadempienze e/o comportamenti scorretti, ivi compresi segnalazioni da parte dell'ente o dal coordinatore ".

Questi i punti che dovrebbero far rabbrividire ogni responsabile del collegio Ipasvi o dei vari sindacati.

Si potrebbe partire dalla definizione: infermiere professionale, ma lasciamo perdere per oggi la filosofia; 13,00 euro lordi all'ora.
Il gioco vale davvero la candela?

PERIODO DI AFFIANCAMENTO NON RETRIBUITO.
Io infermiere lavoro da uno a tre mesi gratis, ma nel frattempo offro forza lavoro, rischio denunce e magari anche di andare dietro le sbarre e tutto ciò a costo zero per l'azienda e per le cooperative

Essere contrari a pareri del mio coordinatore potrebbe costarmi il posto.

Dove sono i rappresentanti politici in questo contratto? Dove i gruppi sindacali? Dove sta la qualità? Dove il sogno di una professione e non di un mestiere?

La tassa d'iscrizione per il collegio Ipasvi varia dai 55 euro ai 100 euro, il grande divario tra il Collegio e un infermiere di corsia forse risiede proprio in questo: l'essere abbandonati nella concretezza della quotidianità.

L' infermiere ha il dovere di vigilare sulla terapia prescritta dal medico

Il 1 Gennaio 2015, la corte di cassazione, con sentenza n.2192 conferma: l'infermiere che non segnala al medico un errore di prescrizione della terapia che contiene farmaci con principio attivo a cui il paziente è allergico e quindi dannoso per il paziente, risponde penalmente per la morte del paziente stesso.

Nella succitata sentenza, si prende in esame l'infermiere, che avendo partecipato all'anamnesi del paziente - pre-intervento chirurgico - aveva appreso dell'allergia sofferta dal paziente. Da ciò ne deriva l'omessa segnalazione al medico che doveva eseguire l'intervento circa il farmaco trascritto in cartella clinica al quale il paziente era allergico.

Nella sentenza rientra anche la responsabilità per un secondo infermiere, in questo caso l'infermiere di Sala operatoria, che somministrò il farmaco prescritto dal medico senza aver preventivamente controllato la cartella clinica.

Il giudice, in ultima istanza precisa che l'obbligo, da parte dell'infermiere, di controllare e segnalare eventuali errori non ha finalità di sindacare l'operato del medico bensì di richiamare l'attenzione su dubbi o probabili errori da parte del medico.

Quando l'omissione è scaturita da più persone, tutte sono responsabili in egual misura per il danno provocato.

Legislazione infermieri, sentenza cassazione aprile 2015

Lettera

Gent.ma redazione, vorrei porvi una domanda ed esternarvi dei pensieri dopo aver vissuto un'esperienza in un Pronto Soccorso torinese causa malore di un mio parente.
Arriviamo in macchina e gentilmente ci fanno accomodare in sala d'attesa dopo la registrazione e un domanda sul perchè siamo arrivati così affannati. Racconto, brevemente anche perchè "assediato" da un altro gruppo di persone che senza alcun rispetto della privacy si erano avvicinati per conferire con i due infermieri, di alcuni dolori avvertiti dal mio parente, il quale nel frattempo si era estraniato impaurito da dolori al petto e al braccio.
Comunque, forse anche perchè il mio racconto è stato estremanente razionale ma forse superficiale e con una improvvida considerazione sul mio parente "è un ipococondriaco e spesso si allarma per niente", l'altro infermiere ci dà un "codice bianco". In una sala d'aspetto piena ma tranquilla attendiamo oltre un'ora e poi, a mia volta spazientito e inpaurito dallo stato di spossatezza del mio parente mi rivolgo ancora agli infermieri per capire di quanto fosse previsto il nostro ingresso in sala visita.
La risposta fu, più o meno, "guardi, non è nostra responsabilità di infermieri il tempo di attesa ma del medico di turno". Come a dire "è inutile sollecitare, vada a sedere". Non mi siedo e cammino nervoso; chissà perchè individuai in un infermiere che stava transitando la persona che mi avrebbe dato spiegazioni di quello stato di cose che vedeva anche un lentissimo ritmo di chiamata in sala visita. Non sbaglia impressione.
Non accusando in alcun modo nè i suoi due colleghi all'accoglienza e neanche i medici, chiesi semplicemente se un'infermiere addetto all'assegnazione dei codici non avesse la facoltà di valutare lo stato post accoglienza e riferire ai medici. E se professionalmente loro come infermieri fossero esenti da responsabilità penali su eventuali danni alla salute dei pazienti. La sostanza della gentile risposta fu "*Al triage è un lavoro particolare e ancora anomalo in rapporto alle responsabilità. Io stesso mi trovo spesso a presidiare il triage e credo che venga considerato più un lavoro amministrativo che infermieristico. Ci sentiamo svalorizzati mentre ci sono responsabilità e stress relazionale con l'utenza, e tenga conto che non è neanche riconosciuto contrattualmente con varie forme, stipendiale o di riposo. Come vede siamo disarmati come voi. Si armi di pazienza perchè, comunque, suo fratello è sorvegliato anche dalle telecamere*".
Domanda: è un sistema professionalmente compatibile con lo stato di salute delle persone, comunque impossibilitate a individuare i soggetti responsabili?

Giovanni De Martini

La responsabilità penale degli infermieri al triage

Il Tribunale dichiarava due infermieri, R. ed N., addetti al triage presso il Pronto Soccorso di una clinica, responsabili del reato di omicidio colposo in danno di un paziente, deceduto per sindrome coronarica acuta. Il Tribunale disponeva, altresì, il risarcimento dei danni in favore delle costituite parti civili, alle quali attribuiva una somma a titolo di provvisionale.

Alla R. era addebitato di aver assegnato al paziente un codice verde nonostante lamentasse dolore toracico atipico, di aver omesso di monitorare le variazioni delle condizioni del paziente ogni 30-60 minuti e di non avere segnalato all'infermiere che la sostituiva, al momento del passaggio di consegne, la presenza di un paziente con dolore toracico in sala di attesa. Al secondo imputato era addebitato di non aver ripetuto il monitoraggio del paziente in sala di attesa ogni 30-60 minuti.

In fatto era accaduto che un uomo, senza precedenti clinici di rilievo, era stato accettato presso il Pronto Soccorso alle ore 18.43 con algia sternale. Sottoposto al triage (iniziale valutazione) da parte del personale infermieristico, gli veniva assegnato il codice verde ed era inviato in sala d'attesa, dove, seduto sulla sedia da circa sei ore, alle ore 00.30 si era accasciato improvvisamente per arresto cardiaco. Sottoposto ad angioplastica coronarica, era deceduto a seguito di progressive complicanze.

Sulla scorta dei sintomi manifestati dal paziente e delle risultanze istocrinologiche, indicative di inizio d'infarto almeno 6-8 ore prima del suo decesso, il Tribunale riteneva che all'arrivo al Pronto Soccorso l'infarto miocardico acuto fosse già iniziato e che una diagnosi tempestiva avrebbe consentito di eseguire lo stesso intervento con esito differente.
Riconosceva, pertanto, la sussistenza del nesso di casualità tra l'omissione e l'evento.
Rilevava il Tribunale che un primo profilo di colpa era ravvisabile nell'erronea assegnazione del codice verde. Osservava che, ancorché il protocollo presso il Pronto Soccorso della clinica non prevedesse l'esecuzione di un ECG, il paziente aveva in ogni caso manifestato una sintomatologia degna di considerazione che, anche in ragione dell'età del soggetto, meritava l'attribuzione del codice giallo.

Evidenziava, altresì, altro profilo di colpa, consistente nel non aver proceduto, dopo la prima attribuzione, al monitoraggio della situazione, come previsto nel protocollo di Pronto Soccorso della clinica. Osservava il Tribunale che non era credibile che il paziente fosse rimasto stazionario durante tutta l'attesa, perché in quel lasso di tempo, oltre a un peggioramento dei sintomi, doveva essere intervenuta anche una variazione dei parametri registrati inizialmente, così da condurre alla modifica del codice. Rilevava, altresì, che la situazione non era stata presa in considerazione al momento del passaggio di consegne del personale infermieristico, posto che neanche i medici erano a conoscenza della presenza di un paziente ancora da valutare. A seguito di appello interposto dagli imputati, la Corte d'Appello li assolveva dal reato

CONTINUA A PAG. 17

La responsabilità penale degli infermieri al triage

CONTINUA DA PAG. 16

loro ascritto per non aver commesso il fatto.

La Corte escludeva l'erronea assegnazione del codice d'ingresso in forza della documentazione sanitaria resasi disponibile.

Quanto all'omissione del monitoraggio, pur ritenendola sussistente, evidenziava che dalle risultanze processuali era dato di evincere che il giorno dell'evento nel Pronto Soccorso si erano verificate numerose urgenze che avevano impedito di procedere alla rivalutazione delle persone presenti.

Rilevava, inoltre, che anche una rivalutazione del caso non avrebbe modificato l'assegnazione del codice, criticando in proposito il rilievo del giudice di primo grado secondo cui, nel lasso di tempo intercorso, vi sarebbe stato un cambiamento sintomatologico e dei parametri vitali.

Osservava, quanto all'imputato N., che la presenza di un paziente cui era assegnato un codice verde, unitamente all'eccezionale afflusso di pazienti al Pronto Soccorso in quel giorno, rendeva non riferibile a lui la mancata rivalutazione. Escludeva, inoltre, il nesso causale sul rilievo che, essendo stato accertato in sede autoptica che il processo infartuale era iniziato tra le 12 e le 15 ore prima dell'evento, il tempestivo intervento avrebbe lasciato comunque sussistere non trascurabili percentuali di non sopravvivenza.

Avverso la sentenza proponevano ricorso per cassazione il Procuratore Generale presso la Corte d'Appello e la parte civile.

Ad avviso della Corte di Cassazione, venivano in considerazione, in primo luogo, le censure attinenti ai vizi motivazionali prospettati con riferimento alla ritenuta corretta assegnazione del codice di triage e all'apparente mancanza di aggravamento del paziente durante la permanenza al Pronto Soccorso.

In proposito si osservava, quanto al primo profilo, che, a fronte dei rilievi contenuti nella sentenza di primo grado riguardo alla sussistenza di un quadro sintomatologico tale da meritare

l'attribuzione di un codice giallo, la Corte d'Appello giungeva a differenti conclusioni limitandosi a fare riferimento alle risultanze del "bollettone" di Pronto Soccorso, dal quale si evinceva che l'uomo si era presentato "non pallido, eupnoico, non sudato" e con parametri vitali normali. Riteneva la Cassazione che la motivazione sul punto fosse insufficiente, posto che delle indicazioni contenute nel predetto documento aveva tenuto conto anche la sentenza di primo grado nel giungere ad opposto convincimento, rapportando, inoltre, le condizioni della vittima a quelle di altra situazione analoga giunta in Pronto Soccorso quello stesso giorno e valutata con assegnazione di un codice rosso.

Quanto al secondo profilo, la Cassazione evidenziava l'illogicità manifesta del ragionamento della Corte d'Appello che traeva dalla soggettiva manifestazione del paziente ("si doleva per gli intollerabili tempi di attesa … e non lamentava aggravamenti sintomatici") l'irragionevolezza dell'affermazione contenuta nella sentenza di primo grado, riguardo al ritenuto peggioramento sia sintomatologico che dei

parametri, tale da indurre a un pronto intervento medico, affermazione tratta, in realtà, in forza di un ragionamento deduttivo, "dall'esito verificatosi" secondo una massima di comune esperienza.

La sentenza impugnata era, altresì, censurabile, secondo la Cassazione, quanto alle conclusioni cui era giunta con riferimento all'inesigibilità della condotta degli infermieri. La Corte territoriale, infatti, desumeva l'impossibilità di rivalutazione della situazione del paziente, pur prevista dal protocollo ospedaliero, dalla esiguità del personale in servizio quel giorno, a fronte della situazione eccezionale, per il numero di persone giunte in Pronto Soccorso.

Ma, sosteneva la Suprema Corte, l'affermazione dell'esonero da responsabilità, per omessa attuazione di una condotta doverosa ai fini della salvaguardia della vita umana, avrebbe richiesto una compiuta analisi riguardo alla presenza di medici e infermieri in rapporto all'affluenza delle presenze in Pronto Soccorso, considerando non solo il personale ivi addetto, ma anche le disponibilità delle forze presenti nell'intero ospedale. Ed invero deve ritenersi che spetti al personale di Pronto Soccorso allertare il personale dei reparti, ove si verifichino situazioni di emergenza tali da determinare la compromissione grave della salute dei cittadini bisognosi di cure di primo intervento, circostanza che non risulta emergere nella specie.

Passando alla questione relativa alla negazione della sussistenza del nesso causale, la Cassazione sottolineava del pari la manifesta illogicità del percorso motivazionale. La Corte territoriale, infatti, pur richiamando espressamente i criteri enunciati in tema di causalità omissiva dalla sentenza Franzese, si fondava su un ragionamento probabilistico che, in contrasto con il criterio dell'elevato grado di credibilità razionale da quest'ultima sentenza enunciato, riconduceva l'incidenza del più tempestivo intervento in termini percentuali, per vero neppure esigui, di sopravvivenza del paziente.

Va, in proposito, ricordato che le Sezioni Unite nella sentenza citata così si esprimono: "il rapporto di causalità tra omissione ed evento non può ritenersi sussistente sulla base del solo coefficiente di probabilità statistica, ma deve essere verificato alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica,

CONTINUA A PAG. 18

La responsabilità penale degli infermieri al triage

CONTINUA DA PAG. 17

sicché esso è configurabile solo se si accerti che, ipotizzandosi come avvenuta l'azione che sarebbe stata doverosa ed esclusa l'interferenza di decorsi causali alternativi, l'evento, con elevato grado di credibilità razionale, non avrebbe avuto luogo ovvero avrebbe avuto luogo in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva".

Peraltro, le censure non investivano la posizione del N.

Ed invero, veniva posta in luce l'omessa segnalazione, al momento della presa in carico del servizio da parte di costui, di situazioni particolari da parte dell'infermiera che lo aveva preceduto, oltre alla presenza di situazioni di emergenza verificatesi proprio durante il suo turno. Correttamente, pertanto, la Corte d'Appello evidenziava, a fondamento del giudizio di esonero di responsabilità dell'imputato, che "la presenza del paziente con assegnato codice verde, uni-tamente all'eccezionale afflusso di richiedenti nel Pronto Soccorso, aveva indotto ad un'affidamento sull'attività di triage effettuata dalla collega che l'aveva preceduto".

In definitiva, la Cassazione annullava la sentenza impugnata nei confronti di R. e del responsabile civile e rinviava per nuovo esame alla Corte d'Appello. Rigettava, invece, i ricorsi nei confronti di N.

Cass. pen., Sez. IV, 19 marzo 2015, n. 11601

DIFFERENZE TRA DANNO DA MOBBING E DANNO DA DEMANSIONAMENTO

E' possibile distinguere con estrema precisione tra "danno da mobbing"e "danno da demansionamento". L'incipit ci viene dato con estrema chiarezza dal Consiglio di Stato il quale, con sentenza del 12/01/15, individua i tratti differenziali delle due fattispecie.

Il danno da mobbing si verifica tutte le volte in cui è possibile accertare un intento persecutorio posto in essere dall'Amministrazione nei confronti del dipendente, ossia un disegno preordinato alla vessazione e alla prevaricazione verificabile da parte del Giudice amministrativo anche mediante poteri officiosi.

Nello specifico: "l'accertata esistenza di uno o più atti illegittimi adottati in danno di un lavoratore non permette di per sé di affermare l'esistenza del mobbing, se il dipendente non allega ulteriori elementi idonei a dimostrare l'esistenza effettiva dell'univoco disegno vessatorio in suo danno".

Il danno da demansionamento, o dequalifica-zione, non si sovrappone al danno da mobbing, ma se ne distingue nettamente.

Tale danno, laddove comprovato in giudizio da dichiarazioni scritte di colleghi e/o altra documentazione a supporto, abilita il dipendente a proporre la domanda risarcitoria (e a ottenerne l'accoglimento) in quanto ben può essere causa di danni morali e professionali indipendentemente dall'esistenza conclamata del mobbing.

Anzi: in tema di dequalificazione (la fattispecie può avere inizio con un'assegnazione a mansioni inferiori rispetto a quelle contrattualmente pattuite) il Giudice del merito può desumere l'esistenza del danno avente natura patrimoniale e non patrimoniale (l'onere di allegazione è sempre posto in capo al lavoratore) quantificandolo in via equitativa in base agli elementi di fatto inerenti la qualità e quantità dell'esperienza lavorativa pregressa, al tipo di professionalità colpita, alla durata del demansionamento, all'esito finale della dequalificazione.

Appare pertanto intuitivo che, in tutte le ipotesi nelle quali il dipendente percepisca l'esistenza di gravi ripercussioni mobizzanti a suo danno o, più semplicemente, la presenza di un mutamento "in peius" delle proprie mansioni, dovrà premurarsi di organizzare tutto quel compendio probatorio atto a dimostrare in giudizio l'esistenza dell'una o dell'altra condotta datoriale.

Avvocato Francesco Pandolfi
Da Studio Cataldi www.studiocataldi.it

La Sentenza del Consiglio di Stato del 12 gennaio 2015 - link: www.giustizia-amministrativa.it/cdsintra/cdsintra/AmministrazionePortale/DocumentViewer/

LIBRO - Corsie d'ospedale: risvolti emotivi, vissuti di storie

Sono undici i racconti che compongono "La mente e le rose" - libro recentemente riproposto in e-book - con i quali Simona Castiglione dà spazio a chi, colpito da una malattia neurologica o neuropsichiatrica, si ritrova in una vita nuova e con un nuovo sguardo che osserva la vita. Uno sguardo a volte amaro, altre volte disincantato, a tratti arrabbiato, che però rifugge la compassione ed è sempre consapevole che l'essere umano è altro rispetto alla patologia di cui è affetto.

Viaggio nell'animo umano oltre la malattia

La straordinaria normalità di chi, colpito da una malattia neurologica o neuropsichiatrica, si ritrova in una vita nuova e con un nuovo sguardo che osserva la vita. Uno sguardo a volte amaro, altre volte disincantato, a tratti arrabbiato, che però rifugge la compassione ed è sempre consapevole che l'essere umano è altro rispetto alla patologia di cui è affetto.

Sono questi i cardini del libro La mente e le rose, undici racconti scritti da Simona Castiglione e pubblicati da Transeuropa Edizioni. Una raccolta uscita per la prima volta nel 2010 e considerata uno dei migliori esordi letterari di quell'anno, che oggi viene riproposta in formato e-book, per seguire il rinnovato modo di lèggere digitale.

La mente e le rose indaga i risvolti emotivi più profondi della malattia, storie e pensieri che rimangono nel chiuso delle famiglie e delle corsie d'ospedale. Simona Castiglione li ha fatti uscire dal loro habitat usuale e ce li consegna in un libro tutt'altro che triste e lacrimoso, bensì agile e denso di un sottile umorismo che ne attraversa le pagine.

Il cliché vuole la malattia associata alla tristezza, ma le persone costrette a frequentare studi medici e nosocomi sanno bene che in questi luoghi l'ironia è una fedele compagna. Lo dimostrano i racconti di questa raccolta, tutti scritti in prima persona. Sono i protagonisti a narrare le loro vicende e lo fanno in maniera asciutta, con poche righe limpide ridotte all'osso, non ci dicono niente di più né niente di meno dello stretto indispensabile che occorre per conoscerli.

Pur nella coerenza stilistica di fondo, si ha la netta sensazione che gli autori siano davvero undici persone diverse. Il linguaggio, infatti, cambia di volta in volta, pare di sentire le differenti inflessioni regionali, colorite da espressioni dialettali. Il racconto è cólto quando parla Angelo, dottorando a Parigi con sindrome maniaco-depressiva, diventa semplice e saggio con Aldo, il saldatore in attesa della visita medica che forse gli spiegherà perché il suo braccio destro trema.

Nelle vicende si intrecciano tessuti di affetti e amori complessi, rapporti che si logorano e altri che si consolidano, ma tutti che inevitabilmente cambiano, perché le difficoltà quotidiane lasciano il segno anche in chi è vicino alla persona bisognosa. Lo sa bene Silvia, attraversata da dolori e insonne ormai cronica, che accudisce la madre malata di depressione maggiore e si sente "un frutto marcito dentro, mentre fuori la buccia è rimasta tesa e intatta".

Copertina di "La mente e le rose" di Simona CastiglioneLa "novità" della malattia è un fulmine a ciel sereno che colpisce i protagonisti in età diverse e a cui i diretti interessati reagiscono come possono. Il racconto coglie quasi tutti quando hanno già raggiunto una certa "confidenza" con la condizione di disabilità. Ricordano le nevrosi e le frustrazioni, la progressiva perdita di autonomia, l'isolamento, i "viaggi della speranza" su e giù per la penisola, le terapie efficaci e i fallimenti della medicina.

Un sano realismo li accompagna, da non confondere con la rassegnazione. Nessuno si illude o vuole piangersi addosso, la necessità, anzi, mobilita risorse impreviste per continuare ad esserci nel migliore dei modi. Fa eccezione Giuseppe, il farmacista che non accetta le conseguenze dell'ictus e con rabbia disperata riprende in mano i libri dell'università alla ricerca di un modo per andarsene.

Di tutt'altra pasta è Anna, che sostituisce la voce scomparsa con un'agenda elettronica: "Scrivo, scrivo continuamente, soprattutto quando mi vengono a fare le visite, anche le parolacce se serve".

Le corsie d'ospedale diventano una seconda casa, microcosmi dove nascono amicizie e il sorriso dell'esistenza per qualche ora riprende a scorrere. Le ragazze si fanno belle per andare nella sala svago del reparto, un'oasi di allegra spensieratezza da raggiungere con i "bolidi", carrozzine dalle tinte forti, mentre i ragazzi più ribelli si danno appuntamento la notte in bagno, per fumare di nascosto.

E c'è spazio anche per le confessioni di un medico, che nel suo diario parla del rapporto con una giovane paziente e riflette sui limiti della professione, su quanto sia importante unire la cura del corpo al sostegno della mente.

Quella mente che è il fulcro del libro, citata anche nel titolo insieme alle rose, "fioriture" non prive di spine che dischiudono ai protagonisti una vita che racchiude intatta la sua bellezza, malgrado le rinunce e i problemi.

Nessun racconto ha un finale definito, ognuno lascia aperta una porta sul futuro e in noi rimane una traccia che non ha a che fare con il semplice ricordo di un libro ben scritto. È qualcosa di più, come se queste persone si staccassero dalle pagine e ci sedessero accanto.

La mente e le rose si fa leggere in maniera scorrevole e veloce, ma il mio modesto consiglio è di procedere con calma, per assaporarne appieno stile, ritmo e soprattutto significato.

Stefania Delendati
www.superando.it

Tra il medico e l'infermiera non mettere il comma

Il comma 566 della legge di stabilità, volendo ridefinire ruoli e competenze delle professioni sanitarie, ha suscitato un dibattito in cui sono venuti alla luce i peggiori istinti corporativi. Ne parlano un medico e un'infermiera, che si trovano d'accordo: Predefinire rischia di escludere tutto quello che s'impara lavorando e quanto si può cambiare lavorando. Non si tratta solo di più esperienza, anche di nuove e diverse esperienze. Predefinire ostacola ogni innovazione e non aiuta a porsi come dovremmo di fronte alla complessità del malato.

– Buongiorno!

– Ciao!

– Allora, tutto il mondo vuol definire chi siamo o mi sbaglio?

– Sembra proprio di sì. Ci metteranno addirittura nella legge di Stabilità! Lo chiamano comma 566 e dice… leggi qui " ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie… "

– Ho sentito che molti infermieri ne sono contenti e molti medici scontenti. Che succede? Gli infermieri hanno una crisi d'identità? E i medici… forse una crisi di maturità?

– Sì, una crisi d'identità che sembra una crisi di crescita, ma forse non lo è. Hai visto invece che reazione hanno avuto i medici? E che dire della proposta di legge sull'atto medico?

– Sinceramente a me non sembra utile normare i rispettivi ambiti professionali. Mi sembra quasi una regressione, una fuga dalla complessità del vivere e lavorare oggi. E poi non mi piace perché definire è sempre confinare. Non ne ho mai visto venire un arricchimento per nessuno.

– È vero, però connotare l'identità può servire. Fosse solo a far sapere chi sono e a sapere cosa devo fare. Però non credo si connoti l'identità definendo l'atto medico o un profilo infermieristico. La prospettiva utile a mio avviso è un'altra. Va evitato l'approccio che guarda ai ruoli professionali come un prodotto di una razionalità oggettiva, un insieme di compiti da eseguire in una logica ottimizzante. Quella che conta invece è la logica della situazione che è frutto di una razionalità contestuale. Il lavoro, così, l'unico modo utile di lavorare, non è un insieme di compiti strutturati oggettivamente, dell'uno o dell'altro professionista, ma viene contestualizzato entro situazioni e fenomeni.

– Sì, perché poi "predefinire" ti limita, come ti dicevo. Rischia di escludere tutto quello che s'impara lavorando e quanto si può cambiare lavorando. Non si tratta solo di più esperienza, anche di nuove e diverse esperienze.
Predefinire ostacola ogni innovazione e non aiuta a porsi come dovremmo di fronte alla complessità del malato.

– Infatti, conoscere non è sempre definire. A me piacerebbe che si partisse dalla comprensione dei malati. Per farlo servono sopratutto organizzazioni aperte, poco strutturate, organizzate con i setting giusti che vengono attraversati in modo appropriato dai malati e dai team dei sanitari che li curano.

– Dobbiamo anche ricordarci, prima di ogni altra premura, di valorizzare le relazioni umane, lavorare in e per "organizzazioni relazionali".

– Che intendi?

– Primo, che la relazione non riguarda solo i rapporti pazienti – curanti, ma quelli tra tutte le persone che stanno o che hanno a che fare con una comunità lavorativa. La struttura sanitaria ha alcune specificità che non vanno viste come difficoltà e ostacoli, ma opportunità e ricchezza: l'autonomia medica, le forme di cooperazione, in genere contingenti e flessibili, modalità di relazioni più caratterizzate da lateralità che da linee gerarchiche.

– Prova a confinare tutto ciò in una legge, vedrai che deserto!

– Ah, se riuscissimo a far capire a chi legifera che "L'umana esperienza, intesa come cultura, e la cultura, intesa come esperienza", come scrive Richardson, è il presupposto cognitivo ed emotivo per ricercare nuove competenze e imparare a gestire quella che sarebbe la più utile caratteristica di un organizzazione di servizio: un giusto grado di polimorfismo !

– Hai ragione, ma medici e infermieri dovrebbero essere abili nel muoversi in una contemporaneità di modelli di lavoro diversi e variegati, funzionali al malato, al processo e all'organizzazione. Senza solide relazioni quotidiane e riconoscimento reciproco sul campo non sarà possibile. Fra atto medico e profilo, generalismi e incertezze , la vedo davvero dura!

– Bisognerebbe che Ordini e Collegi si parlassero di più. Dopo tutto non sarebbe difficile. È la flessibilità nell'uso dei modelli che aiuterebbe a rendere l'intera organizzazione capace di rispondere ai fenomeni che via via si determinano, senza relegarli in rigidità mentali e di processo che penalizzano i risultati cui sia i malati sia i professionisti aspirano.

– Hai detto niente! Fondamentale per apprendere le necessità organizzative non predefinite è sapere con chiarezza chi siamo come persone e perché facciamo una "professione di servizio".

– Sì, non potrai saperlo attraverso l'atto medico o il profilo. Le professioni come le nostre, di servizio appunto, richiedono a chi vuole esercitarle aver compreso che la diversità viene dalla molteplicità dell'esperienza relazionale e dall'ambiente

CONTINUA A PAG. 21

Tra il medico e l'infermiera

CONTINUA DA PAG. 20

nel quale operiamo. Tale diversità è inscritta nei nostri sistemi neuronali, è la nostra memoria implicita.

– Quindi, anche se definissimo l'atto medico o l'infermiere specialista, bisognerebbe onestamente riconoscere e affermare anche che esiste una naturale diversità degli operatori sanitari che deve essere gestita con la stessa determinazione e convinzione che si mette nel gestire l'essere malato e la sua complessità ontologica.

-Certamente. Ricordi cosa dice Tatlietal ? " La gestione della diversità deve essere riconosciuta come un nuovo e importante processo aziendale, che ha come obiettivo la valorizzazione e l'utilizzo completo del contributo, unico, che ciascuno può portare per il raggiungimento degli obiettivi aziendali". Il medico e l'infermiere, i molteplici professionisti che operano in campo sanitario, dal canto loro, dovrebbero imparare a liberarsi dai loro condizionamenti per accogliere ogni volta una nuova presenza ed essere di aiuto in un nuovo fenomeno, creando nuove forme organizzative, adeguate ad ogni occasione e a contesti variabili.

– Continuo a pensare che sia necessario imparare a essere fedeli alla nostra originarietà, ai fenomeni e riscoprire un'intenzione di cura libera da pregiudizi, retaggi culturali e incrostazioni intellettuali.

– Sì, ma non è facile come dirlo. Il medico tornerà a essere tale se ritroverà una coscienza nuova, non dico giacobina , ma nemmeno cosi silenziosa.

– E l'infermiere "sarà", se saprà orientarsi, anche insieme al medico, verso azioni e conoscenze che derivano dalla dinamica delle interazioni.

– Credo che sia il caso di dire come Muyr Graig. Cambiamo le abitudini, i cambiamenti culturali poi seguiranno. Le leggi servono a poco.

– Dai, andiamo. Si è fatta l'ora di cominciare a lavorare. Pare che di là ci sia chi ha bisogno di noi.

Marcella Gostinelli ***infermiera***

Andrea Vannucci ***medico***

20/5/2015
www.saluteinternazionale.info

In sanità il Jobs Act ha un nome ben preciso: comma 566.

Questa nefandezza non è altro che uno degli oltre 700 commi della legge di stabilità e che da subito, cioè ancor prima di essere tradotto in norme applicative, come primo effetto ha praticamente spaccato in due i lavoratori della sanità, mettendo appunto in contrapposizione il personale addetto alla cura e all'assistenza del malato.

In Italia il comma 566 è stato messo in piedi, con l'approvazione consacrata dal ministro Beatrice Lorenzin, cioè dal Pd stesso e da altri soggetti istituzionali interessati. Coloro che ne trarranno un enorme vantaggio ai fini del risparmio saranno le Regioni, che chiedono infatti mani libere nell'impiego flessibile della manodopera professionale.

Il governo attraverso il comma 566 le asseconda vincolandole al principio assoluto del costo zero. Un disastro mostruoso che sarà indifferente al problema morale e soprattutto in merito alle necessità del cittadino e del malato.

Una legge che apre la strada in sanità ad un progressivo demansionamento a catena nel processo di cura attraverso la sostituzione di alcune competenze proessionali appartenenti a professioni diverse ma considerate equivalenti quindi agibili indipendentemente dai diversi soggetti professionali. Per finire si manterranno il blocco dei contratti e del turn over, ma soprattutto la sua svalutazione con lo scopo finale di tagliare nel tempo il mercato del lavoro riducendo gli attuali livelli occupazionali.

La legge di riordino della Toscana implica la liquidazione di almeno 1500 esuberi. Se la Regione Toscana teorizza la possibilità di togliere mansioni ai medici darle agli infermieri, togliere mansioni agli infermieri e darle a generiche figure di assistenza (Oss), l'Emilia Romagna ha predisposto una delibera sull'assistenza a domicilio che interessa un gran numero di malati anziani e non autosufficienti, con la quale toglie mansioni agli infermieri per darle alle badanti per le quali prevede corsi di formazione di poche ore.

In Campania si pensa di esternalizzare non più solo le pulizie e i pasti agli ammalati, ma pezzi importanti di lavoro clinico: a 1100 nuove assunzioni appena autorizzate corrispondono 800 stabilizzazioni a fronte di 15000 posti di lavoro persi negli ultimi anni. Un quadro desolante e drammatico.

Oggi le Regioni, esaurite le politiche di compatibilità attuate nell'ultimo decennio stanno mettendo mano ad un "riordino" che in realtà è una destrutturazione del sistema sanitario, taglio massiccio di posti letto degli ospedali e da ultimo, la vera novità, decapitalizzare il lavoro professionale considerandolo non il vero capitale del sistema ma il principale costo da aggredire.

Federazione Nazionale USI- AIT Sanità

"Siamo familiari delle Vittime, ferrovieri, cittadini di Viareggio."

E' questo sistema i cui profitti, evidentemente, valgono più di 100, 1.000, 10.000 persone e delle loro famiglie. "Organizzarsi e mobilitarsi per la sicurezza e la salute". Manifestazione del 29 giugno a Viareggio.

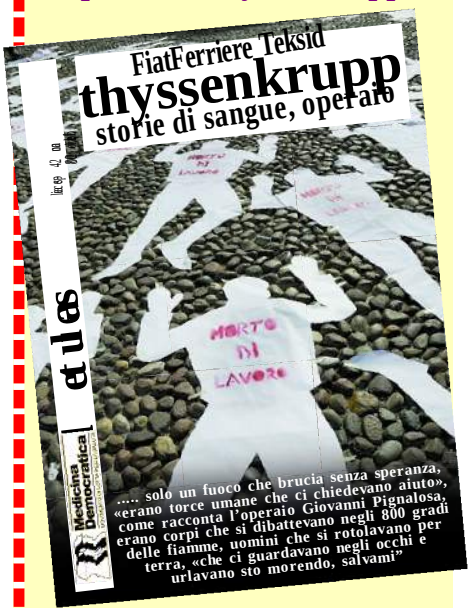
I vostri compagni uccisi dall'amianto! I nostri familiari bruciati dal fuoco!

Sono passati 6 anni dal disastro ferroviario di Viareggio del 29 giugno 2009. Una strage che ha provocato 32 vittime, feriti gravi e gravissimi e la distruzione di case ed edifici situati in via Amilcare Ponchielli, la piccola strada che costeggia la ferrovia. Siamo familiari delle Vittime, ferrovieri, cittadini di Viareggio.Siamo qui per invitarvi alla manifestazione del 29 giugno a Viareggio.

La manifestazione del 29 luglio 2009, ad un mese dalla strage, si apriva con lo striscione "Organizzarsi e mobilitarsi per la sicurezza e la salute". Non abbiamo cambiato idea: senza lotta per i lavoratori e le lavoratrici non c'è alcuna possibilità di avanzamento. E' questo l'insegnamento che viene dal movimento operaio e popolare di ogni parte del mondo. E' anche l'insegnamento che abbiamo tratto dalla nostra esperienza in questi 6 anni.

La strage di Viareggio si è scatenata in 38 secondi, producendo morte, ustioni indelebili e distruzione. Per noi il killer è stato il fuoco. Il killer che uccide nella vostra fabbrica si chiama amianto e uccide anche a distanza di anni. Si può, inoltre, morire in altri modi e in tempi diversi, immediatamente o dopo giorni o mesi d'agonia. Ma per tutti il mandante è unico. (....)

Il numero speciale di Lavoro e Salute agli atti del processo **ThyssenKrupp**



In questi anni, e continueremo a farlo, abbiamo ricordato a tutti cosa è accaduto a Viareggio e come e perché è accaduto. Non per chiuderci nella nostra particolare tragedia ma per aprirci e unirci. Anche a voi. Cominciando dal prossimo 29 giugno.

- Associazione "Il mondo che vorrei" (info@ilmondochevorreiviareggio.it)

- Assemblea 29 giugno (assemblea29giugno@gmail.com)

12 maggio 2015

Sentenza ThyssenKrupp *Basta morti sul lavoro*

Alle ore 15 del 29 maggio il giudice della corte d'Assise d'Appello del tribunale di Torino ha letto il dispositivo della sentenza contro Arald Hespenhan e gli altri imputati della ThyssenKrupp di torino al seguito del rinvio da parte della Corte di Cassazione per la rideterminazione della pena nei loro confronti.

Con questa sentenza le pene già stabilite dalla Cassazione sono state sostanzialmente confermate con qualche "sconto" di pochi mesi. Cio significa che i condannati dovranno essere tradotti per gli anni e i mesi stabiliti in prigione. Per quanto cio' sia nulla di fronte alla morte atroce di 7 operai (come in aula hanno manifestato a fine udienza i famigliari delle vittime) , è la pena piu alta mai comminata per un infortunio plurimo sul lavoro

Md unica parte civile nel processo ritiene inaccettabili le morti sul lavoro auspica che si arrivi a considerarle quali omicidi dolosi, come proposto agli inizi nel processo Thissen ed ora anche nel nuovo processo contro Eternit.

Chiede al governo che le strutture e il personale della prevenzione vengano rafforzati (che non vi sia in assoluto alcun taglio nei finanziamenti).

Basta morti sul lavoro

MEDICINA DEMOCRATICA
Movimento di lotta per la salute

Per non dimenticare i propri diritti e doveri!

NEWSLETTER PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI

Consulenze gratuite su tematiche relative a salute e sicurezza sui luoghi di lavoro. (*a cura di Marco Spezia - sp-mail@libero.it*)

CONSULTAZIONE DEI RLS:

Una parola apparentemente semplice per un complesso processo

PREMESSA

Nel D.Lgs.81/08 e successive modifiche e integrazioni viene spesso riproposto il tema della consultazione, ovvero di quel processo con cui il datore di lavoro deve acquisire il parere dei RLS nel merito di alcune delle sue attività e scelte.
Vedremo a breve in dettaglio quali sono i principali casi e i momenti in cui è prevista la consultazione, con indicazione dei rispettivi articoli e commi della legge.
Prima però vediamo come "Il Nuovo Zingarelli" definisce la parola consultazione: "richiesta o scambio di consigli, pareri o informazioni, specialmente su problemi importanti".

Analogamente, al verbo "consultare" viene attribuito il significato di "interrogare per avere un consiglio o un'informazione, specialmente con riferimento a questioni importanti o a problemi complessi". Nella normativa sulla sicurezza la consultazione dei RLS è individuata quindi come un processo in cui chi ha il compito di decidere e fare (ovvero il datore di lavoro) acquisisce il parere di un soggetto interessato e portatore di interessi in campo di sicurezza (il RLS) come contributo conoscitivo e informativo utile all'assunzione delle decisioni migliori.

Però, attenzione: la consultazione è obbligatoria, ma non vincolante. Il datore di lavoro è infatti obbligato a "consultare" i RLS per conoscere il loro parere in merito a un problema (e questo è un vincolo preciso e cogente), ma può decidere in piena autonomia e piena responsabilità.
In sostanza, la legge costringe il datore di lavoro ad acquisire il parere dei RLS (per avere la piena consapevolezza di come i lavoratori, che il RLS rappresenta, la pensano su un certo problema), ma parimenti non lo costringe a tenere conto di quel parere qualora non lo condivida.
E' molto importante aver presente questo elemento per meglio comprendere tutto quello che dopo sarà detto.

CONSULTAZIONE DEI RLS QUANDO IL D.LGS.81/08 LO PREVEDE

I casi specifici sono previsti nel Titolo I (Principi comuni) del D.Lgs.81/08 e sono, in ordine di citazione, i 6 che seguono:

- articolo 15 "Misure generali di tutela", comma 1: tra le misure generali di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro è riportata alla lettera s) "la partecipazione e consultazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza";
- articolo 18 "Obblighi del datore di lavoro e del dirigente", comma 1, lettera s): "il datore di lavoro, che esercita le attività di cui all'articolo 3 e i dirigenti, che organizzano e dirigono le stesse attività secondo le attribuzioni e competenze ad essi conferite, devono consultare il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza nelle ipotesi di cui all'articolo 50";
- articolo 29 "Modalità di effettuazione della valutazione dei rischi", comma 2: "le attività di cui al comma 1 [elaborazione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)] sono realizzate previa consultazione del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza";
- articolo 50 "Attribuzioni del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza", comma 1: "fatto salvo quanto stabilito in sede di contrattazione collettiva, il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza" è consultato preventivamente e tempestivamente in ordine alla valutazione dei rischi, alla individuazione, programmazione, realizzazione e verifica della prevenzione nella azienda o unità

CONTINUA A PAG. 24

CONSULTAZIONE DEI RLS

CONTINUA DA PAG. 23

produttiva (lettera b)), "è consultato sulla designazione del responsabile e degli addetti al servizio di prevenzione, alla attività di prevenzione incendi, al primo soccorso, alla evacuazione dei luoghi di lavoro e del medico competente" (lettera c)), "è consultato in merito all'organizzazione della formazione di cui all'articolo 37" (lettera d)).

Come si vede dal breve elenco ora riportato, il RLS deve essere consultato in ordine a quelli che sono i processi più importanti del sistema di prevenzione aziendale: la valutazione dei rischi, l'individuazione, programmazione, realizzazione e verifica delle misure preventive in azienda, la formazione alla sicurezza dei lavoratori, la scelta, da parte del datore di lavoro, delle persone cui affidare i fondamentali ruoli per la sicurezza e tutela della salute in azienda: RSPP e addetti del SPP, medico competente, addetti alle emergenze, primo soccorso, prevenzione incendi.

I POSSIBILI SCENARI

I possibili scenari sono fondamentalmente tre:

a) il datore di lavoro non attiva i momenti di consultazione;

b) il datore di lavoro attiva i momenti di consultazione, ma solo formalmente e burocraticamente;

c) il datore di lavoro attiva veri e costruttivi momenti di consultazione.

Ogni scenario comporta azioni diverse da parte dei RLS.

Nel caso a) in cui il datore di lavoro non attivi i momenti di consultazione, il RLS deve immediatamente richiedere, in modo formale di attivarli quanto prima richiamando l'articolo di legge relativo (vedi sopra). In caso di riscontro negativo, segnalerà immediatamente la cosa alla ASL SPSAL (Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro) competente per territorio, per richiedere un intervento immediato al fine di sanare la situazione e ristabilire corretti rapporti tra datore di lavoro e RLS (si ricorda, per completezza d'informazione che l'unico caso di inadempienza dell'obbligo di consultazione sanzionato a carico del datore di lavoro è quello di cui all'articolo 29, comma 2, sulla consultazione in ordine alla valutazione dei rischi).

Nel caso b) in cui il datore di lavoro attivi i momenti di consultazione, ma solo formalmente e burocraticamente, ovvero con impossibilità di gestire seriamente e concretamente il processo (ad esempio prevedendo tempi di risposta troppo brevi, non fornendo tutte le informazioni ed elementi conoscitivi necessari, non rispondendo alle richieste di chiarimenti o approfondimenti da parte del RLS, adottando metodi di consultazione solo verbali e quindi non riscontrabili e documentabili e altri casi analoghi), al datore di lavoro il RLS deve immediatamente richiedere, in modo formale, e richiamando l'articolo di legge relativo (vedi sopra) di modificare il suo approccio, in quanto il comportamento non corretto adottato rende di fatto inefficace la consultazione, e quindi disattende la norma di legge; in caso di riscontro negativo, segnalerà immediatamente la cosa alla ASL SPSAL competente per territorio, per richiedere un intervento immediato al fine di sanare la situazione e ristabilire corretti rapporti tra datore di lavoro e RLS.

Nel caso c), infine, in cui il datore di lavoro attivi veri e costruttivi momenti di consultazione (prevedendo tempi congrui, fornendo le proposte articolate da sottoporre a consultazione, complete delle informazioni e documentazione necessarie, rispondendo ad eventuali richieste del RLS di chiarimenti o approfondimenti), il RLS deve confrontarsi con i problemi che gli vengono posti e fornire correttamente, nei tempi e nei modi stabiliti, il suo parere. A questo punto si pongono due ordini di problemi, uno strettamente tecnico ed uno comportamentale.

Dal punto di vista tecnico, il RLS deve costruirsi un parere il più possibile fondato e sostenibile, utilizzando gli strumenti a sua disposizione: innanzi tutto sentendo il parere dei lavoratori interessati dal problema posto, poi recuperando materiali e informazioni da ogni altra fonte (documenti aziendali, DVR, norme di legge, dati di letteratura tratti da articoli o atti di convegni o testi, confronti con RLS di aziende analoghe alla sua, chiarimenti con RSPP e medico competente, ricerche sul web, ecc.).

Una volta costruito un parere, lo si riporta in sede di incontro col datore di lavoro, motivandolo con elementi a supporto, per convincere il datore di lavoro della validità delle proprie osservazioni, soprattutto nel caso in cui il parere vada in una direzione opposta a quelle che sono le intenzioni e gli orientamenti dell'azienda ; infatti, se c'è un assenso sulle scelte dell'azienda, ovviamente non sussiste problema alcuno.

Dal punto di vista comportamentale, è bene che il parere del RLS sia sempre espresso per iscritto, sia che si tratti di un assenso alle proposte dell'azienda che, soprattutto, se si tratta di un motivato dissenso. Se viene redatto un verbale dell'incontro o della riunione di consultazione, il RLS deve chiedere che il suo parere sia messo a verbale, a futura memoria.

Se non viene redatto un verbale, le osservazioni devono essere comunque consegnate per iscritto, con documentazione ufficiale dell'avvenuta consegna (ad esempio timbro e data sulla copia che resta al RLS quale prova materiale dell'avvenuta consegna).

Se quelle fino ad ora esposte sono le pratiche più comuni e generali, è bene sottolineare alcuni casi particolari che si possono verificare, in cui l'espressione del parere in sede di

CONTINUA A PAG. 25

CONSULTAZIONE DEI RLS

CONTINUA DA PAG. 24

consultazione è di peculiare delicatezza e/o difficoltà.

CONSULTAZIONE SULLA SCELTA E NOMINA DEL RSPP E DEL MEDICO COMPETENTE

In questo caso, l'azienda deve per forza rivolgersi a persone in possesso di specifici requisiti previsti dalle vigenti leggi (e dovrà ovviamente documentarlo nel momento in cui consulta nel merito il RLS: se non lo avesse fatto, è la prima cosa che il RLS dovrà richiedere).

Se la persona non è provvista dei requisiti, la nomina è ovviamente insostenibile, e prima ancora improponibile (attenzione: per i RSPP la cosiddetta abilitazione conseguita è valida solo per i settori e comparti produttivi per cui è stata conseguita, in base ai codici ATECO), e non c'è dubbio sul fatto che il RLS debba assolutamente opporsi.

Ma è sicuramente raro, quasi impossibile, che un caso del genere si verifichi, e quindi il RLS dovrà pronunciarsi su scelte che riguardano persone "abilitate" (questo vale anche per addetti al SPP), per cui non ha senso pronunciarsi sulle loro competenze professionali e sulla loro idoneità (in termini di titoli) per svolgere la funzione cui sono stati prescelti.

E' quindi evidente che il parere si giocherà sull'opportunità di scegliere quella specifica persona, in base agli incarichi che già svolge e quindi al tempo reale che avrebbe a disposizione per questo ulteriore compito, in base alla storia pregressa di rapporti con RLS e lavoratori in questa o in altre aziende (per evitare scelte che porterebbero molto probabilmente a conflitti in tempi brevi) in base alla sua collocazione all'interno dell'azienda, ecc.

Si tratta, comunque, del tipo di consultazione più delicato, come già si è detto, in cui il RLS deve veramente muoversi con i piedi di piombo, consapevole che le sue valutazioni in sede di consultazione potrebbero in futuro, anche se non necessariamente, riflettersi sui suoi rapporti con quelle persone su cui ha espresso un parere: se per un RLS la cautela è sempre un valore importante, in questi casi lo è ancora di più.

CONSULTAZIONE SULLA NOMINA DEI LAVORATORI ADDETTI AD ANTINCENDIO, EMERGENZE, PRIMO SOCCORSO

Il compito che attende il RLS è più

facile, perché conosce direttamente (o li conoscono i lavoratori che rappresenta) i personaggi poten-zialmente designati. I criteri da seguire per dare il parere sono quindi due: da un lato sulle caratteristiche personali del singolo lavoratore prescelto (un lavoratore che va facilmente in panico o si agita a dismisura per criticità lievi non potrà mai essere un buon addetto alle emergenze oppure un lavoratore che impallidisce o sviene alla vista del sangue non potrà mai essere un buon addetto al primo soccorso), dall'altro sull'opportunità della scelta rispetto ad aspetti organizzativi (ad esempio non ha senso scegliere un lavoratore che è fuori sede per metà del suo tempio oppure non ha senso scegliere un lavoratore che è alle soglie della pensione e quindi non "ammortizzerà" mai il tempo e le energie spese nella formazione ad hoc).

CONSULTAZIONE SULLA FORMAZIONE

I programmi di formazione vanno valutati alla luce della valutazione dei rischi, dei contenuti dei noti Accordi Stato-Regioni, di una ricognizione effettuata con gli stessi lavoratori interessati.

E' importante che, al di là della consultazione preliminare, il RLS si tenga informato su come vanno le cose, in modo da poter essere più incisivo, preciso e documentato in caso di ulteriori momenti di consultazione.

E' bene anche che presidi, in sede di consultazione, non solo i contenuti, ma anche le modalità, come ad esempio:

- la numerosità delle persone in aula;
- le tecniche didattiche adottate;
- le modalità previste per il recupero delle assenze;
- la tempestività dell'attivazione della formazione per i nuovi assunti e in caso di cambio mansione;
- le modalità di verifica di apprendimento e la previsione di eventuali percorsi di recupero;
- l'attenzione ai problemi dalla lingua, in caso siano presenti lavoratori stranieri.

CONCLUSIONI

Abbiamo cercato di fornire le informazioni e indicazioni essenziali affinché un processo così utile, in termini partecipativi, come la consultazione dei RLS, acquisti una reale efficacia e non sia ridotto, come purtroppo oggi spesso avviene, a un momento formale e burocratico (un po' come ancora in troppi casi avviene per la riunione annuale di prevenzione.

La consultazione invece, se fatta come si dovrebbe, rispettando quindi pienamente lo spirito del D.Lgs 81/08, può diventare uno degli elementi portanti del clima partecipativo che la legge appena citata prevede, o forse dovremmo dire prevedeva, viste le modalità certo non entusiasmanti con cui in ancora troppi casi è stata applicata.

Però, siamo ancora tra i pochi che si ostinano a pensare che la battaglia non sia ancora perduta.

Contributo da Articolo 19
http://www.cittametropolitana.bo

lettera

IL GOVERNO SI STA PREPARANDO A STRAVOLGERE LA NORMATIVA DI PREVENZIONE INFORTUNI

Ciao a tutti,

dopo la vergognosa e pericolosissima iniziativa sulla legge elettorale e dopo la vergogna del Jobs Act, il governo si sta preparando a stravolgere la normativa di prevenzione infortuni.

Dopo aver cancellato l'obbligo per il datore di lavoro della denuncia di infortuni al posto di polizia territorialmente competente, entro le 48 ore dell'accaduto, il governo prova a inserire il principio della "massima sicurezza concretamente realizzabile" in luogo della "massima sicurezza realizzabile" a carico del datore di lavoro, già prevista dal Codice Civile articolo 2087 e dal Testo Unico delle leggi sulla sicurezza del lavoro [D.Lgs.81/08], laddove il legislatore aveva dedicato un intero articolo (l'articolo 15) alle misure generali di tutela.

Questo, anche se sembra una diversa articolazione dell'obbligo di legge (addirittura inoffensiva), è in realtà letale per i lavoratori e per ciò che riguarderà eventuali inchieste infortuni.

Infatti la "massima sicurezza concretamente realizzabile" è di fatto un espediente per mitigare la responsabilità dei datori di lavoro sempre più incentivati a fare i loro comodi che, a fronte di dati statistici dubbi (ad esempio l'indice di infortuni aziendali) e dopo le recenti modifiche normative, potranno essere relativamente tranquilli in caso si incidente. Basterà fare il minimo e non il massimo.

In più è prevista l'introduzione di elementi tali da definire indici già esistenti (ma verrà formalizzato meglio sulle imprese a basso rischio di infortuni, che non si sa bene a quale titolo vengano così definite) sulle ridotte dimensioni (dipendenti + bilancio) che serviranno da contesto per spiegare che il datore di lavoro avrà sicuramente fatto tutto ciò che era possibile (per lui!!!).

Il tutto sarà spiegabile a quel punto come una disgrazia, il caso avverso o la colpa del lavoratore e l'avvocato di parte, avranno fatto il resto. Per buona pace di vittime e familiari.

A quel punto rimarrà la volontà del magistrato di applicare il Codice Penale in tutta la sua pienezza, ma la recente norma che ha introdotto la responsabilità civile dei magistrati (quelli giudicanti in particolare) farà si (presumibilmente) che il datore di lavoro, specie se potente, avrà fatto tutto quel che poteva con i mezzi a sua disposizione.

Inoltre vogliono eliminare il registro infortuni e i registri degli esposti, per trasportarli in via telematica su programmi che di fatto non esistono, come il Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP) dell'INAIL.

La situazione è gravissima. Poca consapevolezza su leggi che cambieranno effettivamente la vita ai lavoratori e legalizzeranno di fatto il principio della sicurezza e salute sottomessa al profitto delle aziende. Neanche il sindacato ne parla.

Altro problema sarà la riorganizzazione dei servizi ispettivi che vengono tolti, secondo le idee della Pubblica Amministrazione, dal territorio, per cui, se così dovesse esserci un lavoratore che deve presentare la denuncia contro il suo datore di lavoro, dovrà andare per forza nel capoluogo delle regione di appartenenza.

Il 14 maggio a Roma facciamo una prima iniziativa presso il circolo che Guevara (via Fontanellato, telefono 06 540 43 93) con la partecipazione anche dei compagni del Comitato 5 Aprile come il sottoscritto, proprio per accendere quella spia di allarme.

Si proverà a discutere quindi di lavoro e di sicurezza: due facce della stessa medaglia.

Nella logica e nella convinzione che: la sicurezza si progetta, il lavoro si rispetta e il lavoratore si tutela e noi vogliamo dare battaglia.

L'idea è di lanciare una mobilitazione su questo.

Vi chiedo quindi la cortesia di diffondere quanto più potete.

Grazie anticipatamente.

Un abbraccio.

Claudio

Hiv e lavoro: S.O.S. discriminazioni.

A un anno dal convegno "Hiv, diritti e lavoro" e dalla presentazione dell'interrogazione parlamentare per garantire che le procedure di selezione del personale delle Forze Armate avvengano nel rispetto della normativa nazionale, continuiamo a denunciare la mancata applicazione della circolare sulla salute sul posto di lavoro e la penalizzazione delle persone con Hiv in ambito occupazionale.

Federico è un cameriere con contratto a tempo indeterminato e dopo aver saputo per caso di essere positivo all'Hiv decide di comunicarlo al titolare del ristorante e la reazione un'immediata lettera di licenziamento.

Gianni è un militare con mansioni d'ufficio in una caserma e scopre che tra le analisi di routine da fare obbligatoriamente ogni anno è stato inserito il test Hiv: è terrorizzato di poter perdere il lavoro da un giorno all'altro.

Luca è addetto a mansioni di carico-scarico merci per un'azienda alimentare. Il datore di lavoro scopre la sua condizione di sieropositività a seguito di una richiesta di permesso per motivi sanitari e fa subito partire la richiesta di licenziamento per inidoneità alla mansione svolta.

Sono solo alcune delle richieste di consulenza e sostegno legale in ambito lavorativo che ci sono giunte quest'anno da parte di persone con Hiv. Tutte mostrano il perdurare dello stigma e dell'ignoranza sulle situazioni che provocano il contagio.

Per questo, a un anno dal convegno "Hiv, diritti e lavoro", dalla diffusione della campagna "Qualsiasi sia il lavoro l'Hiv non conta" e dalla presentazione dell'interrogazione parlamentare per garantire che le procedure di selezione del personale delle Forze Armate avvengano nel rispetto della normativa nazionale che limita a specifici casi la possibilità di chiedere il test, continuiamo a denunciare la penalizzazione delle persone con Hiv in ambito occupazionale, in considerazione delle richieste di intervento che ci arrivano.

Il 41,57 per cento delle persone con Hiv che hanno contattato i nostri centralini telefonici nel 2014 hanno chiesto supporto e consulenza su questioni relative a diritti, in particolare riguardanti questioni lavorative, mentre il 6,21 per cento ha domandato sostegno per contrastare episodi di discriminazione.

In occasione della giornata internazionale del lavoro, abbiamo mandato un comunicato stampa che chiede l'applicazione della circolare ministeriale del 10 aprile 2013 sulla salute sul posto di lavoro, ricordando come le persone con Hiv rischino la perdita dell'occupazione o il demansionamento quando comunicano propria sieropositività al datore di lavoro pubblico o privato. Una situazione resa peggiore dall'attuale situazione di crisi economica e precarietà.

LILA Onlus - Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids denuncia la mancata applicazione della circolare sulla salute sul posto di lavoro e la penalizzazione delle persone con Hiv in ambito occupazionale. "Stiamo ricevendo molte richieste di aiuto di lavoratori e lavoratrici con Hiv terrorizzati di restare disoccupati da un giorno all'altro a causa dell'ignoranza e dello stigma ancora oggi molto radicati, richieste di test negativi, demansionamento o anche peggio qualora un lavoratore comunichi la propria positività all'HIV al datore di lavoro pubblico o privato e questa situazione di crisi e precarietà sul lavoro certo non aiuta"

Massimo Oldrini
presidente della LILA

Abbiamo evidenziato come nell'attività di sostegno e consulenza alle persone con Hiv spesso il supporto legale non basta, perché non è facile provare che un licenziamento è stato discriminatorio In questi giorni l'On. Donata Lenzi ha presentato sollecito formale perchè venga data risposta all'interrogazione parlamentare presentata il 14 maggio 2014 insieme all'On. Carlo Galli per garantire che le procedure di selezione del personale delle Forze Armate avvengano nel rispetto della normativa nazionale. Con l'interrogazione parlamentare, che non ha ancora avuto risposta, abbiamo chiesto un intervento delle istituzioni perché venga garantito il rispetto della legge n. 135 del 1990 il cui articolo 6 afferma: "È vietato ai datori di lavoro, pubblici e privati, lo svolgimento di indagini volte ad accertare nei dipendenti o in persone prese in considerazione per l'instaurazione di un rapporto di lavoro l'esistenza di uno stato di sieropositività".

Per informazioni su diritti e mondo del lavoro, visitate la sezione dedicata sul sito LILA. www.lila.it

La lettera

"Ho l'Hiv, l'Hcv, l'epatite B e l'emofilia, ma non posso accedere alle nuove cure".

Abbiamo inviato alla ministra Lorenzin la struggente comunicazione ricevuta da un uomo che, nonostante una grave situazione di coinfezione, ad oggi non ha il diritto di essere trattato con le nuove terapie. Con il suo consenso pubblichiamo la forte testimonianza, privata di ogni riferimento personale.

...Sono stanco, sono molto stanco... mi chiamo ho 49 anni. E' da quando sono nato che combatto per sopravvivere essendo affetto da una grave forma di malattia rara, chiamata "Emofilia". Questa patologia è determinata dalla mancanza del fattore VIII del sangue, cioè di fronte ad emorragie di qualsiasi genere, il sangue non coagula rischiando così ogni volta la vita. Io non ho mai potuto fare quello che una persona "normale" durante la sua vita desidera fare: correre, compiere sport, inginocchiarsi. Si! Proprio così, inginocchiarsi! Le articolazioni infatti sono soggette a soventi emorragie che tendono a danneggiare la cartilagine determinando negli anni la comparsa di artropatia cronica.
Un giorno all'età di 13 anni arrivò una grande notizia. La medicina aveva scoperto il modo di poter sopperire alla mancanza del fattore VIII nel sangue: estraendo il fattore dal sangue dei donatori, attraverso una complessa procedura, si riusciva a riprodurre il fattore mancante. Sembrava che la vita mi fosse stata restituita ed in effetti per un periodo di tempo le cose migliorarono, ma non avevamo fatto i conti con l'avidità umana, con la rincorsa al profitto delle case farmaceut-iche che non controllavano i donatori.
Nel 1984 si venne a scoprire che il sangue utilizzato era infettato da un VIRUS MORTALE scientificamente chiamato HIV. Nel mondo arrivò l'AIDS. Utilizzando emoderivati del sangue mi infettai e a 18 anni in un

tetro giorno di ottobre del 1985, in un corridoio di un ospedale veneto, mi fu comunicata la "bella notizia"!
Tutto era finito, speranze, progetti, sogni; molti amici con la mia stessa malattia se ne andarono. Non vi era nessun farmaco. Anno zero in tutto! Ma il Buon Dio anche in questa triste vicenda è voluto venirmi in soccorso: superai molte difficoltà, arrivarono i primi farmaci, si intravvedeva qualche pallido raggio di sole. Ma le sorprese del sangue infetto non erano finite: nel 1992 mi scoprirono il VIRUS dell'EPATITE C e dell'EPATITE B. Mi crollò il mondo addosso, era tutto terribilmente complicato: EMOFILIA HIV HCV HBV. E' finita, è finita, mi dicevo.
L'epatite C colpisce il fegato, i medici sono preoccupati, io non potrò mai subire un trapianto per il problema della coagulazione.
Dunque cosa fare se non sperare ancora? La mia fede incrollabile mi sostiene, con alti e bassi continuo ad andare avanti, continuo a curare l'emofilia, l'HIV con farmaci che per molto tempo hanno avuto effetti collaterali devastanti, ma vado avanti. Per l'HCV esce l'INTERFERONE ma io non posso farlo perché incide sull'emofilia ed avendo il Genotipo 1 ha scarse possibilità di efficacia. Si spera, si prega, sino ad un giorno del 2014 quando il mio medico mi dice che sono usciti due farmaci per l'HCV che debellano il virus con pochi effetti collaterali. Si fa festa, si rivede la luce, ma non abbiamo fatto i conti con gli uomini al potere, quel potere di decidere chi deve o chi non deve morire. La stessa filosofia di uomini al comando ad ogni livello che negli anni mi avevano, ci avevano fatto tutti quei regali. I parametri per accedere alla nuova terapia sono questi: Fibroscan da F4 e quindi fegato in cirrosi. Chi come me con l'aiuto di Dio è riuscito a mantenere parametri borderline, non può usare il farmaco.
Per cui la grande mente si esprime così: "prima ti aggravi, poi ti do il farmaco, perché al momento non ci sono i soldi per tutti", rimettendo la responsabilità nelle mani dei medici che nel mio caso sono molto preoc-cupati per il fatto che se il mio fegato peggiora il farmaco potrebbe fare poco, perché essendo emofilico, se si verificasse un emorragia, sarebbe una cosa molto pericolosa.
Dunque dopo 49 anni di lotta per riuscire a vivere - udite udite - un funzionario politico di turno, per non sprecare denaro pubblico, dice: " tu, signor sopravvissuto, 'sta volta ti freghiamo!"
Ma per chi come me ha attraversato mari, monti, deserti, fiumi anche se stanco, molto stanco.... non si arrende facilmente! Vi ricordo che le Vie del Signore sono infinite ed in una di queste ci sono io.
Chiedo pertanto a voi la cura. E ne sono sicuro! Voi non vi assumerete la responsabilità di farmi morire! E' per questo che mi rivolgo a tutti, ad ogni livello, chiedendo di farmi accedere alla terapia per HCV, SUBITO!!!

www.lila.it

LILA Nazionale
Tel. 031 268828
Fax 031 303716
lila@lila.it

LILA Piemonte
Tel./Fax 011-4361043
C.so Regina Margherita 190/E, Torino
lilapiemonte@gmail.com

In Italia sono 8000 i coinfetti da trattare

Alla Conferenza Italiana su AIDS e Retrovirus sono state quantificate in 8000 le persone con coinfezione Hiv Hcv da trattare urgentemente con i nuovi farmaci e in 376 quelle che potranno morire nei prossimi cinque anni se non curate.

Nonostante questi dati l'Aifa oggi non riconosce i coinfetti come categoria prioritaria per il trattamento, indipendentemente dallo stadio di fibrosi. Per questo, insieme a Nadir e Plus abbiamo chiesto all'Agenzia di attivare subito un tavolo con le associazioni dei pazienti e le case farmaceutiche.

Sui 30mila coinfetti Hiv/Hcv, sono 8000 coloro che, nonostante la malattia di fegato moderata (fibrosi F2 Metavir), progrediranno verso la cirrosi e il cancro del fegato: lo ha affermato Massimo Puoti, Direttore del reparto di malattie infettive all'ospedale Niguarda di Milano, nella lettura sul trattamento dell'Epatite C nelle persone con Hiv, che ha tenuto nell'ambito della Conferenza Italiana su AIDS e Retrovirus - Icar 2015 che si è svolta a Riccione dal 17 al 19 maggio.

"Se queste 8000 persone verranno curate nei prossimi cinque anni potranno essere risparmiate 376 morti e 500 gravi malattie del fegato", ha affermato Puoti.

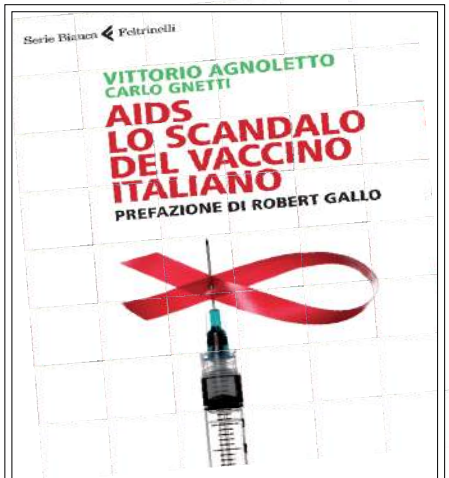
L'infettivologo ha evidenziato come i coinfetti Hiv/Hcv sono considerati categoria da curare in via prioritaria dalle Linee guida dell'Associazione Europea per lo Studio del Fegato (Easl – European Association for the Study of the Liver) pubblicate lo scorso aprile, ma non dall'Aifa, che al momento non rimborsa a queste persone i nuovi farmaci.

I dati presentati all'Icar mostrano che le persone che hanno una coinfezione da Hiv/Hcv e una fibrosi F2 hanno la stessa probabilità di progredire verso la cirrosi e il cancro al fegato rispetto a chi, con la stessa fibrosi, ha ricevuto un trapianto di rene, categoria per cui i nuovi farmaci sono oggi rimborsati da Aifa. Crediamo che allo stesso rischio di cirrosi deve corrispondere uguale opportunità di accedere ai nuovi farmaci. Per questo, oggi chiediamo che Aifa riveda i criteri di accesso prioritario e consideri le persone con Hiv/Hcv con Fibrosi F2 Metavir in maniera simile ai trapiantati di organo solido e ai pazienti con malattia extraepatica per i quali i nuovi farmaci per l'Epatite C sono oggi rimborsati.

In occasione della chiusura dell'Icar abbiamo inviato un comunicato stampa con cui chiediamo all'Aifa di attivare subito un tavolo con le associazioni dei pazienti e le case farmaceutiche, per rivedere i criteri di inclusione delle persone con Hiv/Hcv nelle nuove cure ma anche per ragionare su possibili riduzioni dei costi della terapia di fronte alla grande necessità. La richiesta è stata sottoscritta da Massimo Oldrini come presidente della LILA, insieme a Filippo Schloesser e Sandro Mattioli, presidenti delle associazioni Nadir e Plus.

Il comunicato segue l'interrogazione parlamentare alla ministra Lorenzin presentata dalla deputata Donata Lenzi il 5 maggio scorso, che abbiamo promosso per garantire l'accesso dei nuovi farmaci alle persone con coinfezione. In corrispondenza di queste azioni abbiamo inoltre inviato alla ministra Lorenzin una toccante testimonianza di un uomo con coinfezione da Hiv/Hcv/Hbv ed emofiliasi che oggi non ha accesso alle nuove cure.

Lila maggio 2015



DOCUMENTAZIONE SULLE TROPPE OMERTA' DI QUESTO SETTORE DEL MONDO SCIENTIFICO

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

in libreria

Infezioni Sessualmente Trasmesse

Ambulatorio IST Ospedale Amedeo di Savoia
C/SO Svizzera 164 TORINO
011/4393788 tram: 3, 9; bus 59, 60
lunedi/martedi/giovedi/venerdi Orari: 8,30-10,00
Disponibili 15 posti - Esami al Padiglione RUDIGOZ
Ritiro a libero accesso:
lun/mar/gio/ven 13,00 - 14,30; mer 9,00 - 11,00
Attività: prelievi, terapie post visita
Senza prenotazione; non è necessaria l'impegnativa del medico
Su richiesta è garantito l'anonimato; visita senza ticket
Disponibilità di mediatori culturali

Lettera a Lavoro e Salute

Perchè il farmaco per l'epatite C è solo per pochi?

Vi sottopongo una questione che a me sta molto a cuore e sulla quale vorrei intervenire tempestivamente.
Si tratta del Farmaco per l'epatite C, che l'Italia dovrebbe acquistare, se si mettono d'accordo, solo per i malati più gravi (50.000) e non per gli altri 500.000, il che lo trovo vergognoso.
La falsa sarebbe quella che per i 50.000 riuscirebbero ad acquistare il farmaco ad un prezzo più vantaggioso mentre gli altri possono attaccarsi o meglio, il farmaco potrebbe se abbiamo fortuna essere distribuito nel 2016 , ma sapendo come vanno le cose in Italia non sarà quella la data effettiva, intanto si tiene conto solo della gravità della malattia non tenendo presente moltissimi altri fattori come ad esempio l'età del paziente.
Un paziente in età avanzata non può prendere più il farmaco perchè questo farmaco può essere somministrato solo se oltre all'epatite non hai altri problemi, ad esempio se hai già avuto un infarto non lo puoi prendere, dunque se uno ha già 50 anni e non è ancora arrivato allo stadio 3 ma ci è vicino, non gli danno il farmaco, nel frattempo però dai 50 anni in poi il rischio di contrarre altri problemi diventa più alto e dunque se il farmaco viene destinato a tutti i pazienti tra 4 anni e sono già sin troppo fiduciosa, il paziente nel frattempo potrebbe non poter usufruire più di questa grandissima occasione di vivere e sarebbe destinato ad entrare in cirrosi e a morire.
Il farmaco c'è e deve essere destinato a tutti, la storia che i soldi non ci sono come ben sappiamo non è altro che una schifosa bugia, visto che per gli f35 li hanno trovati, per il tav, per l'expo e tutte le porcherie inutili che si inventano.
Cosa mi consigliate?

Flavia Gaidano

Epatite C

Guariniello dalla procura di Torino apre una inchiesta sui costi eccessivi

Il superfarmaco contro l'epatite costa troppo e fino ad ora sono pochi i malati che possono utilizzarlo. Il pm Raffaele Guariniello il mese scorso ha avviato una serie di accertamenti esplorativi, per capire come la sanità italiana stia affrontando il problema dell'impatto economico del trattamento terapeutico.
In Italia sarebbero almeno 50 mila i malati più gravi in attesa del Sofosbuvir.

Spiegazione "cinica" dello stato delle cose in cui ci si trova ad operare all'interno di un sistema che incanala, non per propria forza ma per assenza di saperi e partecipazione - fatto salvo l'impegno della LILA - verso stati di fatto a prescindere dallo stato di salute letto dei malati con gli occhiali strabici dei paradigmi mercantili.

Redazione

Solo ad alcuni e non a tutti? LEGGE DI MERCATO!

La terapia della epatite cronica da virus HCv è in essere da anni e recentemente sono disponibili nuovi farmaci ad elevata efficacia. Perlomeno questo emerge dai dati preliminari.
Si tratta di farmaci per vari livelli di epatite cronica / cirrosi e per i vari genotipi virali.
Questo significa che ogni genotipo e ciascun livello di patologia devono essere valutati da un medico esperto nella infezione e terapia del Virus HCv.
Sono inoltre importanti le valutazioni sulle patologie concomitanti poiché ogni terapia ha una efficacia se gestita correttamente e accettata ed assunta convenientemente. Facciamo il caso della terapia per la ipercolesterolemia come fattore di rischio cardiologico : non basta assumere la terapia per avere la certezza di allontanare il rischio cardiologico ma è necessario entrare nel contesto della gestione di tutti i fattori di rischio.
Ne deriva che una terapia è "tailored " sul paziente ma questo deve altresì adattarsi ad una gestione di se stesso completa nel contesto della cura (prendi il farmaco contro il colesterolo ma smetti di fumare, per esempio).
Questo discorso di base è tanto più valido quanto più complessa e densa di effetti collaterali una eventuale terapia ed è tanto più valido quanto più sono elevati i costi della terapia.
Nel contesto attuale con risorse limitate alcune scelte sono, per quanto difficili, necessarie, sia sulla base dei costi che su quella clinica.
Questo problema è fortemente evidente

CONTINUA A PAG. 31

Solo ad alcuni e non a tutti?

CONTINUA DA PAG. 30

in quanto la disponibilità della terapia, la produzione dei farmaci, il controllo postmarketing (cioè cosa veramente succede quando il farmaco è diffuso in centinaia di migliaia o milioni di persone) e il ricavo che le aziende produttrici devono ottenere, sono preventivamente valutate a tavolino.

Sto dicendo che l'Industria già sa prima di immettere un farmaco in commercio quanto ne può produrre, quanto ne deve produrre e quanto ne può ricavare, Inoltre deve accertarsi al più presto di quanto rischia nell'immettere sul mercato un medicinale nuovo con la possibilità che accada qualcosa che ne imponga il ritiro da commercio. Questo ultimo fattore viene ad essere chiarito dopo una larga esperienza "sul campo". Cioè, a parte gli studi di fase III, in genere la Industria mette in commercio e in uso la terapia presso Centri di elevato livello scientifico prima intervenendo su numeri limitati di pazienti poi sempre più vasti. In questi momenti (in genere della durata di mesi) viene prima mossa una "certa" pubblicità per generare l'attenzione, poi sempre più drammaticamente estesa, fino a raggiungere (in particolare nei paesi ricchi) i media e le organizzazioni dei malati, quelle dei diritti umani eccetera.

Nel momento in cui c'è la sicurezza che la terapia "funziona" e che gli effetti collaterali sono sostenibili (come in un bombardamento chirurgico viene deciso sul numero delle vittime innocenti che possono essere prodotte) ecco che ci si dà alla diffusione sul mercato del singolo farmaco.

In genere i Paesi Ricchi contrattano il prezzo : una prima contrattazione viene fatta a livello G8/G20 per valutare quale spesa media può essere sostenibile da un servizio sanitario pubblico in una determinata nazione o dalle compagnie di assicurazione private e quale deve essere il rientro economico a favore della /delle case farmaceutiche produttrici.

Contemporaneamente si discute se alcuni paesi "terzi, poveri" possono produrre il farmaco o acquistarlo con un prezzo di favore che può arrivare a centinaia di volte in meno. Tutti i farmaci hanno in teoria un mercato parallelo : nei paesi poveri le forniture concordate avvengono a prezzi stabiliti e nettamente inferiori rispetto al mercato dei paesi ricchi . Ovviamente nei paesi poveri la corruzione e la (spesso) inesistenza del sistema sanitario pubblico fanno sussistere un mercato privato con prezzi e distribuzione sfavorevole.

Un paese ricco determinerà a sua volta, in genere annualmente, con le Industrie Farmaceutiche, il costo dei farmaci .

Nel caso di un Paese come il nostro quel determinato farmaco può essere distribuito previo acquisto a prezzi concordati ma sempre maggiori rispetto al costo determinato per i paesi poveri.

In pratica il singolo Paese contratta il prezzo minimo per grosse tipologie di medicinali sulla base del fondo sanitario previsto assicurando alla Industria una entrata minima (negli ultimi tempi questa procedura comporta la salvezza di numerosi posti di lavoro nelle industrie farmaceutiche).

Per l'Europa il discorso è, con le dovute differenze, peggiore: infatti l'agenzia europea del farmaco è praticamente in mano alla industria che sa da quali Paesi è più facile attingere per il fatto che nel servizio sanitario nazionale pubblico girano molti soldi "reali" e sono in pochi a governare la spesa per vari e complessi motivi, tutti facilmente intuibili.

Inoltre la Industria è capace di immettere in commercio farmaci di fondamentale necessità (antivirali, antitumorali, farmaci immunologici ecc) a prezzi elevatissimi, scardinando ogni possibilità di programmazione.

Questa premessa è fondamentale rispetto alle questioni di fondo che sono state sollevate.

Se si parla di problemi "individuali" cioè del singolo c'è poco da fare: una volta stabilito un parametro di priorità nazionale dentro un sistema sanitario pubblico o assicurativo privato non c'è possibilità di uscirne a meno di non comprare il medicinale di tasca propria (eventualmente sul mercato dei paesi poveri) e chiedere ad uno specialista di farselo somministrare, con tutte le problematiche , anche legali , connesse.

D'altro canto il nostro sistema nazionale almeno nelle realtà più serie, non ha mai lasciato senza terapia alcuno, o per l'intervento di una singola ASL, o per l'impegno di qualche medico che per uso compassionevole riesce a seguire la terapia o per intervento della magistratura.

Il problema è al limite epidemiologico sui grandi numeri ed è inutile nasconderlo: in Italia, in particolare per la epatite cronica da HCV, i malati sono molti e i soldi no. Pertanto la scelta delle priorità cui fa riferimento la lettera è stata motivata dalla gravità del quadro clinico tenendo presente la possibilità "biologica" del singolo paziente di farcela, in un contesto di QALY.

La scelta è stata : prima i più gravi ma ancora in condizioni recuperabili , e questi entro certi limiti di possibilità cliniche, poi mano mano gli altri. Un po' come sul Titanic "la nave affonda salviamo prima le donne e i bambini". Questa può essere una scelta discutibile soprattutto in un contesto attuale in cui la donna merita la parità con l'uomo e quindi magari "prima i bambini"… ma li mandiamo da soli?, ma è una scelta. Ed è realismo, non cinismo. Un infetto di epatite da HCV, con cronicizzazione lieve, iniziale, diciamo, ha molte probabilità che il processo di deterioramento del suo fegato sia lento soprattutto se non vi sono altri fattori di rischio. Bisogna certo che i pazienti siano coscienti di quali sono "gli altri" fattori di rischio sulla progressione (uso di alcol per esempio).

Teniamo infine presente che in Italia è stata fatta una scelta di curare i coinfetti da HIV e HCV e questa è una grande scelta clinica e di solidarietà umana, oltre che una importante scelta economica.

Roberto Bertucci
infettivologo

salute precaria&schiavitù

Stress da precari: peggio dei disoccupati

Per la salute della mente è meglio essere disoccupati, piuttosto che precari o sottopagati. Sembrerà strano, ma sono queste le conclusioni di uno studio dell'Università di Canberra – pubblicate sul periodico multimediale dell'Inail "Lavoro in sicurezza" – che ha analizzato le opinioni e i comportamenti di settemila lavoratori australiani. Svolgere una professione in condizioni sfavorevoli, all'insegna dell'angoscia del rinnovo del contratto e di condizioni vessatorie, comporta più stress rispetto al non avere affatto un'occupazione.
Paradossalmente, dunque, se proprio si dovesse scegliere tra le due alternative, la chance preferibile sembrerebbe essere addirittura la disoccupazione. La ricerca ha comparato il grado di stress correlato a ciascuna delle due condizioni. Risultato: un lavoro precario è decisamente più deleterio rispetto all'eventualità di non averlo del tutto.
Nello studio pubblicato da "Occupational and Environmental Medicine" sono stati presi in considerazione diversi parametri: dalla salute mentale alle caratteristiche psicosociali del lavoro, dalla complessità delle mansioni svolte alla precarietà, fino alla soddisfazione per lo stipendio. Se passare dalla disoccupazione a un buon impiego comporta un guadagno di tre punti nella scala della salute mentale, ottenerne uno non soddisfacente comporta in media la perdita di 5,6 punti.

Relazione epidemiologica
A cura del servizio sovrazonale di epidemiologia, ASL 5-Grugliasco

DISOCCUPAZIONE E SALUTE a Torino e provincia

L'area torinese è colpita da una grave crisi produttiva nel settore industriale che dura ormai da oltre un ventennio - se si prende come riferimento iniziale la vicenda della cassa integrazione e dei licenziamenti FIAT dei primi anni Ottanta. Si sono alternati momenti di ripresa economica a periodi, come quello iniziato alla metà del 2001, più acuti che hanno generato un consistente processo d'espulsione di lavoratori dalle fabbriche. Questi eventi locali sono in relazione e si accompagnano con l'intensificazione della concorrenza e della crisi economica internazionale che spinge la riorganizzazione del lavoro verso una maggior efficienza ed una riduzione dei costi di produzione. Alla perdita di posti di lavoro nell'industria si somma quindi un incipiente processo di flessibilizzazione e precarizzazione dei rapporti di lavoro. Sono quindi rafforzate ed incrementate condizioni sociali che espongono le popolazioni coinvolte a rischi di deterioramento delle condizioni di vita e di salute.

Rispetto ai problemi della disoccupazione, per i dipendenti delle grandi imprese sono ipotizzabili tre tipi di percorsi: uno verso il rientro in fabbrica e due di espulsione dal lavoro (tramite la mobilità lunga, con successivo prepensionamento per i più anziani e licenziamento per i più giovani). Per i lavoratori delle piccole aziende, non protetti allo stesso modo dagli ammortizzatori sociali, la prospettiva invece è quella del licenziamento, salvo interventi sostenuti dagli Enti Locali. Le politiche europee e nazionali per l'integrazione sociale abbinano oltre agli obiettivi di occupazione anche quelli di occupabilità (un percorso a fasi alterne di lavoro, formazione e non lavoro) che favoriscono, attraverso un'apposita legislazione, il manifestarsi di nuovi ruoli professionali sul mercato del lavoro. Un aspetto critico del caso italiano è che questo processo sia in corso nonostante gli status relativi siano incompleti riguardo alle tutele.

Le carriere nel settore del lavoro a tempo determinato, occasionale, interinale sembrano però essere, più che una libera scelta, una condizione subita e segnata dallo stigma dell'insicurezza del reddito e del ruolo sociale.
Quanto e come incidono questi processi sulla salute? Nell'attuale situazione di mercato, sono considerabili possibili determinanti di cattiva salute. L'impatto della disoccupazione e dell'insicurezza del lavoro sulla salute psichica e fisica sono ampiamente

CONTINUA A PAG. 33

DISOCCUPAZIONE E SALUTE

CONTINUA DA PAG. 32

documentati da una lunga tradizione di ricerca che testimonia un'interazione complessa i cui effetti si differenziano secondo la fase e la durata del periodo di disoccupazione o di "non-lavoro", il tipo di disoccupato o di lavoratore precario, il contesto socioculturale, la tipologia del welfare e del supporto sociale. Esso non è limitato al periodo dell'evento, ma condiziona la traiettoria di vita delle persone che lo subiscono, provocando un accumulo degli svantaggi, e si estende alla collettività più ampia (famiglie, amici, colleghi di lavoro).

Le principali cause del peggioramento della salute sono state individuate nell'incremento della povertà, dello stress e nelle modifiche dei comportamenti. Negli ultimi decenni, si sono accentuati gli effetti psicopatologici della disoccupazione e della precarietà del lavoro, mentre si sono attenuati quelli fisici: depressione, ansia, sfiducia, perdita della concentrazione, disordini del sonno sono accompagnati da perdita dell'appetito, disturbi gastrici e del sistema nervoso, bronchiti, cancro al polmone, patologie cardiocircolatorie, ipertensione, incidenti stradali e domestici, gravidanze a rischio e nascite sottopeso, fino agli estremi del suicidio.

Le dinamiche della mortalità fra i disoccupati torinesi mostrano in modo deciso quanto profondamente incida la dimensione della disoccupazione sulla salute della popolazione. Se si considera pari a 1 la mortalità per tutte le cause degli occupati (Tab.1), il rischio di morire dei disoccupati maschi è più che doppio sia per coloro in cerca di prima occupazione, sia per coloro in cerca di nuova occupazione, con un maggior rischio per questi ultimi in relazione alla presumibile differenza di età rispetto al gruppo precedente e al diverso impatto che il singolo evento o il cumulo degli eventi possono aver avuto sulla salute. Le disoccupate sono maggiormente protette,

La Tabella 2 propone la classificazione dei decessi 1991-1996 per cause particolarmente influenzate da condizioni di marginalità ed esclusione sociale, in relazione alle traiettorie occupazionali (verso l'inclusione, la cronicizzazione della precarietà o, progressivamente, l'esclusione dal mercato del lavoro), costruitesi nell'intervallo 1976-1996, dei lavoratori che nel 1976 avevano un età compresa tra i 18 e i 44 anni.

Le morti per AIDS e overdose parlano prevalentemente di difficoltà economiche estreme e di tossicodipendenza, quelle per cirrosi epatica, tumore del polmone e malattie respiratorie parlano di etilismo e tabagismo (due comportamenti spesso associati), quelle per malattie ischemiche, incidenti da trasporto, malattie psichiche e nervose parlano dello stress legato all'incertezza e al deterioramento del ruolo sociale, le cadute accidentali parlano di lavoro irregolare, non protetto e di incidenti domestici, i suicidi della disabilità, dell'isolamento dell'età avanzata, del livello estremo dell'esclusione relazionale e culturale.

Sono le morti che appartengono a bassi livelli di istruzione, alla progressiva alienazione materiale e psicologica dalla comunità, alla disistima e a comportamenti che, in modo acuto o diluito nel tempo, operano l'autodistruzione della persona.

La mortalità per tutte le cause si incrementa regolarmente fino ad essere circa 4 volte superiore negli esclusi dalle forze di lavoro rispetto agli occupati. Nello stesso gruppo, quelle per AIDS e cirrosi epatica sono oltre 10 volte superiori, mentre quelle psichiche sono oltre 17 volte superiori (in quest'ultimo caso può essere maggiormente influente un effetto di selezione della popolazione operato dallo stato di salute).

Le morti per cadute accidentali sono 16 volte più frequenti fra le persone costantemente disoccupate, 9 volte quelle per AIDS, poco meno di 8 volte quelle per malattie respiratorie, 7 volte quelle per suicidio. Gli eccessi di mortalità si stemperano via via che ci si avvicina al passaggio favorevole dalla condizione di disoccupazione a quella di occupazione, a testimoniare, ancora una volta, il ruolo fondamentale che il lavoro svolge nella definizione della persona adulta.

NdR: Le due tabelle nel PDF su:
www.provincia.torino.gov.it/salute/dwd/pdf/disoccupaz.pdf

RICEVIAMO E VOLENTIERI PUBBLICHIAMO

PRECARIETA' E PROGETTI SOLIDALI

Precarietà, disoccupazione, disagio sociale, tutti temi che negli ultimi anni, personalmente o tramite parenti o amici, molti di noi hanno dovuto purtroppo sperimentare. Le nuove tecnologie e i nuovi mezzi di comunicazione, inoltre, sebbene offrano moltissime opportunità che prima non esistevano, hanno anche introdotto nella selezione del personale meccanismi che portano spesso chi è in cerca di lavoro a sentirsi gettato in un tritacarne con centinaia, se non migliaia di concorrenti e probabilità di successo pari a quelle di una lotteria o di un "gratta e vinci".

Di fronte a questi problemi tutti noi siamo portati ad addossare, giustamente, le responsabilità ai governi, alle istituzioni nazionali ed europee, agli imprenditori, a chi di fatto in questi anni non è stato in grado di gestire gli enormi cambiamenti economici e sociali che stiamo vivendo. Tutto giusto, ma c'è anche un altro modo di porsi nei confronti di tali questioni: se è vero che da soli, come singoli individui, nulla possiamo contro i giganti della crisi, avete mai pensato a cosa sarebbe possibile fare insieme, partendo dal basso, con una vera azione di cittadinanza attiva?

controlacrisi
il quotidiano online che libera l'informazione

notizie, inchieste, conflitti, lotte in tempo reale
digita
www.controlacrisi.org

Questa è la domanda da cui parte l'Associazione di Promozione Sociale ReAgire, frutto di un lavoro di riflessione sorto in alcuni quartieri del territorio milanese negli ultimi anni e costituita di recente per divulgare e realizzare la sua Proposta: costruire una rete solidale di soggetti in grado di collegarsi, condividere tempo, competenze e risorse economiche, per cercare di cambiare insieme la realtà del mercato del lavoro, partendo da pochi, ma con l'obiettivo ambizioso di aiutare sempre più persone. Non un semplice gruppo di soggetti in difficoltà, quindi, ma una rete che unisca chi ce la fa, ha un lavoro, una pensione, una vita economicamente serena, e chi è in cerca di tutto questo.

Lo scopo della rete solidale di ReAgire è quello di connettere servizi già esistenti, come per esempio counselling, formazione professionale, un incubatore di idee, in un unico programma comune che metta al centro la persona da accompagnare verso un lavoro dignitoso e stabile, e che permetta di generare nuove opportunità di lavoro tramite progetti solidali, vere e proprie realtà imprenditoriali scaturite dall'incubatore di idee, ma sempre orientate verso l'obiettivo etico di ReAgire di tenere al centro le persone e non il profitto.

La Proposta, inoltre, prevede l'analisi del territorio e dell'economia locale, nelle zone dove l'Associazione andrà ad operare, per individuare e conoscere sia la domanda di lavoro, e le competenze in grado di supportarla, sia i soggetti presenti che potrebbero creare nuove opportunità, magari con programmi di sostegno studiati ad hoc dove ci sarebbe la necessità di nuova occupazione, ma mancano le risorse.

Il primo passo per aderire alla Proposta dell'Associazione è quello, appunto, di entrare nella rete: per questo ReAgire ha deciso di mantenere una quota di iscrizione molto bassa, di soli 20€ all'anno, che permetta a tutti, anche a chi vive difficoltà economiche, di associarsi e provare a uscire dall'isolamento che purtroppo spesso vive chi è in condizioni svantaggiate, combattendolo insieme.

Chi dispone di risorse più ingenti, economiche ma anche in forma di competenze professionali, può contribuire maggiormente per sostenere i progetti e le persone che l'associazione aiuterà, attraverso un percorso di counselling, orientamento e formazione professionale per favorire l'inserimento in realtà dell'economia locale in grado di offrire concrete opportunità di lavoro. Un processo che è già in via di progettazione grazie alla collaborazione di alcuni soci esperti di queste tematiche.

Sono anche già stati attivati i primi contatti con le istituzioni milanesi, al fine di rendere la Proposta di ReAgire sempre più concreta e in grado di offrire opportunità precedentemente non immaginate.

È necessario, però, l'aiuto di tutti: sul sito **http://reagireinsieme.org** trovate tutte le informazioni su come associarvi, oltre a spunti e approfondimenti sulle attività e su come aiutare a diffondere l'obiettivo ambizioso dell'Associazione. Perché, come recita il motto di ReAgire: insieme, si può!

Daniele Savi

salute precaria&schiavitù

Senza l'articolo 18 le nuove assunzioni sono a termine

Segnaliamo l'interessante intervista al giu-slavorista Michele Tiraboschi dal quotidiano la Stampa. Ogni tanto qualche spiffero di informazione, a forte cognizione di causa, passa anche sui mezzi di comunicazione dei poteri, comunque sempre abili a spacciarsi da informazione indipendente per fare meglio il loro lavoro a servizio.

"Sui nuovi occupati i dati veri sono quelli delle rilevazioni ufficiali Istat", avvisa Michele Tiraboschi, giuslavorista e direttore del centro studi sul lavoro Adapt-Marco Biagi. "Queste dell'Inps sono dati amministrativi - spiega - elaborazioni ricavate dalle comunicazioni obbligatorie dei datori di lavoro al ministero: è un susseguirsi di dati e stime a fini politici nel momento in cui si discute se il Jobs act funziona o meno".

I dati veri, quelli dell'Istat, allora cosa ci dicono ?

"Che ogni anno stipuliamo tanti nuovi contratti, ma che l'occupazione è stagnante. In un anno di riforme del lavoro, da marzo 2014 quando è partita la liberalizzazione, cui poi ha fatto seguito il contratto a tutele crescenti e tutto il resto, a marzo i posti in più sono 30 mila".

Ma perchè tra Inps e Istat i dati sono così distanti tra loro ?

"Perchè i dati sulle comunicazioni obbligatorie tengono conto solo del numero dei nuovi contratti stipulati che possono essere a termine di apprendistato, tirocini e può capitare che in un anno una stessa persona venga computata anche dieci volte. L'Istat invece ci fornisce dati reali, elaborati in base ad una specifica campionatura, e calcola i posti di lavoro effettivi".

Ma se ormai da mesi i contratti a tempo indeterminato stanno aumentando i due dati non dovrebbero ad avvicinarsi ?

"No. Perché un conto sono le assunzioni aggiuntive e un altro le stabilizzazioni e le trasformazioni di contratti già in essere, di una persona che già lavorava, magari con un contratto a termine o di apprendistato".

Il ministro del Lavoro Poletti sostiene che anche riuscire ad aumentare la qualità del lavoro, riducendo la precarietà, è un risultato importante.

"Io sono un tecnico, non faccio valutazioni politiche. Partiamo dal piano tecnico: facile dire che aumentano i contratti stabili, ma non dimentichiamoci che sono contratti senza articolo 18. Dopo uno, due o tre anni di esonero contributivo io posso lasciare a casa il lavoratore pagando da 4 a 6 mensilità di indennizzo. Trovo contraddittorio fare la propaganda contro la precarietà e poi festeggiare perché ci sono più contratti stabili, ma di questo tipo".

E quale valutazione economica da invece?

"Lo sgravio contributivo costa 15 miliardi di minori entrate. Rinunciare a questa fetta di soldi avrebbe senso se si obbligasse le imprese ad assumere persone in più. E secondo i consulenti mancano almeno 3 miliardi di coperture, io dico 5 miliardi. Per cui questa operazione costerebbe 20 miliardi".

Per produrre cosa ?

"Non certo stabilità senza articolo 18. Bastano seimila euro di indennizzo ed un lavoratore con contratti a tempo indeterminato a tutele crescenti può essere lasciato a casa. Adesso è più stabile un contratto a tempo determinato di tre anni rispetto ad un contratto a tempo indeterminato a tutele crescenti".

15 mag 2015

ANNUNCI LAVORO

Cercasi CARDIOLOGO per prestigiosa struttura in provincia di Padova.
Attività di ambulatorio, reparto e referente PS nell'ambito del persorso "chest pain", attività diagnostica non invasiva. Possibilità di collaborazione a prestazione occasionale e/o annulla (con concreta possibilità di indeterminato).
Compenso minimo forfettario giornaliero:
450€/turno di 12h (del 9/5/2015)

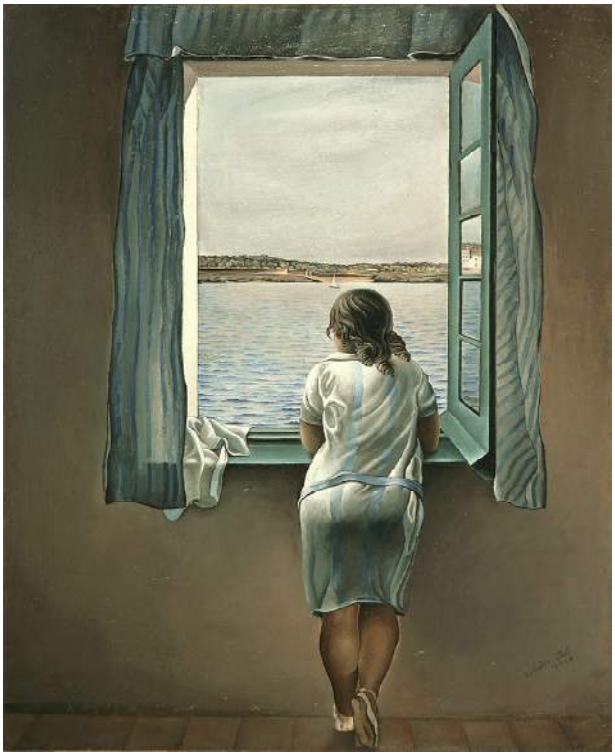
CITTÀ DI PARIGI:
cercasi MEDICO che effettui codici bianchi (circa 40 visite mensili) nella capitale francese a domicilio (alberghi e case vacanze) in circa due ore dal l'attivazione. Tale tipo di incarico può' essere tranquillamente svolto contemporaneamente ad altri incarichi (ospedalieri/ambulatori privati). Compenso garantito: 4000€ + alloggio per sei mesi. (del 25/5/2015)

*annunci a cura di **Antonio Magliocca***
CONTATTARE LA PAGINA - RW ITALIA- SU FACEBOOK
Annunci sulla pagina facebook di Lavoro e Salute

Anche gli Insegnanti si ammalano ..... se pur Fannulloni

Disfonie, Stress da Lavoro Correlato e Bourn-Out...

L'insegnante porta con sé lo stereotipo della persona che lavora mezza giornata, quindi poco, che ha tre mesi estivi di vacanza all'anno ed un mese fra natale e pasqua, ma l'aspetto più usurante di questo mestiere è la tipologia di rapporto con l'utenza.



Non esiste nessun altro lavoro, nessun'altra professione nella quale tu ti rapporti con l'utenza più ore al giorno, tutti i giorni della settimana, per nove mesi all'anno, per cicli di tre/cinque anni, per di più nell'ambito di un rapporto quasi sempre asim-metrico insegnante - studente che spesso non ti permette di avere una relazione alla pari. In altre parole è come se il docente si sottoponesse quotidianamente a una Risonanza Magnetica Nucleare operata da tante paia di occhi quanti sono i suoi stessi studenti: un solo capello fuori posto e i ragazzi lo mettono in croce.

Il rapporto con l'utenza è un rapporto continuativo, entri in classe e hai ventotto/trenta ragazzi (per classe), quindi tanti occhi puntati addosso che ti scannerizzano dalla testa ai piedi e non ti fanno nessuno sconto. Beh!, non è facile.

Da non sottovalutare le famiglie. Fino agli anni '70 i genitori sgridavano il figlio per l'insufficienza presa, oggi i genitori vanno dall'insegnante dicendo:"Ma come si è permesso di dare l'insufficienza a mio figlio?" Figlio che è sempre più unico e sprigiona il narcisismo genitoriale in modo veramente drammatico.

Anche questo rapporto difficile fra educatori (genitori e insegnanti), con questa alleanza completamente spaccata non è favorevole.

Le Disfonie e lo Stress da Lavoro Correlato, il Bourn-Out sono la tipica patologia dell'insegnante, eppure ad oggi la causa di servizio per l'insegnante è riconosciuta per le Corde Vocali, per le Disfonie, per le Laringiti Croniche, ma non per lo Stress da Lavoro Correlato e Bourn-Out un punto d'arrivo sarebbe riconoscerla come patologia professionale dell'insegnante, ma di queste ultime è bene non parlarne, si finirebbe per definire gli insegnanti "stressati oltre che fannulloni".

Nelle diverse riforme previdenziali non solo non si è tenuto conto della salute delle categorie professionali, ma neppure del fatto che, allungando il periodo per il ritiro in pensione, bisognava almeno valutare quelli che erano i fenomeni fisiologici. Intorno ai 50 anni (la media delle insegnanti è 52 anni) la donna va in menopausa. La menopausa espone la donna cinque volte di più al rischio di disturbi fisici e psicologici rispetto a se stessa nella fase fertile. Mettendo insieme la menopausa, la professione a rischio di usura psicofisica e poi magari una situazione familiare difficile, beh, è una miscela esplosiva. I colleghi e il Dirigente non aiutano di certo, anzi coalizzano esercitando mobbing.

E' del 2004 la raccomandazione europea in materia di tutela della salute sui posti di lavoro. L'Italia la recepisce 4 anni dopo, nel 2008, col nuovo Testo Unico, ovverosia il D.L. 81/08. All'art. 28 - professioni di aiuto a elevata usura psicofisica, come quella docente precisando che il datore di lavoro ha l'obbligo di verificare il livello di Stress Lavoro Correlato (SLC) nell'ambiente di lavoro e di attuarne la prevenzione.

Viene inoltre specificato che il contrasto allo SLC deve tenere conto di due variabili fondamentali quali genere ed età. Il decreto resterà inapplicato fino al 31.12.10, dopodiché si farà finta di applicarlo perché il legislatore si è dimenticato (volutamente?) di mettere a disposizione le necessarie risorse per applicarlo.

Resta così l'obbligo normativo per i dirigenti scolastici che procedono in ordine sparso: chi fa finta di niente (la maggior parte) evadendo l'obbligo; chi affida la prevenzione dello SLC al responsabile per la sicurezza (solitamente l'ingegnere che si occupa della sicurezza dell'edificio e dell'antincendio). Inutile dire, il personale docente deve per forza apparire in ottima salute e non necessita di alcun intervento per contrastare lo SLC.

Il Dirigente che non conosce l'accertamento medico non manda il lavoratore alla visita collegiale perché ha paura della denuncia per mobbing. In realtà, il Dirigente ha la responsabilità della salute del lavoratore. Ma tanti Dirigenti cosa hanno fatto fino ad ora? Hanno proceduto con un "trasferimento

CONTINUA A PAG. 37

Disfonie, Stress da Lavoro Correlato e Bourn-Out...

CONTINUA DA PAG. 36

per incompatibilità ambientale". Facendo così un doppio danno: alla persona e anche all'utenza. Con "La Buona Scuola" il problema non sussisterà più. Nessun Dirigente assumerà Docenti che non siano in perfetta salute!

Lo stress cronico abbassa le difese perché c'è una produzione di cortisolo da parte delle surrenali. Come dello stress acuto il mediatore è l'adrenalina, dello stress cronico è il cortisolo. Il cortisolo è cortisone endogeno quindi abbassa le difese, spalancando le porte agli agenti infettivi, ma anche alle patologie neoplastiche. Quindi le insegnanti più di altre donne devono sottoporsi agli screening mammografici, ai pap test e a tutti gli accertamenti necessari per la sua salute.

La salute di un insegnante è importante quanto la salute di tutti i lavoratori di altri settori. Le variabili da tenere in considerazione sono:

1) professionale che è ad altissimo rischio da un punto di vista di usura emotiva/pscichica,

2) il carico di lavoro che investe la donna in quanto figlia, madre e moglie, quindi una vita di relazioni familiari che la coinvolgono,

3) la vita di relazione.

Stress da Lavoro Correlato e Bourn-Out sono collegati. L'accumulo cronico di stress caratterizza sintomi quali l'affaticamento fisico ed emotivo per sovraccarico di lavoro dovuto anche alla scarsa considerazione e scarsa remunerazione Un sentimento di frustrazione dovuto alla mancata realizzazione delle proprie aspettative. Dirigenti Scolastici, Insegnanti, Personale Amministrativo, Tecnico e Ausiliario hanno un età media (49 anni), più bassa rispetto ad altre professioni (infermieri).

Non ha importanza se il docente è uomo o donna, i "fattori usuranti" nell'attività di un insegnate sono i rapporti e le relazioni con colleghi, studenti e genitori, in particolare oggi questi ultimi non sono più alleati dell'insegnante.

Il genitore è diventato il "sindacalista" del figlio, spesso unico, rivelando in modo più o meno smaccato il cosiddetto "narcisismo genitoriale" e confinando il docente dietro il banco degli imputati. La delega educativa della famiglia, frequentemente monoparentale, ha contribuito a rendere più pesante e responsabilizzante l'insegnamento.

Poi ci sono gli aspetti legati alla società multietnica e multiculturale che richiede uno sforzo continuo di comprensione e aggiornamento, l'aumento della presenza in classe di studenti diversamente abili, dei Bes, dei DSA ha aggiunto un ulteriore fattore di complessità

La conflittualità con i colleghi dovuta al fatto che non si è abituati a lavorare in squadra, la situazione di precarietà di molti insegnanti.

A tutto ciò, poi, va aggiunto l'avvento dell'era informatica che vede l'insegnante in continuo aggiornamento deve conoscere a menadito tutti gli strumenti e supporti per saper insegnare. La sindrome del Burn-Out e lo Stress da Lavoro Correlato, quando trascurati, possono addirittura dar vita a diverse patologie creando conflittualità che non sempre restano latenti. Gli stessi Dirigenti Scolastici dovrebbero sapere.

Marilena Pallareti Docente
Associazione Attac Forlì

E' uscito "Lavorare nel sociale, una professione da ripensare" nel quale ho scritto il capitolo sull'Aids. Un testo dedicato a tutti coloro che sono impegnati nel sociale e nelle relazioni d'aiuto sia come volontari che come professionisti.

Vittorio Agnoletto

Lavorare nel sociale. Una professione da ripensare

a cura di Giulio Marcon

Un manuale insolito e polemico, ricco di informazioni e consigli teorici e pratici per intervenire nei modi migliori negli ambiti del lavoro sociale.
Attraverso le testimonianze di molte pratiche efficaci e l'analisi dei molti profili lavorativi, gli autori (educatori, operatori sociali, attivisti dei diritti umani, professionisti di buona volontà) esaminano e raccontanoin modo critico e partecipe le modalità del lavoro sociale e delle sue professioni, mettendo in guardia da errori, trappole e ambiguità, oggi che il terzo settore è stato "recuperato" e il welfare smantellato.

Prezzo: 12.00 €
www.asinoedizioni.it

Stati d'animo e vissuto di sconfitti dalla volontà ma non dalla ragione. Racconto per Lavoro e Salute

MONOLOGO DI UN ETILISTA

"Chissà cosa direbbero di me se sapessero che ho la fissa per il lato b delle donne? le faccio passare avanti, non per galanteria, solo per ammirare quel fantastico disegno accennato"
Quella era una sera un po' diversa dalle altre, Renato pensava a tutto ciò che il mondo definiva miseria umana, ai pensieri reconditi, a ciò che nascondeva come fosse una malvagità.

Solito bar, solito scaffale, solito specchio "portami una caraffa di vino, Daniele".
Nel bar non c'era tanta gente, spiccava Elena, la più pazza del quartiere, in attesa della notte per potersi mascherare e offrire il suo bagaglio sensuale, poco più in là, sedeva Enzo l'avvocato e Michele lo spazzino, ambedue distrutti da una storia d'amore, ambedue crucciati, ambedue perdenti; mentre il solito Romeo entrava e usciva, dopo un colpo di wisky diretto al fegato o quel che ne era rimasto.
Renato salutò tutti alla fine del terzo bicchiere, prima non avrebbe avuto senso, si fece riempire la caraffa e sedette nel suo solito angolo, ormai lo conoscevano tutti e chiunque entrava non badava più tanto a lui.

Come al solito l'amico dei ricordi, l'amico mai nato di nome Massimo, sedette di fronte a lui per provocarlo, come solitamente fanno i demoni descritti dai cattolici "maestro fallito, padre assente, che senso ha avuto per te vivere?"

Renato non alzava mai gli occhi quando rispondeva alle accuse dell'amico, non lo fece neanche quella sera "ogni sera le stesse domande, ma che vuoi?

Ho fatto il 68... io, ho scioperato per i diritti dei lavoratori, ho lottato onestamente, sono gli altri ad avermi tradito. Rimani solo tu, che vieni a interrogarmi, mia moglie non c'è e non dirmi che è colpa mia.
Sai... stamattina pensavo ai giochi pericolosi, quando volevamo scannare i perbenisti, a quando tu e gli altri pensavate di prendere Roma e proclamare la dittatura del proletariato; credevamo di poter battere qualsiasi esercito, ma eravamo davvero mille, non come la favola su Garibaldi. Io sono stato un vero combattente, un vero animale da guerriglia, anche se mi vedi basso... io so anche essere alto, ma mai troppo alto.

Vedi Massimo, tu vorresti sapere se tutto ciò ha avuto senso... Mi fai ridere, sai quante cose senza senso ho fatto? Non conto più le volte che ho abbracciato le cause perse, qualcuna l'ho portata fino allo spasmo. Non voglio, non ho cercato onori... io.

Siamo italiani, tu non sai quanto mi sembra assurdo definirmi italiano... Ma lo vedi quell'esercito attaccato ai cellulari?

Quei ragazzi con le cuffie che parlano da soli?
Parlano, ridono e promettono impegno, poi se la squagliano quando il gioco si fa duro...

E quelle mamme che litigano con le maestre perché pensano di aver un genio come figlio? Sono sempre le stesse, tutte uguali, al passo con la moda, rossetto grottesco e ignoranza incorporata, eppure sono convinte di saperne più dei professori e, invece, pendono dalle labbra di un figlio straviziato e un po' stronzetto.

Ma non li vedi quando litigano per il calcio? Eh, il calcio... ancora capisco come fanno a credere nel calcio, a credere nella coscienza dei ricchi, proprio loro che credono in un Gesù che disse - È più facile che un cammello passi per la cruna di un ago, che un ricco entri nel regno di Dio - ... forse credono che un cammello possa entrare nella cruna di ago... eh!
Te l'immagini?

Tornando a me, io volevo solo non parlare troppo bene degli Ebrei e degli Stati Uniti, volevo raccontare dello Sputnik...
Ma che vuoi raccontare a dei ragazzi che vedono in tv i telefilm, i film, i racconti e le

CONTINUA A PAG. 39

MONOLOGO DI UN ETILISTA

CONTINUA DA PAG. 38

belle storie su New York? Manco fosse Roma o Parigi. Hanno messo sottosopra il mondo, la chiamano nazione, mentre quella è stata un'occupazione illegittima e invece... invece niente, tutto come peggio di prima, tutto come a fine Ottocento... Chissà se qualcuno un giorno lotterà per i suoi diritti?

Perché... sai, io li vedo poco incazzati, non come noi! I governi di qua vogliono un cittadino che chieda umilmente di mangiare... sai perchè? Perché la carità è borghese, la carità è una beffa per far apparire il ricco un gentiluomo e il povero uno sbandato, se si unissero tutti i proletari del mondo, i potenti lascerebbero il comando senza opporre resistenza.... Tu te li immagini i principini a combattere da soli contro la gente?

Sai che risate! Io li immagino con la calzamaglia e la spada a combattere contro operai grandi e grossi. Farebbero una brutta fine, ne sono certo". È mattino ormai, lo specchio ha spento l'immagine riflessa, Renato si abbottona la camicia, riprende le chiavi, il portafoglio, l'orologio, il cellulare ed esce fuori, un'occhiata al cielo e il mondo lo porta via, fino alla prossimo incontro.

Poeta, scrittore, nato a Pescara. La sua poesia è atta a risollevare il sentimento della periferia, all'orgoglio di essere proletari e anticonformisti. Profondo conoscitore di Shakespeare e Neruda, ama la filosofia.

Collaboratore redazionale di Lavoro e Salute

stopOPG riprende la mobilitazione, il nuovo Appello.

Il 31 marzo 2015 è stata una data importante nella storia del nostro Paese con la conferma della "chiusura per legge" degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. L'emanazione di un'ulteriore proroga della scadenza per la chiusura degli Opg avrebbe interrotto un processo che in questi ultimi anni, pur tra mille difficoltà e ostacoli, dall'aprile 2011 ha dimezzato le presenze nei manicomi giudiziari: dalle 1.419 persone internate (1.323 uomini e 96 donne) siamo scesi a 698 presenze (623 uomini e 75 donne). Adesso bisogna chiudere davvero gli OPG ancora in funzione e al loro posto non devono aprirsi nuove strutture manicomiali. ***Su www.stopoopg.it***

Restituire la cittadinanza: responsabilità e diritti sono di tutti, nessuno escluso

APPELLO

Chiudere davvero gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari = più Servizi per la salute mentale e non Rems

per la nomina di un Commissario nelle regioni inadempienti

che non hanno accolto i loro pazienti ritardando la chiusura degli Opg e non stanno applicando la legge n. 81/2014

per far rispettare la legge 81

che, spostando il baricentro dalla logica manicomiale alla cura delle persone nel territorio, privilegia le misure alternative all'internamento e rende obbligatorie le dimissioni a fine pena (stop "ergastoli bianchi")

per evitare che al posto degli Opg si ripropongano nuove strutture manicomiali, le Rems:

bisogna spostare e investire risorse finanziarie e di personale nei servizi del territorio e nei Dipartimenti di Salute Mentale, per una buona assistenza socio sanitaria e buone pratiche per la salute mentale

La Valletta

L'agriturismo La Valletta si trova sul Gargano, a 15 minuti dal mare di Rodi Garganico e dal lago di Varano. La struttura è in agro di Ischitella su un colle panoramico immerso nella luce e nei suoni della natura. Una posizione ideale per visitare tutto il promontorio.

La struttura è stata ricavata ristrutturando con cura quattro antichi casolari ed è in grado di accogliere fino a 30 ospiti. Le camere sono tutte dotate di servizi e aria condizionata.

Gli ospiti possono accedere gratuitamente a numerosi servizi. Anzitutto alla grande piscuna (26 x 15 metri) con idromassaggio a sei posti, che è una preziosa alternativa al mare nei giorni di vento. Compreso nel prezzo del soggiorno è anche l'utilizzo dei campi da tennis e calcetto e quello delle nostre mountain bike. Inoltre è possibile praticare il trekking o andare alla ricerca di funghi nel bosco di nostra proprietà.

A poca distanza dalla Valletta è possibile praticare la pesca sportiva e molte altre attività.

Nel nostro 'ristorante di campagna' utilizziamo essenzialmente prodotti freschi del Gargano.
Il menù cambia sulla base delle materie prime che produciamo o acquistiamo di giorno in giorno.
Questa filosofia ci ha permesso di essere segnalati sulla guida "Locande d'Italia" di slow food.

Gli ospiti possono scegliere tra servizio bed and breakfast, mezza pensione o pensione completa; arrivando non troveranno la strada asfaltata negli ultimi 1400 metri, non troveranno il televisore in camera e, anche se il nostro nome 'La Valletta centro del benessere' può ingannare, non siamo una beauty-farm ma un agriturismo.

Siamo molto amici degli animali pacifici e dei loro padroni attenti al rispetto degli altri ospiti.

Il posto ideale
per chi cerca spazi d'accoglienza.
www.lavallettacentrobenessere.it

INCONTRARSI FA BENE ALLA SALUTE

Per chi ritiene importante incontrarsi per non perdersi di vista, recuperare il valore dello stare insieme e della amicizia, per fare due chiacchiere in compagnia.
VEDIAMOCI a La Valletta Franco e Genny vi invitano a frequentare La Valletta per i vostri incontri, momenti di relax, fine settimana in compagnia, festeggiamenti, week-end romantici e con l'arrivo della bella stagione, per un tuffo in questo meraviglioso specchio d'acqua, in uno degli angoli più belli del Gargano.
Dal prossimo mese di aprile riapre il ristorante. Ristorante di campagna che, ad un costo onesto, offre una cucina tradizionale, con prodotti freschi, olio extra vergine di nostra produzione e la cottura ... prende tutto il tempo che ci vuole per esaltare il gusto dei piatti.
Grazie a questa filosofia siamo presenti da anni nella guida 'Locande d'Italia' di Slow-food

inserzione concessa gratuitamente

Stai pensando a un tuo soggiorno in TOSCANA

e ti chiedi come poter vivere appieno il fascino le tradizioni, la storia, gli usi e i costumi di questa meravigliosa terra?

Siamo a MONTICCHIELLO di PIENZA (Siena), stupendo borgo medioevale inserito nel Parco artistico, naturale, culturale della Val d'Orcia, una valle che per le sue geometrie e le sue vedute straordinarie è dal 2004 Patrimonio Mondiale dell'Umanità.

Podere Rigopesci 8 53026
Monticchiello di Pienza (Siena)
348 7606465

Visita il sito: *www.podererigopesci.it*

inserzione concessa gratuitamente

Vai a Roma per piacere o per lavoro?

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

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

Recensione di f.c.

inserzione concessa gratuitamente

Per fornire un supporto alle tante persone obbligate dalla crisi a rinunciare a curarsi, alle famiglie, agli anziani, ai genitori di bambini che hanno il diritto di crescere sani.

Il circolo di Nichelino di Rifondazione Comunista

DENTISTA SOCIALE

a TORINO qualità e giusto prezzo

50% in meno dei prezzi di mercato

30-40% in meno delle tariffe pubbliche

Preventivo gratuito

333.3391309 - 339.6735043

una tazzina nutriente

gusto, qualità, solidarie

cafè REBELDE

Sono disponibili su ordinazione i sacchetti di cotone per i pacchetti da 250 gr. di cafè rebelde macinato.
Il prezzo unitario è di 2,50 Euro.
In coppia con il pacchetto di caffè in confezione regalo il prezzo è di 5,00 euro totali.
Per info e contatti: *info@caffezapatista.it*
tel / fax 02 64100541 cell. 320 2160435

inserzione concessa gratuitamente

officina AURORA l'autosicurezza

via Principe Tommaso 12 Torino 011.658080

inserzione concessa gratuitamente

IDRAULICA STAGLIANO'

Telefono 327.6546432

preventivi gratuiti interventi celeri

inserzione concessa gratuitamente

Vendita pneumatici autoveicoli motoveicoli

convenzioni con noleggi a breve e renting
Tagliandi in sede
via Monte Novegno, 13 - 10137 Torino
Tel./Fax 011.3119829
e-mail: info@nuovoctc.com
web: www.nuovoctc.com

inserzione concessa gratuitamente

DEBORAH CARTA

E' psicologa, psicoterapeuta, psicofisiologa clinica ed arteterapeuta. Laureata in Psicologia Clinica e di Comunità.

Specializzata in Psicoterapia Psicanalitica dell'Infanzia, Adolescenza e Coppia e in Psicofisiologia Clinica integrata e Artiterapie.

Sarda, esercita la libera professione a Sassari e Cagliari. E' vicepresidente dell'associazione Ebagiara - *http://ebagiara.jimdo.com/* - Centro per la sostenibilità ed il beneessere in ambiente urbano. Si occupa di relazione tra mente, corpo e ambiente; lavora alla crescita dell'individuo, alla costruzione della relazione tra individui, alla costruzione del gruppo, alla relazione del gruppo con il contesto sociale, umano e professionale .

Progettista in contesti multiproblematici. È animatore/facilitatore degli incontri con tecnica EASW e applicazione di metodologie esperienziali innovative, progettazione esecutiva del percorso, esperto in gestione di gruppi di lavoro, costruzione di reti di collaborazione e cooperazione tra attori sociali, operatori economici ed organismi pubblici, di reportering ed analisi risultati, di networking post- eventi e supporto disseminazione sul WEB.

deborahcarta@live.it

OCCHI DI CANE AZZURRO

"Occhi di cane azzurro" il titolo di un insieme di racconti di Gabriel Garcia Marquez in cui si mischiano sentimenti e sensazioni diverse, storie lontane e distorte ma comunque legate da un sottile filo di azioni e significati....ed è il titolo della rubrica psicologica della rivista "Lavoro e salute". Perché questo titolo per una rubrica psicologica? Perché vogliamo osservare insieme e con lo sguardo terso di un cane, empatico e profondo ma ingenuo ed esplorativo mentre ci accompagniamo a voi in una strada di ricerca emotiva e psicosociale.

Amori online
La biodiversità dell'amore

Mi preoccupa il rischio d'estinzione di quello sguardo in grado di attraversare quattro tavolini del locale dalle luci soffuse per soffermarsi, a più fiate - direbbe Dante - negli occhi dell'oggetto desiderato che diventa soggetto e si incuriosisce del coraggio, del desiderio e cerca di conoscere, cogliere, esplorare, tra il visto e non visto, il primo.

Ho la stessa apprensione riguardo l'attesa, il tempo che costruisce l'immaginario e il sintonizzarsi sull'altro aspettando che la vita prenda forma.

Nooo! Non ditemi che appaio romantica e retrò, legata a vecchi schemi comportamentali, quelli prima dell'avvento del web!

Sono preoccupata davvero dell'angoscia di contatto che riduce l'approccio de visu e aumenta quello virtuale.

Temo nei riguardi della biodiversità dell'amore. Desidero intensamente che uno sguardo attento e consapevole protegga

dall'estinzione la seduzione nel mondo reale.

Potete controbattere che il sito di incontri o il social sono solo un'altra opportunità di conoscenza ma sappiamo molto bene che è troppo spesso un sostituto.

Un mio paziente non molto tempo fa ha pianificato di "da ora in poi" innamorarsi in modo leggero, di donne che condividessero il suo modo sognante e impermanente di amare.

Gigantesco equivoco: come fosse possibile selezionare esperienze d'amore autentiche! È un'illusione! L'unica cosa prevedibile è che il nostro inconscio calamiti qualcuno con un livello di gioia e fiducia nella vita simile alla nostra. Tutto il resto è paura dell'esplorazione libera del mondo!

Il social e il sito di incontri possono dare l'illusione di poter tenere sotto controllo variabili ansiogene per il rischio di rispecchiarci inadeguati. Ci si rassicura con i numeri - età, altezza, peso, corporatura, reddito - cercando una prevedibilità che minimizzi le insidie della variabilità.

Il web è prezioso come strumento comunicativo.

L'amore però si gioca con tutto il corpo, il tono della voce, il portamento, la temperatura, l'emozione profondamente corporea del momento. Il corpo in amore è il senso; portatore del senso di sé, recettore chimico del senso dell'altro, ne decodifica il movimento, è postura relazionale, è la danza che balleremmo, è ipotesi di amplesso in una fantasia erotica costruita su chiaro scuri reali e non nella bidimensionalità delle foto-profilo.

Davvero vogliamo far evolvere civiltà in base alla ritmicità dei capoversi?

Stiamo sviluppando patologia nel nostro uccidere l'attesa. Non sappiamo più fermarci a pensare, a darsi il tempo che l'altro prenda corpo nelle nostre fantasie grazie a quel movimento dei capelli,

CONTINUA A PAG. 45

La biodiversità dell'amore

CONTINUA DA PAG. 44

grazie all'espressione sorpresa dell'inciampare in uno scalino.
Penso che la motivazione di tanta angoscia di contatto debba ricercarsi nell'immagine stereotipata e idealizzata dei modelli di maschile e femminile eterosessuale che i mass media hanno promosso dagli anni 80 ad oggi basati sulla perfezione fisica e sulla neutralità emotiva; un supermercato di grandi marche senza spazio per i prodotti artigianali.
Difficile mettersi a confronto con maschi belli, sensuali, simpatici, economicamente vincenti e a letto

dei tori.
Difficile reggere il paragone con bellissime taglie 38 dai denti bianchissimi, promesse di amore accogliente pur nella loro supposta autodeterminazione.
Come riparare la paura di essere inadeguati, il vissuto di imperfezione, di imbarazzo nei confronti della nostra umanità?
Innamorandosi di sé.
È il primo passo: ricercare il proprio sguardo, quello spontaneo, fermandosi ad esplorarlo; camminare nudi per la casa sentendo il corpo mandarci segnali di vita grazie alla temperatura e ai movimenti dell'aria, sentendo i confini del nostro corpo con il piacere di scoprire la materia di cui siamo fatti; guardandoci allo specchio e esplorando come nuove le nostre espressioni, giocando alle smorfie, curando il nostro abbigliamento per piacerci e rappresentare noi stessi, non per integrarci nell'emergere o nello scomparire.
L'obiettivo è proteggere la biodiversità dell'amore in questo ecosistema virtuale poco attento alla materia umana.

COS'È?

La "Psicoterapia Online" è una opportunità di sostegno pensata per rispondere alle necessità delle persone temporaneamente impossibilitate a raggiungere lo studio o che per diversi motivi di tipo psicologico, fisico, lavorativo, di isolamento geografico, di residenza all'estero, di tempo si sentono più a loro agio con una consulenza psicologica online.

La PSICOTERAPIA ONLINE può essere utile per:

•"Rompere il ghiaccio" quando sei titubande o in difficoltà a contattare uno psicoterapeuta.
•Conoscere il parere di uno psicoterapeuta residente in una zona diversa della tua.
•Confrontarti su un problema con uno psicoterapeuta.
•Valutare la situazione e pianificare i passi successivi da compiere.
•Ottenere informazioni e chiarimenti su tematiche specifiche.
•Definire il tuo problema con lo psicoterapeuta.
•Risparmiare in quanto la consulenza online costa meno di una consulenza in studio.

COME AVVIENE?

Puoi contattarmi via mail, via chat, via videoconferenza in modalità audio video o solo audio tramite Skype, programma scaricabile gratuitamente. É consigliabile poter disporre di un ambiente idoneo e appartato che consenta la massima tranquillità e riservatezza.

COME FARE PER USUFRUIRE DELLA CONSULENZA ONLINE:

•Prendi accordi direttamente con me su modalità, disponibilità di giorni e orari, pagamento della consulenza tramite mail o dalla sezione contatti del sito cliccando qui

•Oppure aggiungi nei tuoi contatti il mio account skype "psicoterapia-online"

Libro di storia in corso

«I Ribelli della Montagna». Il movimento No Tav e la vittoria dei fatti sullo storytelling

A volte nella storia occorre fermarsi un attimo e puntualizzare. Perché va bene che siamo nell'epoca dello «storytelling» e in cui il contesto trionfa sulla rappresentazione dei fatti, ma ogni tanto occorre anche ricordare come sono andate certe cose. E si può fare, o almeno si può andare a vedere sempre com'è andata a finire.

Ed è qui che i fatti si prendono la loro rivincita sulla narrazione: alla fine della fiera si arriva sempre da qualche parte, e se la ragione è nel torto, la società è destinata a cambiare. Con «Il Ribelli della Montagna» (Odoya, 279 pp., prefazione di Erri De Luca), Adriano Chiarelli punta la sua penna sul Tav e sui No Tav, ma non è un'operazione celebrativa, o un'esegesi del movimento, è qualcosa di più: è un'inchiesta vecchio stampo fatta di nomi e di cognomi, di atti e di verbali, di testimonianze e di riflessioni.

Chiarelli non è una «buca delle lettere» nella quale le mitologiche fonti anonime hanno recapitato i canonici documenti scottanti, ma un'erede della tradizione sciasciana del mettere in fila i fatti e mettere ordine nella storia. E i fatti erano sempre stati lì.

Già l'aveva fatto con «Malapolizia», dove si raccontavano per filo e per segno le vicende dei morti nelle mani dello Stato, e con «Nei Secoli Fedele», il documentario su Giuseppe Uva: ecco che arriva la storia, c'è sempre stata, ma in pochi se n'erano accorti. Il giornalismo dovrebbe essere fatto in questo modo: non c'è una tesi di fondo da difendere, piegando i fatti alla loro interpretazione, ma tanti eventi che solo se ordinati riescono a fornire una visione d'insieme esaustiva.

Così, in questo «I Ribelli della Montagna», Chiarelli racconta la storia dell'Alta Velocità in Val di Susa dall'inizio degli anni '90 (quando tutto cominciò) fino agli ultimi processi: si arriva a ridosso della contemporaneità, con la condanna dello scorso 27 gennaio a 47 attivisti No Tav per i fatti del giugno del 2013 e con il processo a Erri De Luca, finito sul banco degli imputati con l'accusa di istigazione a delinquere per una sua opinione, e cioè per aver dichiarato che, in sostanza, «sabotare il Tav è giusto».

Per mettere insieme tutte queste cose, Chiarelli ha passato gli ultimi anni tra Roma (dove vive) e la Val di Susa, dove è stato a diretto contatto con il movimento. E proprio le parti dedicate ai No Tav diventano centrali, utili a capire cosa può essere una protesta: una serie di pratiche spesso diversissime tra loro, tutte però convergenti verso un unico obiettivo. Alla fine, tra la ferrea volontà dei valsusini e un'analisi lucidissima dei costi, degli sprechi e delle contraddizioni del Tav, fino al punto in cui le sbandieratissime «ragioni del sì» finiscono al tappeto, travolte da un uragano di fatti, soltanto fatti. Non è un caso che, con il passare degli anni, il fronte contrario all'Alta Velocità sia cresciuto a dismisura: da affare per pochi a questione di ordine generale. Oggi non sono più quei cattivoni dei centri sociali ad opporsi, persino nel Pd c'è chi comincia a mostrare serie perplessità.

«I Ribelli della Montagna» si immerge nelle crepe di questa discussione e le allarga, scava dentro i motivi più profondi della protesta e fa emergere il cuore del problema. La conclusione – anche qui: Sciascia insegna – è affidata al lettore: al di là di tutto, a chi conviene il Tav? La ragione (l'infrastruttura necessaria, gli accordi europei, la grande opera, eccetera eccetera eccetera) è nel torto. La società – forse – cambia.

Mario Di Vito

CIRCOLO RICREATIVO CULTURALE "LA PODEROSA" TUTTE LE SERE (lunedì escluso) DALLE ORE 19,00 BAR - MUSICA INCONTRI - DIBATTITI PRESENTAZIONE LIBRI E TANTO ALTRO

L'associazione Poderosa, affiliata all'Arci, vuole essere uno spazio pubblico a disposizione di chi non può e non vuole arrendersi ad una crisi devastante che tende a distruggere diritti e legami sociali, democrazia e partecipazione.
Uno spazio di aggregazione, di condivisione, di solidarietà dove possano trovare posto attività di carattere sociale, culturale, ricreativo.
Torino ha uno straordinario retroterra di associazionismo mutualistico risalente ai primi del '900: centri di ritrovo e di ricreazione, casse di solidarietà, spacci alimentari e quant'altro. Associazionismo quale formidabile strumento di raccordo con i bisogni popolari. Un tema che si ripropone, seppure in forme diverse, in relazione ai processi di precarizzazione, di disintegrazione delle reti di protezione sociale, delle crescenti difficoltà economiche lavorative, esistenziali.

Ingresso riservato ai soci ARCI (costo annuale tessera 10 euro)

LA PODEROSA

Associazione di promozione sociale

Affiliata ARCI – Via Salerno 15a - Torino

SERVIZI E SPORTELLI

CAF

Certificazione ISEE – ISEU – 730 – UNICO – RED
Telefonare o scrivere per avere l'elenco dei documenti necessari per la certificazione ISEE. Si raccolgono le deleghe per l'acquisizione, il controllo e l'invio del 730 precompilato.
Lunedì–mercoledì–venerdì 14,30 -17,30 **Martedì–giovedì** 9,30 -12,30
tel. 3453568126 *mail:* lapoderosacaf@gmail.com

CASA

Venerdì dalle 15,00 alle 17,00 Tel. 3343844562
Supporto gratuito a sfrattati, famiglie in difficoltà e chiunque abbia problemi relativi al diritto alla casa.
mail: sportello casa_2015@libero.it

MIGRANTI

Martedì dalle 10,00 alle 12,00 Tel.: 3347879750
Informazione e assistenza per pratiche di soggiorno, ricongiungimenti familiari, cittadinanza e documenti vari.
mail: lapoderosamigranti@gmail.com

ACQUISTO

Sabato dalle 9,30 alle 12,00 Banchetto in via Garibaldi/Corso Palestro
L'associazione GAP Solidale di Chieri con Rifondazione Comunista di Torino contro il carovita, le politiche di austerità, la grande distribuzione speculativa mette a disposizione prodotti di qualità a prezzi calmierati.
Per informazioni: tel. 3494068325 mail: gaptorino2015@gmail.com

SANITA'

Martedì dalle 16,30 alle 17,30
Sportello informativo e d'indirizzo mirato, per offrire risposte concrete ai cittadini, avanzare richieste nei confronti di strutture sanitarie e istituzioni gestionali del governo locale e regionale.
Tel. 3453568126 - *mail:* associazionelapoderosa@gmail.com

DENTISTA

Per informazioni su preventivo gratuito e per appuntamenti
Il DENTISTA SOCIALE a Torino con Rifondazione Comunista di Nichelino.
Qualità e giusto prezzo. 50% in meno dei prezzi di mercato
30-40% in meno delle tariffe pubbliche
Tel. 3453568126 *mail:* associazionelapoderosa@gmail.com

associazionelapoderosa@gmail.com - www.associazionelapoderosa.it

lavoroesalute *Racconti e Opinioni*

31° anno di giornalismo nel lavoro per la sanità pubblica

Anno XXXI Periodico fondato e diretto da *Franco Cilenti*
Distribuito gratuitamente. Finanziato dai promotori e dai lettori con contributo facoltativo.
Redazione: *info@lavoroesalute.org* Collaboratori redazionali: *Roberto Bertucci - Deborah Carta - Marco Spezia - Antonio Recanatini - Marco Prina - Renato Fioretti - Marilena Pallareti - Alessandro Rossi - Fiorenza Arisio - Marisa Chiaretta - Gino Rubini - Mauro Durazzo - Fulvio Aurora - Arnaldo Sanità*

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: *Fulvio Aurora*
Il materiale originale è riproducibile citando testata, data e autore.
Posta: inviare, cartaceo e mail, con firma e numero di telefono. Firma non pubblicata su richiesta.
N° chiuso in redazione: 1-6-2015- Suppl. rivista M. D. - n° 216/218 - Stampa: via Brindisi 18/c To

Pubblicati 220 *numeri*
- 13 speciali - 7 n. tematici - 1 referendum nazionale su contratto sanità
- 1 questionario regionale su piano sanitario piemontese

Scritto da 1571 *autori*
- 1153 operatori sanità - 157 sindacalisti- 55 esponenti politici - 199 altri

Stampate 707mila *copie*
- 503mila ospedali e ambul.- 132mila luoghi vari - 72mila copie distrib. naz.

sul web www.lavoroesalute.org www.blog-lavoroesalute.org

La legge, del 1 Aprile 2015, di chiusura dei 6 Ospedali Psichiatrici Giudiziari sarà ricordata come un passo avanti nel riconoscimento dei diritti e della cittadinanza di uomini e donne che fino ad ora ne sono stati esclusi. Ora è necessario salvaguardare l'applicazione di questa legge fino in fondo ed è indispensabile che il personale medico, tutto, si apra al bisogno di cura, abbandonando pratiche medioevali come la contenzione, massicciamente praticata, non solo negli Opg. Delle 1.419 persone internate (1.323 uomini e 96 donne) si è scesi a 698 presenze (623 uomini e 75 donne). Adesso bisogna chiudere davvero gli OPG ancora in funzione e al loro posto non devono aprirsi nuove strutture manicomiali.

Film documentario - Regia Fabrizio Zanotti

Con Maurizio Salvetti e Massimo Salvoni

Progetto di Beatrice Catini e Maurizio Salvetti.

Il viaggio di Maurizio e Massimo alla scoperta delle buone e cattive prassi in psichiatria, interviste, incontri e storie che allargano l'orizzonte del nostro sapere.

Il film-documentario prende spunto dal caso sollevato 17 anni fa da parte dell'allora consigliere regionale della Lombardia Ezio Locatelli sui casi quotidiani di maltrattamento e violenza presenti nell'ex Ospedale Psichiatrico di Bergamo. Questa testimonianza dell'interno di un OPG, è stata la prima in Italia e assunse rilevanza nazionale. Il film documentario percorre un itinerario di situazioni ed esperienze presenti anche in altri OPG.

17 GIUGNO 2015 ORE 20

CIRCOLO - LA PODEROSA - VIA SALERNO 15a TORINO

Programma:

Presentazione e testimonianza di **Ezio LOCATELLI**

Proiezione del film documentario

Dibattito condotto da

Anna GRECO Coordinamento Regionale DAP FP CGIL

con:

Ugo ZAMBURRU - Psichiatra - Dip. salute mentale asl To2

Antonella BARBAGALLO - Comitato STOP OPG Piemonte e Associazione per la Lotta contro le Malattie Mentali

Luciano SORRENTINO di Psichiatria Democratica Piemonte

LA PODEROSA

Associazione di Promozione Sociale
Via Salerno 15a - 10152 Torino
cell. 3453568126 - fax 011 4604721
www.associazionelapoderosa.it