

Racconti e Opinioni lavoroesalute

www.lavoroesalute.org

Riflessione con i lettori
**CAPIRE
O MEGLIO
NON SAPERE?**
a pag. 2

**Fatti e parole di
Trattamento
Sanitario
Obbligatorio
a Torino**

da pag. 15
a pag. 19

IN ATTESA DI TSO?



a pag. 20
**LAVORARE
IN PSICHIATRIA**
*Lettera aperta a
un giovane operatore
della salute mentale*

**Un popolo in
TSO volontario?**

*Sono forse malati di
mente quegli italiani
che assistono in
silenzio al loro
massacro?* a pag. 4

**Sanità
modello
Unipol**

**Dobbiamo prepa-
rarci a litigare con le
assicurazioni che,
come negli USA,
pretenderanno di co-
prire soltanto i clien-
ti in perfetta salute,
scartando quelli che
rischiano di costar
loro più della
polizza?** a pag. 7

- 23- I conflitti professionali in ospedale
 - 26- Turni di lavoro, salute e alimentazione
 - 27- Tutele dei lavoratori con gravi patologie
 - 31- Sicurezza sul lavoro: cosa succede?
 - 36- Salute a rischio per gli insegnanti
 - 38- Esteso l'elenco "malattie professionali"
 - 40- Aids, più rischio che nel resto d'Europa
 - 41- Test HIV, esito positivo? che fare
- > e altro ancora nelle 52 pagine

Misteri in Piemonte
**Perchè chiudere l'oftalmico
e il Maria Adelaide?**

a pag. 11/12

**Chiusi i piccoli ospedali,
aperti i Reparti
di parcheggio custodito?**

a pag. 13

LA PODEROSA

**Associazione
di Promozione
Sociale**
Via Salerno 15a
Torino

www.associazionelapoderosa.it
a pag. 52
i servizi ai soci



**Monologo di
un etilista/2**
di *Antonio Recanatini*

a pag. 46



Psicoterapia
consulenza di
Deborah Carta

a pag. 50

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

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

editoriale



di **franco cilenti**

*La Speranza
ha due
bellissimi figli:
lo sdegno
e il coraggio...*

*Lo sdegno
per la realtà
delle cose,
il coraggio
per cambiarle*

Pablo Neruda

scritturiamo volontariamente come comparse, ci accorgeremmo di quanta capacità abbiamo nel nostro deleterio operare contro noi stessi, ai limiti del masochismo.

Quindi a cosa ci serve sapere? Semplice, a non fare sempre gli stessi sbagli che ci portano ad essere noi stessi complici dei nostri aguzzini. E' una perdita di tempo leggere articoli

navigazione su internet. A quelli che sono arrabbiati, seppur si sentano impotenti, per l'esaurimento istituzionale nella costruzione del sapere nel deprimamente presente. Comunque non disperiamo mai di arrivare a tutti, con la speranza di parlare a nuora perchè suocera intenda.

Uno stato di cose presenti, reticolato dall'oracolo televisivo, dalla protuberanza smartphone, dal gran consiglio della pubblicità e dalla piazza fecebook, che surroga la realtà del vissuto di ognuno proponendoci una grossolana imitazione della nostra presenza agli altri, vicini e lontani, conosciuti e sconosciuti, amici ed estranei, in tal modo mistificando il nostro ruolo di persone allontanandoci dalla stessa realtà che viviamo ogni giorno, edulcorandola per discolorarci e abbruttendola creandoci sempre più nemici, guarda caso tutti in condizioni di vita peggiore della nostra.

Con questa strumentazione crediamo di essere dotati della cassetta degli strumenti con la quale pensiamo di intervenire e concorrere, anche illudendoci di distinguerci dalla massa, alla ricostruzione di ogni cosa a noi pare ormai vecchia e dannosa. Anche gli stessi affetti vogliamo costruirli e modificarli, nel bene e nel male, con le chiavi della cassetta, che non abbandoniamo mai, e quindi il nostro tempo è scandito da frequenti telefonate, sms, invii di foto, condivisione e commenti su eventi e persone che si propongono con selfie e video.

Crediamo di essere eruditi su ogni cosa accendendo il computer o collegandoci a internet tramite il cellulare e ci sembra di sapere tutto ma siamo all'oscuro dagli effetti collaterali preoccupanti, non solo su alcuni preoccupanti aspetti di salute ma per la stessa mente. E crediamo di nutrire, abbuffandoci addirittura, il nostro intelletto di nozionismo internettiano a costo zero cancellando con tanti clic lo sforzo di accumulare, accorciando i tempi dovuti, cultura nei luoghi della frequentazione amicale e sociale.

E crediamo di arrivare, accorciando drasticamente i tempi dovuti, a tutto il sapere subito. Non è che stiamo facendo danni alle nostre menti e ai

CONTINUA A PAG. 3

Riflessione con i lettori CAPIRE O MEGLIO NON SAPERE?

Una delle considerazioni che ogni tanto sento da chi ha la pazienza di leggere i miei editoriali entra nel merito degli argomenti con una premessa di fondo: non trattano i temi di attualità delle ultime settimane prima della pubblicazione. E, aggiungono, gli articoli sono troppo lunghi. Tento una, breve, considerazione in risposta.

Intanto, non essendo questo un settimanale non può ambire alla cronaca degli eventi e, comunque, non è nella sua natura stare dietro alla velocità con la quale oggi i mezzi di comunicazione divorano i fatti. Quando quei fatti non li inventano di sana pianta facendo diventare una notizia da prima pagina una dichiarazione di un politico, o del Papa, archiviandola il giorno dopo, per indirizzare l'attenzione su altro, comunque sempre slegato dalla materialità del vissuto reale nella società. Quindi, conveniamo che queste pagine sono scritte per essere consumate, come fonte di conoscenza e riflessioni, per lo meno in un mese.

Allora non siamo attuali? Crediamo che la cruda attualità è sempre un prodotto di politiche attuate nel tempo che operano i loro effetti quando li abbiamo dimenticati. Noi, nel nostro piccolo, tentiamo di tenerli sempre all'attenzione di chi li subisce. La memoria sul perché delle attuali condizioni di vita e di lavoro è fondamentale per conoscerne la natura politica ed economica e riconoscere a vista le facce e le sigle che le hanno prodotte attuate sulla nostra pelle. Nel mentre ci accorgeremmo che non siamo esenti da colpe sulle cose che ci accadono. Se tornassimo indietro con la memoria, come se riavvolgessimo una pellicola di un film, nel quale ci

di questo stampo? Meglio il cellulare e facebook diranno in tanti, consentono ampia libertà d'espressione e senza i filtri delle convenzioni e della morale. Una copertura mentale ideale per predisporre alla convinzione di scegliere su cosa essere informati e di partecipare al confronto delle opinioni politiche di costume, nella saga di questo paese sempre in oblio.

Noi ci rivolgiamo agli altri, a quelli che sono infastiditi dalla realtà simulata degli organi, stampati, televisivi e social network imperanti nella

Ignoriamo?



Non è mica vero. Ci fanno sapere di tutto è di più, il problema è che non ce lo spiegano con parole adeguate per farci capire perchè noi che siamo milioni stiamo messi male, e loro che sono poche migliaia sono messi così odiosamente bene da prenderli a calci. Ma perchè sono sempre loro a prenderci a calci?

CAPIRE O MEGLIO NON SAPERE?

CONTINUA DA PAG. 2

nostri comportamenti, oltre che alle nostre articolazioni obbligate a una dannosa postura?

Quale risposta a questi quesiti?

Ovvio che la tecnologia è bella e utile, come quando un elettrodomestico è ancora imballato dopo l'acquisto, ma lo possiamo far diventare anche brutto e dannoso se non lo usiamo, come prevenzione, con spirito critico e utilitaristico.

Senza un bagaglio critico, da aprire contemporaneamente allo strumento tecnologico, dovrebbe intervenire automaticamente una riflessione di autodifesa del nostro cervello che ci dovrebbe chiedere: vuoi essere o non essere una soggettività pensante?

"Essere o non essere", il dubbio amletico pare sia stato risolto dal web offrendoci la certezza del 2000: apparire. "Prender l'armi contro un mare di triboli e combattendo disperderli"? Macché, devi disarmarti e accettare la resa interiore di fronte alla potenza della mistica globalizzante, "al di là" del pensiero logico-discorsivo, sovrappreso dalla velocità comunicativa di ogni sorta di potere, vissuti nella loro religiosità sovrana e verso la quale ci arrendiamo, coprendoci solamente con una moderna coperta di Linus fatta con la stoffa antica e putrefatta della mistica, annullando la soggettività e le responsabilità della persona nella realtà che vive, lasciandola imm modificata e, inconsapevolmente, finisce per sostenerla, ridisegnandola in una cornice di individualismo e opportunismo e bloccandola in una prigione edulcorata da sbarre invisibili.

Le stesse certezze dei sentimenti costruiti nel tempo dentro i percorsi dell'amicizia e dell'amore, vengono destrutturate nelle incertezze, coniugate in presunta indipendenza dagli altri ma è solo solitudine e volontaria autoemarginazione dalle relazioni reali, certo più faticose e meno accomodanti di quelle vaganti nella spiritualità degli spazi mistici.

Mentre si delega con noncuranza, fino al masochismo, la rappresentanza politica delle proprie condizioni di vita e dello stesso pensiero, oggi si cercano sempre più ausili per i



propri deficit relazionali. Una sorta di volontaria anestesia dei propri sentimenti, dentro spazi precostituiti, di costume o mistici, e lontani da sé per non vedere realmente cosa hanno in comune con noi e quale aiuto potrebbero realmente darci oltre le dotte citazioni e i consigli intimistici buoni per milioni di persone, come gli oroscopi.

La possiamo definire una vera e propria crisi di civiltà e convivenza con risvolti psicopatologici. A riguardo esiste proprio una diagnosi: l'Alessitimia, che classifica le inibizioni a riconoscere ed esternare i propri stati emotivi e porta a cadere nella sindrome della rottura dei rapporti con la realtà e con i desideri. L'infelicità e la sofferenza che questo stato di prostazione producono porta a cercare affannosamente un rifugio mistico o per lo meno una maschera, sociale o individuale, nell'illusione di ritrovare una soggettività visibile, come sinonimo di prestazione, che allenti lo smarrimento e l'incapacità di costruire emozioni, sogni, presente e futuro con un ruolo attivo nella realizzazione dei propri bisogni, individuali dentro la collettività lavorativa e affettiva.

La crisi economica degli ultimi anni che ha determinato cadute di civiltà, valori di socialità e depressione di massa, fa barcollare la stessa ideologia borghese della convivenza. La stessa scienza viene mistificata dalla comunicazione dominante come

copertura a idee razziste e di distrazione collettiva. E' la risposta dei poteri allo smottamento dei valori e ci ripropongono pedissequamente una visione biblica del mondo in cui tutto, natura, umanità, società non sono altro che il frutto statico di un disegno già scritto e progettato dal "creatore" sempre in contrapposizione al materialismo come lettura dei mali dell'umanità.

E' evidente che non ci stiamo accorgendo del rischio della spersonalizzazione in un sistema, con più articolazioni in concorrenza, che vuole occupare, e ovviamente sfruttare economicamente per mercificare con profitto, ogni spazio nella nostra vita sociale.

Questo si chiama capitalismo del 2000, (sistema economico, politico e giuridico oggi a struttura monarchica perché senza obblighi di mediazione causa assenza di grandi organizzazioni politiche e sindacali) nel quale non è prevista una qualsiasi forma di protagonismo attivo mediante la critica e la ribellione ma, e questa è la forma più oppressiva, previsto solo l'assenso e la condivisione del verbo ed è concessa la partecipazione del singolo plaudente come in uno spettacolo televisivo dove batti le mani a comando e alla fine sei retribuito con un gratificazioni varie e vacue che ti fanno dire "ci sono anch'io" in questa parte patinata del mondo. Gli altri che restano fuori? Li gratifichiamo con la carità e la commiserazione quando muoiono, e li mettiamo alla gogna quando tentano di ribellarsi.

Allora, non vi pare che alla base della capacità di essere uomini e donne coscienti dei propri interessi ci sia il sapere e il capire il perché dei fatti che oggi accadono e che subiamo passivamente, o meglio dire, li accettiamo che destino?

Racconti e Opinioni
lavoroesalute BLOG
PARLARE 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**

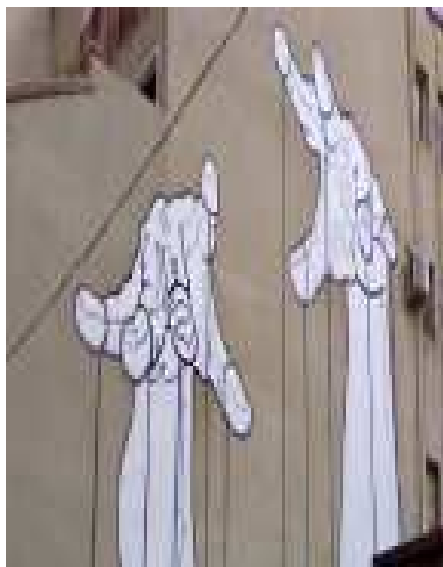
UN POPOLO IN TSO VOLONTARIO?

Nel Paese degli orrori, conosciuto come l'ex bel paese, ci siamo giocati in pochi anni oltre due secoli di pensiero, e pratica politica, liberale a trazione democratica eliminando con un colpo di spugna, iniziato vent'anni fa, il criterio di lettura - e di convivenza, fatta di accordi e scontri politici e sociali - che impone a chi governa una nazionale composizione mediatrice di molti interessi con relative idee diverse supportate da organizzazioni a scopo partecipativo.

Con questo gruppo che legifera senza consenso elettorale (ricordiamo che questo governo - come quello di Monti, è stato imposto dalla Banca Centrale Europea tramite Draghi e Napolitano e non scelto dal Parlamento - a supporto degli interessi di gruppi finanziari e industriali, determina un cambiamento oligarchico e dittatoriale basato sulla fine della mediazione politica e sindacale, sostenuto da banditori quotidiani travestiti da giornalisti e opinionisti, i quali con la loro petulante opera per diffondere i suggerimenti del pensiero dominante inibiscono la capacità delle persone d'intendere la realtà e di volere il cambiamento dello stato di cose presenti.

Ovviamente il parere di valutazione dell'operato di questo gruppo di legislatori, e delle loro succursali, una volta chiamate Giunte regionali e Comunali, non spetta più al popolo con il voto, e se comunque viene ancora permesso, con limitazioni e dissuasori legislativi, non conta più in quanto espresso da subordinati, confusi mentalmente data la loro instabile situazione di vita, come lavoratori, pensionati, precari, studenti, disoccupati e faziosi intellettuali.

Per completare la ristrutturazione dell'ex bel paese bisognava sostituire l'architettura della "vecchia" organizzazione produttiva e sociale, come? Nulla da inventare, il medioevo è una fonte inesauribile



per chi vuole dominare: misericordia e carità al posto di diritti e giustizia.

Da dove iniziare, o meglio da chi iniziare? Ma ovvio, dai lavoratori che rappresentano il pilastro della pretesa di diritti sul lavoro e di giustizia sociale. E quindi su di loro si è abbattuta la scure della graduale, ma incessante, cancellazione delle conquiste ottenute dopo la fine del fascismo. I primi vagiti gutturali dei poteri dominanti sono spuntati agli inizi degli anni 80 col lamento inventato e bugiardo dell'assenteismo degli operai (condito da un mare di sugo terrorista, fatto artificialmente con pochissimi pomodori ben cucinati dalle loro macchine da scrivere nei giornali e dai loro pappagalles nelle TV).

I primi passi si sono concretizzati con licenziamenti di massa e quindi con la cancellazione della protezione sociale della scala mobile. Senza soluzione di continuità nell'opera di massacro delle fasce povere della società si è arrivati all'era del berlusconismo, vera e propria anticamera dell'inferno, e quindi agli esecutori di fatto, da Monti in avanti fino a questo bamboccione senza arte né parte che ha avuto il compito di ottimizzare il lavoro dei suoi predecessori e cancellare l'art. 18 come pilastro delle tutele del

Tutto facile per questa banda di satrapi al governo, con l'assenso sornione dei "governatori" e degli assessori alla sanità delle Regioni.

Tutto difficile per cittadini e operatori della sanità talmente frastornati da anni di tagli "lineari" per tentare anche una sola smorfia di indignazione, complice, anche, l'inibizione sindacale dopo anni di benevolenza lamentosa verso i governi.

Questo stato di cose presenti è principalmente causato dall'assenza dei comunisti dal Parlamento e nei Consigli regionali, imposta dalle leggi truffa del sistema elettorale e dal conseguente voto delle stesse vittime.

lavoro e lo smantellamento dei servizi pubblici essenziali, come la sanità, la scuola pubblica, l'università, i beni culturali e la del territorio. Quindi le classi popolari sono state riavviate ad essere destinate come i poveri del mondo preindustriale, nel quale, appunto, la loro speranza era la misericordia dei nobili e dei potenti.

Risulta evidente che pochi hanno troppo e troppi hanno poco per sopravvivere. La crisi imposta alle fasce popolari, per finanziare le banche, la finanza parassitaria e la speculazione, ha di fatto accentuato la disuguaglianza tra le classi sociali, ma a ricaduta anche quella, comunque già esistente a causa dei contratti negli ultimi dieci anni, tra le diverse figure professionali governate da istituti contrattuali utilizzati in forma clientelare per favorire pochi fidati e altri da fidelizzare con migliaia di euro.

Sono percorsi più infami nel servizio pubblico che nel lavoro privato, perché rendono le persone più inclini all'egoismo sul lavoro.

Più indifferenti ai bisogni dei cittadini, ai quali è impedita una fruizione facile e qualitativa del diritto, facendoli sentire più poveri e il Jobs act, piede di porco della banda Renzi, sancisce definitivamente la condizione di

UN POPOLO INTSO?

CONTINUA DA PAG. 4

precarietà e solitudine del lavoratore di fronte al datore di lavoro pubblico e di fronte al padrone del lavoro privato che, nella loro posizione di forza, possono pretendere dai lavoratori che si accontentino di salari insufficienti per una vita dignitosa, che accettino un incremento senza limiti di ore lavorate, che accelerino i ritmi, che si possa risparmiare sulle condizioni di sicurezza.

E' vero o no che in questa condizione data cosa può fare il lavoratore lasciato solo, senza rappresentati e senza leggi di protezione elementare? Lo chiediamo ai grossi sindacati e ai parlamentari che ancora si dicono di sinistra. La risposta, ovviamente per noi comunisti, è scontata e inconfutabile: il lavoratore è costretto al silenzio, a non avere pretese di lavoro e di vita decente.

Dopo avere recintato gli operai bisognava assoggettare anche l'ossatura dei servizi dello Stato. Ed ecco il blocco totale, dopo decenni di slittamenti e vacui rinnovi dei contratti del pubblico impiego. L'obiettivo è sempre lo stesso: derubare i lavoratori per ingrassare i poteri, le fasce già straricche e le banche ridisegnate come isole a monarchia acostituzionale.

Il governo Berlusconi aveva già provveduto a bloccare i contratti degli impiegati pubblici riducendo gli stipendi agli statali. Verrà poi confermata da Montie da Renzi e nulla importa loro che la Corte Costituzionale abbia sancito l'incostituzionalità sia del blocco delle pensioni che di quello dei contratti statali. Ora, siccome è evidente come gli stessi governi violino ormai abitualmente le leggi dello Stato, possiamo solo definirli dei sovversivi contro la Costituzione e sobillatori dell'ordine pubblico.

Tanto per fare un solo esempio, è stato calcolato che il blocco dei contratti dei dipendenti pubblici sia costato, in media, circa il 10% dei loro salari per un totale di circa 35 miliardi di euro in cinque anni, mentre negli ultimi anni si sono

persi oltre 300mila posti di lavoro nel pubblico impiego. Soldi che lo stato ha risparmiato e che sono serviti a ripagare il debito verso gli speculatori internazionali, a finanziare le spese e le avventure militari all'estero, a salvare le banche. Insomma: un enorme travaso di soldi dalle tasche dei lavoratori, dei pensionati, dei precari a quelle dei capitalisti, tanto per usare una definizione scientificamente esatta che ormai solo noi comunisti abbiamo il coraggio di usare, per non nascondere la testa sotto la sabbia.

Ma a questo punto possiamo fare, e farci, una domanda terribile che riguarda milioni di italiani? Sono malati di mente, per assistere in silenzio al loro massacro e dare il loro consenso ai massacratori, i quali li deridono indicando loro di prendersela con quelli ancora più deboli per farli sfogare con i rutti della pancia isolando il cervello?



Se questa domanda ha un suo perché allora meglio non avere momenti di lucidità, altrimenti milioni di italiani chiederebbero un Trattamento Sanitario Obbligatorio per fare più male a se stessi e agli altri.

E' una percezione drammatica supportata da almeno vent'anni di atti inconsulti, certamente intermezziati da sporadici momenti di lucidità, dal masochismo concreto nascosto, dall'esibizionismo fatuo fino all'individualismo asociale produttore di cattiveria, verso i propri simili e i più deboli, di materiale analitico ne abbiamo a iosa. Una percezione che potrebbe portare a una risposta depressiva, anche per un serio e coerente politico o sindacalista:

niente e nessuno può salvare questo Paese con, in maggioranza, cittadini senza più memoria, cultura e autostima, intesa come capacità di riflessione delle proprie condizioni reali.

Un Paese con, in maggioranza, cittadini che si mascherano dietro i luoghi comuni, i dettami televisivi, e, tanti, dietro il palcoscenico di Facebook. Domanda ai lettori: senza questa maschera il popolo italiano, nella sua maggioranza, potrebbe andare verso un suicidio di massa, come una setta pseudoreligiosa? Riformulo la domanda, ripulita dal misticismo della prima: questa maschera che ci nasconde la realtà è vista come una salvezza perché non intravediamo la cura per il vuoto mentale che affligge la maggioranza?

La nostra vi pare retorica politica perché sono depresso dagli insuccessi elettorali di Rifondazione comunista insieme al resto della sinistra coerente? Andiamo a leggere i dati, sempre per difetto a causa della non libera informazione in Italia, siamo agli ultimi posti nel mondo. Nei primi otto mesi di questo anno si è venuto a conoscenza che 150 sono state le persone che si sono tolte la vita per motivazioni fortemente correlate alla mancanza di lavoro e alla crisi economica.

Quindi, quasi il doppio dei suicidi rispetto a 3 anni fa, escalation delle tragedie soprattutto nel Mezzogiorno e nel Nord-Est; aumento dei casi tra gli imprenditori, abbassamento dell'età media, crescita dei tentati suicidi di quasi il 50% rispetto allo stesso periodo 2014.

Produci a prescindere dalle condizioni di diritti e sicurezza, consuma secondo le imposizioni alimentari e voluttuarie delle multinazionali, crepa nei tempi predeterminati dalle tue condizioni di reddito: questo è il percorso di vita predeterminato per la maggioranza degli italiani.

Questo è l'assunto della politica di governo mentre in Italia si lavora e si produce molto di più che nel resto dell'Europa; si consuma poco e male nelle fasce povere o in via di povertà; si crepa, causa lavoro

CONTINUA A PAG. 6

UN POPOLO INTSO?

CONTINUA DA PAG. 5

e ci si ammala per povertà economica nei ceti meno abbienti. E, secondo l'ultimo rapporto dell'Ocse, la precarietà è in continua crescita.

Tale condizione sociale non permette a chi la vive di riconoscere la propria soggettività di cittadino e si trasforma in cliente che ogni giorno deve elemosinare un diritto nonostante faccia parte della grande fetta di società che con la fiscalità generale contribuisce alla ricchezza nazionale. Ma permette di ignorare che quella ricchezza è in grossa parte regalata alle guerre contro altri popoli.

L'Italia spende 80 milioni al giorno in spese militari alle dipendenze degli USA. La spesa militare italiana è salita da 65 milioni di euro al giorno nel 2013 a circa 70 nel 2014.

Anche nell'ipotesi, remota, che resti invariata nel 2015, la spesa annuale del 2014 equivale, all'attuale tasso di cambio, a 29,2 miliardi di euro, ossia a 80 milioni di euro al giorno.

Quindi di cosa parlano governo, TV e giornali quando lanciano allarmi sull'economia nazionale? Ovviamente, il pensionato, il disoccupato, il lavoratore è lasciato solo di fronte ai poteri padroni dello Stato in una condizione che non gli permette di riconoscere, rivendicare e godere dei suoi diritti e che lo priva (anche indotto dalla mistificante e debilitante comunicazione dei grossi e grassi media, tutti in mano ai gruppi industriali e finanziari) della stessa volontà di reagire, della forza per lottare mettendo insieme i suoi bisogni, che gli paiono individuali ma che sono simili a quelli di tanti altri milioni di italiani, compresi i migranti che lavorano.

L'unica reazione che hanno è l'apatia, la passività che li porta a disarmarsi intellettualmente e interiormente, cadendo in un oblio che li inibisce nella personalità e nella parola autonoma, e contemporaneamente capaci solo di produrre violenza inconsulta verso chi

sta peggio di loro, cadendo in un masochismo sociale che li arruola come servitù dei loro carnefici al potere nelle istituzioni e nell'economia.

Lo stato di prostrazione conseguente alle difficoltà in una società guidata, con le politiche economiche e con le guerre, verso la depressione con l'aumento delle disuguaglianze e delle ingiustizie sociali generano ansia, timori e bisogno di compensazione.

La risposta emotiva individuale, seppur dentro spazi vissuti intimamente come "rifugio collettivo" determina indifferenza verso le proprie condizioni materiali, come fosse un destino.



Viene meno la rabbia, si tende ad attutire i conflitti, in una logica di conforto predestinato all'offerta del bene a prescindere. Inconfutabile è il risultato della rinuncia allo spirito critico verso lo stato di cose presenti, all'irriverenza verso i poteri politici, divenuti anch'essi religiosi per la loro lontananza dai problemi reali.

Quanto sia preoccupante lo stato depressivo degli italiani lo appuriamo nel silenzio col quale accolgono lo smantellamento del diritto al bene primario, quella sorgente di vita e fonte di benessere psicofisico rappresentata dal Servizio Sanitario pubblico. E certamente non possiamo giustificare questo silenzio con l'ignoranza, causa emarginazione dalle difficoltà di capire le decisioni politiche ed economiche sempre più lontane dai cittadini, perché la ribellione è istintiva di fronte al pericolo di salute e della stessa vita. Che la salute non può diventare un lusso

per pochi non è uno slogan di polemica politica ma una ribellione istintiva di fronte al pericolo.

Già ben 10 milioni di persone in Italia non hanno accesso alle cure per problemi economici. Un numero destinato a crescere con gli ultimi provvedimenti che intervengono direttamente sulle prestazioni sanitarie specialistiche.

Il taglio netto del 5% di spesa per beni e servizi, poi, produrrà il solo effetto di licenziamenti e peggioramento delle condizioni di lavoro e di vita dei lavoratori esternalizzati, "con conseguente abbassamento della qualità dell'assistenza, senza intaccare minimamente il sistema degli appalti e il profitto dei privati.

Meccanismo criminale questo della banda Renzi, che lascerà un numero sempre più alto di pazienti privi di diagnosi accurate, quindi più esposti a errori o peggioramenti della malattia.

E' sempre più urgente che cittadini, infermieri e medici come professionalità più numerose e forti, dicano basta a questo scempio dello stesso concetto di convivenza civile.

Solo per noi comunisti è inconcepibile che curarsi sia diventato un lusso per pochi? Che oltre a pagare la sanità con le tasse dobbiamo anche ripagarla con i ticket? Che dobbiamo assistere alla chiusura di reparti di degenza, servizi specialistici e interi ospedali per trasferire la domanda di cura nelle strutture private, comunque già finanziate con denaro pubblico?

Ad oggi, spesso la risposta indotta dai messaggi della politica vincente è stata quella di prendersela con chi lavora. E' pur vero che chi lavora in sanità, e in tutti servizi pubblici, non ha saputo reagire.

Ma questa non è una giustificazione per accanirsi sul loro corpo già debellato da sindacati.

E' tardi per ribellarsi? E' una emergenza sociale e politica arrestare questi malfattori, al più presto prima che chiediamo noi stessi un Trattamento Sanitario Obbligatorio per incapacità di intendere e di volere.

Non è mai troppo tardi!

f. c.

SALUTE ASSICURATA?

Lil piano è sempre lo stesso, qualsiasi sia il settore pubblico da smantellare. Tagli la spesa, restringi i servizi, aumenti le tariffe, fai incazzare gli utenti, muovi un po' di giornalisti prezzolati, alimenti una campagna contro "il pubblico" che incontra resistenze via via più deboli (il servizio funziona sempre meno) e alla fine privatizzi tutto.

Abbiamo visto i "grandi successi" di Telecom e dell'Alitalia, per non dire dell'Italsider diventata Ilva. Lo stiamo vedendo con la scuola e l'università, fatte marcire tra taglio dei fondi, maltrattamento del personale e aumento delle rette, parallelo all'aumento dei fondi regalati alle scuole private.

La "fase finale" ora tocca alla sanità. Come si privatizza la sanità pubblica? All'americana, naturalmente, dandola in mano alle assicurazioni e alle strutture private. C'è ancora un po' di timore a presentarla così, quindi si comincia con degli studi, in cui magari un centro di ricerca serio come il Censis si mette a duettare con un qualcosa che si chiama Unipol, si comincia a far circolare il mantra che "bisogna superare certi pregiudizi" (le assicurazioni, in Italia, non godono effettivamente di grandi simpatie nella popolazione...), ma si comincia anche a disegnare teoricamente il nuovo assetto possibile di una sanità completamente privatizzata. A cominciare dal nome, ovviamente in inglese: white economy.

Il rapporto Censis-Unipol prende atto con soddisfazione che la sanità pubblica è stata ormai "frollata" a sufficienza e quindi "Appare ormai maturo il tempo di una nuova integrazione tra pubblico e privato, capace non solo di garantire la tutela sanitaria e sociale delle persone, ma anche di favorire la crescita economica, a partire dai territori".

In fondo gli utenti sono stati ormai abituati a pagarsi quasi tutte le prestazioni sanitarie, a cominciare dall'assistenza agli anziani. Dunque non ci sarebbero troppi ostacoli pratici. Anzi, bisogna anche sbrigarsi perché la crisi ha ristretto la capacità di spesa delle famiglie in questo settore. Al punto che ci si cura in generale di meno (nonostante l'aumento dei

ticket, infatti, nel 2014 la spesa delle famiglie è scesa del 5,7%) e per la prima volta è in diminuzione anche il numero delle badanti assunte per assistere gli anziani.

Per il presidente di Unipol, Pierluigi Stefanini, "Se sapremo superare i pregiudizi consolidati, il pilastro socio-sanitario, inteso non più solo come un costo, può divenire una solida filiera economico-produttiva da aggiungere alle grandi direttrici politiche per il rilancio della crescita nel nostro Paese". Et voilà, il gioco è fatto. La salute della popolazione smette di essere un diritto individuale garantito dallo Stato e diventa una merce

"prodotta" da una "solida filiera economico-produttiva", con aziende private (cliniche, laboratori di analisi e diagnostica, ecc) che sostituiscono quasi in tutto la rete sanitaria pubblica. Cui dovrebbero essere affidate, in misura assolutamente residuale, tutte quelle prestazioni da cui proprio è impossibile estrarre profitti privati: pronto soccorso, malattie gravi e/o invalidanti di persone con redditi troppo bassi, ecc.

Naturalmente bisogna "comunicare" qualcosa di più attraente e meno volgare. Quindi si argomenta in modo solidale alle famiglie italiane che "nei lunghi anni della recessione hanno supplito con le proprie risorse ai tagli del welfare pubblico". E anzi ci si presenta come pronti a correre in loro soccorso, perché "oggi questo peso inizia a diventare insostenibile. Per questo è necessario far evolvere il mercato informale e spontaneo dei servizi alla persona in una moderna organizzazione che garantisca prezzi più bassi e migliori prestazioni utilizzando al meglio le risorse disponibili".

Sembra la pubblicità di una catena di supermercati che garantisce "prezzi bassi e fissi". E bisognerebbe chiedersi come sia possibile che una "moderna organizzazione" della sanità in mano ai privati riesca a garantire -in futuro- prezzi più bassi e migliori prestazioni. L'esperienza comune, infatti, registra l'esatto opposto: prezzi spaventosi (una clinica privata con una certa affidabilità può arrivare a chiedere 500 euro al giorno per il solo ricovero, senza ancora calcolare i costi di visite specialistiche e



Sanità modello Unipol

CONTINUA DA PAGINA 7

medicinali, per non dire delle operazioni chirurgiche), qualche problema con i casi clinicamente più complessi (specie nella neonatologia, dove non è infrequente che bambini nati in cliche private vengano trasferiti d'urgenza in ospedali pubblici specializzati, come il Bambin Gesù di Roma). Poi, certamente, in una clinica privata il "numero chiuso" - ristretto a chi si può permettere di pagare certe cifre o è coperto da un'assicurazione (appunto...) - garantisce un rapporto meno frettoloso con medici e infermieri, meno affollamento e nessun letto nei corridoi. Queste sono piacevolezze che vengono da sempre assegnate alla sanità pubblica che deve accogliere e assistere chiunque - meritoriamente - anche se non c'è posto.

Ma ci sono dettagli decisamente interessanti nel rapporto Censis-Unipol. Per esempio, lo scorso anno la spesa sanitaria privata è crollata del 5,7%. La riduzione generalizzata dei redditi, insomma, sta mettendo in crisi i profitti dei padroni delle cliniche e dei centri diagnostici privati (gli Angelucci e i Debenedetti, per esempio); quindi è decisamente il "momento" di garantir loro un solido aumento delle entrate.

L'idea è di copiare il modello anglosassone, soprattutto statunitense, con qualche mediazione: "un'integrazione tra offerta pubblica e strumenti assicurativi (che permettano di sottoscrivere polizze a costi accessibili per poter godere in futuro di servizi di assistenza, di cura e di long term care) e di intermediazione organizzata e professionale di servizi".

Come farlo senza consegnare immediatamente e brutalmente la popolazione agli "intermediatori" sanitari privati? Con una attenta regolamentazione che serva a "stabilire le modalità precise per attivare tale percorso di integrazione, non tralasciando che molti fenomeni di cambiamento socio-demografico variano ed assumono sfumature differenti a seconda dei territori in cui si articola il Paese. Coinvolgere, pertanto, gli Enti territoriali nella definizione di processi di integrazione pubblico-privato, ma soprattutto

coinvolgerli nella definizione di strumenti integrativi di welfare può essere una pista di lavoro per attivare servizi maggiormente rispondenti ad uno scenario in cambiamento. In questa prospettiva si pongono le proposte, di alcuni operatori privati, in primis Unipol, di attivare fondi sanitari integrativi di tipo territoriale, con una forte compartecipazione degli Enti locali".

Decentrimento, accordi con enti locali inchiodati dal "patto di stabilità" e dunque impossibilitati ad opporsi validamente alle pressioni dei "privati" in presenza di una riduzione generalizzata della spesa sanitaria pubblica e quindi alle montanti proteste della popolazione. La chiave per disarticolare le resistenze passa da qui.

Il tutto, ovviamente, per "stimolare la crescita del paese", sviluppando "filieri". Perché "è evidente che

la modernizzazione e la crescita della white economy, non possono passare solo per un investimento pubblico ma, viceversa, dovrebbero passare attraverso l'attivazione di un'offerta privata di servizi e di strumenti assicurativi e finanziari privati, di tipo integrativo, coordinati con l'offerta pubblica e sottoposti, ovviamente, alla vigilanza di organismi indipendenti competenti per materia".

Preparatevi a fare a schiaffi con le assicurazioni. Che, come in America, pretendono di coprire soltanto i clienti in perfetta salute, scartando tutti quelli che rischiano di costar loro più di quanto non versino di polizza.



Claudio Conti

Redazione Contropiano

nel numero
di novembre

COME TI
MACELLO
LA SANTA'



di **Antonio Recanatini**

Soggiogare il popolo italiano non è mai stato difficile, abbiamo nel dna la venerazione verso i potenti e "più saranno sanguinari, tanto più gli agevolati e faccendieri del sistema troveranno spazio e i bastardi si congeneranno alla storia come autorevoli statisti".

Quel che si prospetta non è una rivoluzione, ma una guerra dove i poveri cadranno nelle piazze sepolti dalla miseria e dalla carità. Non siate ottimisti perché il risveglio potrebbe rivelarsi ancor più amaro, non abbiate timore di rivendicare i vostri diritti purché partano dal basso, non dagli affiliati e ruffiani del potere, dalle finte opposizioni, il popolo è l'unica resistenza possibile.

Icenni storici da annoverare in questa realtà plastificata procurano essenze alquanto cagionevoli per i protagonisti colonizzatori, così come la manipolazione appare come fulcro essenziale per incanalare ragioni e sentimenti sul versante della falsità. Il ventesimo secolo passa attraverso le due guerre mondiali e i geniali riflessi riassuntivi portano gli studiosi a revisionare misfatti e tragedie, tanto che nessuno osa dire che la prima guerra mondiale, per certi versi, fu cruenta e apocalittica come la seconda; diventa un gioco da ragazzi dimenticare i 4000 morti al giorno nelle battaglie, senza aggiungere che ogni guerra proveniva da una crisi.

In realtà la shoa ha cancellato e ha concesso il beneficio di non revisionare i secoli dedicati alla santa inquisizione o l'annientamento sistematico degli indios in america o le guerre segrete nei paesi dove non esiste civiltà e sviluppo. Così come è stato facile riproporre maggior visibilità alla bomba di Hiroshima e tralasciare quella sganciata, dopo pochi giorni, a Nagasaki.

Tutto parte da quella strana mania di etichettare, classificare al fine di porsi limiti mentali rinchiusi in uno spazio striminzito, difeso da una potenza millenaria prototipo del Sacro Romano Impero, un po' Vaticano, indissolubile e indistruttibile, e un po' Nato, poteri pubblicizzati sia dalle credenze popolari che dall'autorità di poteri occulti internazionali o, meglio, multinazionali.

Se alla prima bomba atomica la giustificazione dell'inconsapevolezza non

UN CANCRO DA ESTIRPARE DI NOME CAPITALISMO



ha suscitato perplessità, sulla seconda la riproduzione storica ha insabbiato il carattere vigliacco di un popolo guerrafondaio come gli States. Ancora oggi è impossibile farfugliare il numero dei morti, come nessuno ha il coraggio di ammettere che quelle due bombe e la strage conseguente sono l'equivalente netto di due campi di sterminio e se, da un lato, molti professano la crudeltà della guerra, dall'altro qualcuno giustifica in modo volgare e scioccante l'operato vizioso dell'aviazione statunitense.

I giornali e molti libri riportano quel che i colonizzatori suggeriscono, tanto che nessuno osa dire che i genocidi, le stragi in nome della religione, le disparità sociali e la conseguente esportazione della democrazia hanno superato di gran lunga i morti dovuti all'olocausto, come nessuno affermerebbe che la più grande tragedia proviene dalla vigliaccheria insita nel capitalismo.

Presto detto! Nessuna strage o genocidio può essere sepolto, non esistono morti da ricordare e altri da dimenticare. La morte è la fine, non va barattata con il falso. La morte è seria, le stragi dimenticate non sono peccati veniali. Chi induce a seppellire la memoria ha il solo intento di rinverdire la coscienza. La guerra riassume solo lutti, non conquiste e questa è una guerra senza paradossi, e tanto più il capitalismo seppellirà la

memoria, tanto più verranno a galla teschi e vomitevoli compromessi, ancor oggi offuscati dal "disonesto sapere". I vincenti non sono sempre dei bravi maestri.

Questo non è il solito discorso antiamericano o antisionista, personalmente leggo la storia per non impantanare nei soliti dubbi.

Qualcuno scrisse che la storia si perdona per natura, bene io perdonerei quasi tutto a questo capitalismo coloniale: perdonerei le guerre, perdonerei misfatti e falsi storici, perdonerei l'incoscienza e l'incapacità di ravvedersi; non posso, però, perdonare l'aver sottratto alla platea il palco dei teatri e sostituirlo con le pellicole.

Perché le pellicole sono amorfe, inanimate e senza volti, basta tagliarle dove sanguinano e sostituirle con una scena elegante, magari lussuosa, pur di occultare, tra effetti brillanti, le anime incendiate dall'ignoranza.

No, nessuna scusa a questa manipolazione! Il rancore non è più un sentimento, ma uno stato di fatto, il capitalismo ha sottratto all'uomo la coscienza, l'arte e l'essenza stessa del vivere in comune, la stortura dei messaggi è l'arma di distruzione di massa.

Non potrei mai scusare la riconversione culturale e la ridefinizione sociale atte a modellare un nuovo mondo o, meglio, ordine mondiale dove il cittadino torna servo e i governanti trasformarsi in imperatori del mercato e divise pronte a tutto pur di avallare questa regressione degna dei peggiori regnanti storici, avvezzi alla calunnia e al cinismo, al ricatto e all'allusione. Abbiamo multinazionali che sventolano le bandiere Nato e cittadini persuasi dalla pubblicità.

Non Vi piace questo? Allora, toglietevi dalla mente le malsane e pericolose speranze e non affrettatevi nella corsa per salire a bordo di questo scempio, vedremo ancora milioni di morti, al punto che l'olocausto sembrerà un lutto cittadino e il regresso sosterrà nuovi faraoni, non siate passivi perché abbandonare la lotta è un gesto vigliacco quanto il falso sobillato dai giornali.

Ricordiamoci sempre: il tumore di questo tempo è davanti a noi, lo chiamano capitalismo, noi non abbiamo scelta o lo combattiamo, oppure possiamo tirarci indietro e goderci il resto dell'infelicità!

Sanità sempre più povera per i poveri e quasi interamente privatizzata. Già ben 10 milioni di persone in Italia non hanno accesso alle cure per problemi economici. Un numero destinato a crescere con gli ultimi provvedimenti che intervengono direttamente su 27 milioni di prestazioni sanitarie specialistiche. Il taglio netto del 5% di spesa per beni e servizi, poi, produrrà il solo effetto di licenziamenti e peggioramento delle condizioni di lavoro e di vita dei lavoratori esternalizzati, "con conseguente abbassamento della qualità dell'assistenza, senza intaccare minimamente il sistema degli appalti e il profitto dei privati.

Tagli alla Sanità, la Cgil fa il punto I settori più colpiti

I settori colpiti sono: beni e servizi, dispositivi medici, farmaceutica, inappropriatezza (prestazioni di specialistica e riabilitazione), ospedali (chiusura con meno di 40 posti letto, personale, pubblici e privati). La "ricetta fallimentare e dannosa" e il progressivo svuotamento della sanità pubblica operati dal governo e stigmatizzati dalla Cgil.

Beni e servizi e dispositivi medici

I contratti di acquisto devono ottenere un abbattimento dei prezzi e/o dei volumi di fornitura del 5% annuo. E' previsto un accordo Stato-Regioni, entro il 15 settembre 2015, per stabilire i tetti di spesa delle singole Regioni. Per rinegoziare i contratti il ministero della Salute (tramite il Nuovo sistema informativo) indicherà come parametro di riferimento i prezzi unitari dei dispositivi medici.

Farmaceutica

Entro il 30 settembre 2015 l'Aifa (l'Agenzia italiana del farmaco) provvede a rinegoziare con le aziende farmaceutiche per la riduzione del prezzo a carico del Servizio sanitario nazionale dei medicinali (nell'ambito di raggruppamenti terapeuticamente assimilabili). Analoga rinegoziazione del prezzo per i medicinali soggetti a "rimborsabilità condizionata" dopo almeno due anni di commercializzazione.

Riduzione delle prestazioni inappropriate di assistenza specialistica ambulatoriale

Le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni di erogabilità (quindi inappropriate) saranno poste a totale carico del cittadino assistito. Al momento della prescrizione (sulla ricetta), il medico dovrà riportare l'indicazione della condizione di erogabilità e/o l'indicazione prioritaria.

Riduzione dei ricoveri di riabilitazione.

A decorrere dal 2015 per i ricoveri ordinari e diurni



clinicamente inappropriati, si riduce del 50% la tariffa fissata dalla Regione. Per tutti i ricoveri clinicamente appropriati, in caso si superi la soglia (durata degenza, ndr), la tariffa per i ricoveri ordinari e diurni è ridotta del 60%.

Rideterminazione fondi contrattazione integrativa personale dipendente

A decorrere dal primo gennaio 2015, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale è decurtato di un importo pari ai risparmi di trattamento accessorio derivanti dall'attuazione del regolamento sugli standard ospedalieri e dalle relative riorganizzazioni (riduzioni unità operative, chiusura ospedali con meno di 40 posti letto, ecc).

Standard Ospedalieri

Risparmi che vengono quantificati in una tabella di sintesi e concorrono a raggiungere l'obiettivo dei 2,352 miliardi di tagli annui. Rispetto a questi tagli, Regioni e Pubbliche amministrazioni possono decidere altre misure purché assicurino l'equilibrio di bilancio con il livello di finanziamento così ridotto.

Stralci da www.rassegna.it



Tante le firme raccolte, altrettante le proteste di medici, pazienti e associazioni, ma nonostante tutto ciò l'Ospedale Oftalmico di Torino quasi sicuramente chiuderà e con esso anche il suo Centro di Riabilitazione Visiva, struttura che lavora a pieno ritmo, dimostrando l'importanza di affiancare agli interventi sanitari la riabilitazione di tipo sociale. Una scelta che viene ritenuta "incomprensibile" dall'UICI (Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti) del capoluogo piemontese



Perché chiudere l'Ospedale Oftalmico di Torino?

Nonostante le 35.783 firme raccolte, oltre alle rimozioni di medici, pazienti e associazioni di categoria, quasi sicuramente l'Ospedale Oftalmico di Torino chiuderà. Le attività - promettono gli Enti Locali - saranno trasferite in altre strutture, anche se al momento non è dato sapere quali. E sul futuro gravano pesanti incognite.

Tra le realtà in prima linea nel farsi portavoce di questo disagio c'è anche l'UICI di Torino (Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti), che ha appunto espresso forti perplessità sulla chiusura della struttura, viste anche le ingenti risorse recentemente stanziare per ristrutturarla.

Tale scetticismo, poi, deriva dalla stessa esperienza diretta maturata dall'UICI in tanti anni di lavoro presso l'Oftalmico. Insieme ad altre realtà, infatti, l'Associazione, su mandato dell'ASL Torino 1, gestisce le attività del CRV (Centro di Riabilitazione Visiva), ove grazie alla professionalità di educatori, psicologi, tecnici ed esperti, ogni giorno vengono proposti corsi di autonomia e orientamento (dall'uso del bastone bianco alla mobilità domestica), alfabetizzazione Braille, di informatica (collettivi e individuali, con particolare riferimento ai programmi per persone con disabilità visiva), oltreché attività di supporto psicologico e molto altro.

Per fornire un dato, solo nello scorso anno il Centro si è fatto carico di 8.052 prestazioni, dimostrando l'importanza di affiancare agli interventi sanitari la

riabilitazione di tipo sociale. Ora, però, sul CRV, così come sul resto dell'Ospedale Oftalmico di Torino, si addensano le nubi dell'incertezza.

"Non è affatto banale - dichiara Franco Lepore, presidente dell'UICI di Torino - trovare una collocazione adatta per il Centro. Infatti, proprio perché frequentato da persone con disabilità, esso dev'essere facilmente raggiungibile e rispondere a

precisi criteri di accessibilità. Più in generale, poi, la scelta di smantellare l'Ospedale Oftalmico ci sembra davvero incomprensibile. Parliamo di una struttura efficiente, che garantisce un presidio di Pronto Soccorso aperto tutti i giorni 24 ore su 24, nella quale sono attive cinque sale operatorie, dotate delle attrezzature più sofisticate. Da notare anche che negli ultimi tempi il bilancio dell'Ospedale era in attivo, e tuttavia, al di là di questo, la logica non può essere sempre e solo quella del risparmio a ogni costo. In gioco c'è il diritto alla salute, tutelato dalla nostra

Torino magica? No, solo infognata in misteri politici e sanitari



Costituzione. Ci batteremo quindi perché questo diritto non sia calpestato e perché i pazienti non debbano subire le conseguenze di scelte amministrative discutibili".

(L.M. e S.B.)

Per ulteriori informazioni e approfondimenti: Ufficio Stampa UICI di Torino (Lorenzo Montanaro), ufficio.stampa@uictorino.it.

www.superando.it

Fare politica sanitaria per risanare il sistema regionale massacrato dal duo Monferino/Cota, o fare cassa riducendo servizi essenziali? Chiamparino/Saitta hanno scelto di continuare l'opera dei predecessori. E' inaccettabile per gli abitanti della zona nord di Torino non avere più un un polo ortopedico d'eccellenza.

Che fine farà il Maria Adelaide?

Dire: "l'avevamo detto e previsto con largo anticipo" non è una consolazione: ci stiamo avviando verso la fine di un glorioso e storico Presidio Ospedaliero.

Entro fine anno l'attività chirurgica e di ricovero verrà smantellata e il CTO, e in parte le Molinette e il Regina Margherita, avranno un po' di personale in più per andare a coprire gli enormi buchi che anni di blocco del turn over e tagli alla sanità hanno prodotto.

Che l'attività che si svolgeva al Maria Adelaide verrà notevolmente ridotta con conseguente allungamento delle liste di attesa e trasferimento di prestazioni sanitarie verso il privato, sembra non interessare a nessuno.

Che i grossi ospedali saranno sempre più intasati e riusciranno a malapena a rispondere alle urgenze lasciando i pazienti in barella per giorni e il pronto soccorso somigliano sempre più a gironi dell'inferno dantesco, ai nostri amministratori sembra non interessare... occupati come sono a deturpare il territorio e a sperperare denaro pubblico in "Grandi opere inutili".

Che concentrare la maggioranza delle prestazioni sanitarie in una singola zona, da un punto di vista della mobilità e dal punto di vista del disagio che provoca nelle persone anziane e con difficoltà motorie, sia una vera idiozia, appare evidente.

Tornando al Maria Adelaide ci sembra ancora più incredibile l'idiozia di questi amministratori, che facciamo fatica a distinguere da quelli della Giunta precedente,



che quando una cosa funziona bisogna mantenerla e magari rafforzarla e non mandarla in malora.

Non ci riferiamo ovviamente solo al nostro presidio ma è sotto gli occhi di tutti quello che è stato del Valdese e quello che sarà dell'Ortopedico e dell'Amedeo di Savoia, per rimanere in ambito cittadino. Ci dispiace constatare che, di fronte a questo "ineluttabile destino", noi del Comitato Salviamo il Maria Adelaide e del Cobas Sanità

siamo stati gli unici che hanno promosso iniziative di lotta vere e che hanno cercato di creare una reale opposizione alla chiusura dell'ospedale.

Da altre parti il silenzio e' stato assordante o, peggio ancora, si è optato per azioni di pompieraggio suggerendo ai lavoratori che quello che dicevamo non era vero, che facevamo solo del terrorismo, che le nostre raccolte firme, i nostri presidi e manifestazioni e le nostre proposte non servivano a niente...

Fuori di polemica diciamo che noi ci siamo e continueremo a lottare per cercare di dare un futuro, nell'ambito della Sanità Pubblica, al Maria Adelaide e siamo disponibili a confrontarci e lottare in modo unitario con tutti coloro che vorranno andare in quella direzione. Non siamo invece disponibili ad avallare scelte e opzioni che vadano verso la chiusura.

Scelte operate da chi, fino all'altro ieri, gridava e si faceva propaganda elettorale e sindacale contro la svendita della sanità e degli ospedali.

Siamo disponibili invece a ragionare su proposte concrete e realistiche per dare risposte vere ai bisogni di salute della cittadinanza.

**Il Comitato
"Salviamo il Maria Adelaide"**

**Cobas Sanità'
Università e Ricerca**

Torino, 04/09/2015



A metà agosto, il caso di Andrea Soldi, morto ammazzato per un Trattamento Sanitario Obbligatorio eseguito in un parco di Torino, ha sollevato giustamente un'ondata di indignazione per il modo in cui l'intervento è stato condotto e l'esito tragico che ha sortito. Non è dato sapere se questo caso è balzato all'onore delle cronache perché l'intervento è stato eseguito di fronte a diversi testimoni, o perché a metà agosto non c'erano altre notizie più significative per le testate giornalistiche, ma c'è da dire che purtroppo, questo non è affatto un caso isolato e che di TSO che si concludono tragicamente, ce ne sono diversi, anche se la maggior parte passa sotto traccia (come quello della lettera della sorella di Bruno Combetto*).

E ovvio che sia necessario evitare giudizi sommari, e che fino a quando la magistratura non avrà attribuito le responsabilità del caso, non si sia autorizzati a c o n d a n - n a r e nessuno degli attori coinvolti in questa tragedia, ma quello che non si può non notare in questa vicenda, è che sembra che nessuno, a parte i passanti, abbia avuto nulla da eccepire all'intervento da "polizia americana" con ammanettamento dietro la schiena (che è una pratica diventata consuetudine da vent'anni a questa parte). È palese che questo metodo di ammanettamento non sia la causa diretta del decesso, ma ne è sicuramente una concausa, e quel che più stupisce è che lo psichiatra, ossia il medico responsabile di Soldi, non si sia accorto del fatto che il paziente fosse diventato cianotico e che il modo con cui era stato immobilizzato prima di essere trasportato sull'ambulanza, avrebbe impedito di poter praticare una rianimazione.

La città di Torino, per altro, è l'unica area del Piemonte che è dotata di Guardia Medica Psichiatrica, ossia da un'unità di psichiatri che vanno sul territorio quando è necessario praticare dei TSO, mentre invece altrove i trattamenti sanitari

Chiamati reparti di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria, usati come parcheggio?

A partire dal tragico caso di Andrea Soldi, un'analogha considerazione può essere fatta anche per i "banali" ricoveri nei vari CAVS?

famiglia per quanto riguarda la patologia psichiatrica).

Pur mettendo momentaneamente da parte il fatto che ci siano delle responsabilità politiche rispetto ai tagli alla sanità (che fan sì che ci siano forti criticità per i servizi di psichiatria, e che chi abita fuori Torino non abbia nemmeno la possibilità di avere le garanzie di chi abita in città), il quadro che emerge da questa tragica vicenda ci dice che anche nel caso in cui tutti i protocolli di intervento vengano seguiti, e in cui la formazione degli operatori sia anche molto efficiente (come le tecniche di immobilizzazione usate dalla polizia, e la preparazione professionale di uno psichiatra, che in questo caso era presente), se all'efficienza non si affianca una formazione degli operatori che permetta di scorgere l'umanità del paziente, e un'organizzazione di percorsi extra-ospedalieri che, come si è auspicato

oramai da un cinquantennio sull'onda della riforma Basaglia, permettano di ridurre al minimo l'ospedalizzazione e di far sì che la medicalizzazione coercitiva del paziente, ossia il TSO, diventi effettivamente l'estrema ratio (e dunque effettivamente rara) l'efficacia degli interventi medici sul territorio non solo va persa, ma rischia di compromettere la vita stessa dei pazienti.

Un'analogha considerazione di come la ricerca spasmodica di efficienza, intesa in ultima analisi come produttività, possa compromettere l'efficacia degli interventi, può essere fatta anche per i "banali" ricoveri nei vari CAVS,

obbligatori vengono praticati da Medici di Medicina Generale e Medici del 118, che purtroppo non sono assolutamente formati e spessissimo non conoscono nemmeno il paziente (che essendo preso in carico dai centri di salute mentale, in genere non viene nemmeno più seguito dal proprio medico di



Chiamati reparti di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria, usati come parcheggio?

CONTINUA DA PAG. 13

cioè nei reparti di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria, in cui dovrebbero essere ricoverati solo pazienti usciti dalla fase acuta, ma che non hanno la possibilità di tornare subito a casa propria a causa di problemi di tipo "sociale" (tipicamente mancanza di assistenza da parte dei parenti, o condizioni domiciliari pessime).

La chiusura dei piccoli ospedali "periferici", ha portato in molti casi ad una riconversione di queste ex strutture ospedaliere in CAVS, che da un lato permettono fortunatamente di avere delle sedi sul territorio in cui i lungodegenti possono comunque essere presi in carico (liberando i letti nei DEA), ma dall'altro lato vengono spesso usati in modo improprio per poter svuotare i Pronto soccorso ed i reparti ospedalieri, seguendo il concetto che il massimo turn over dei ricoveri porta ad una riduzione delle spese per l'azienda sanitaria. In questo modo, a causa della "spending review", che ha portato ad una netta riduzione dei letti ospedalieri, i CAVS spesso non vengono utilizzati solo per dei ricoveri a "bassa intensità" (così come sarebbero pensati), per ricoverare pazienti potenzialmente instabili, che tuttavia stazionano da troppo tempo in ospedale o in DEA.

In questo modo, una spirale che avrebbe potuto essere virtuosa, può rivelarsi invece dannosa visto che l'assistenza medica spesso non è assicurata da specialisti di medicina interna, geriatria, fisioterapia o psichiatria (come sarebbe previsto dalle delibere regionali istituenti i CAVS), e soprattutto non è H24, ma risulta mediamente garantita dalle 4 alle 5 ore al giorno (esclusi i festivi). In definitiva, alle volte i pazienti vengono spostati in questi reparti senza che la loro situazione clinica sia stata effettivamente stabilizzata, quindi, finiscono con il trovarsi in strutture che non sono attrezzate per far fronte ad

eventuali complicanze, e rischiano di veder precipitare la loro situazione clinica.

Anche se oramai sono in funzione da alcuni anni, ad oggi, in Piemonte, non sono stati forniti dati riguardanti i CAVS: un indicatore con cui sarebbe possibile verificare la loro corretta gestione (con le figure professionali necessarie e con una corretta selezione dei pazienti in ingresso), sarebbe dato dal tasso di mortalità che in essi si presenta, ma al momento la Regione Piemonte non ritiene evidentemente che questi pazienti possano fare nemmeno statistica.

Anche in questi casi, a cui quasi nessuno presta attenzione, visto che non avvengono in piazza, con testimoni, ma capitano a soggetti già particolarmente compromessi e che comunque risultano in carico presso una struttura sanitaria, è l'efficienza della "macchina ospedaliera" a prevalere sull'efficacia delle cure.

Se a fronte della carenza di strutture ospedaliere, o di personale specializzato (quindi più costoso in termini di remunerazione), i tempi di degenza nei

DEA vengono diminuiti perché da un lato si deve far spazio a nuovi pazienti, e dall'altro lato si devono rispettare delle direttive che prevedono che i letti ospedalieri non possano essere impegnati che per pochissimi giorni, l'alta efficienza della struttura ospedaliera verrà ricercata anche a scapito del riconoscimento della fragilità dei pazienti, e quindi, anche a scapito della loro stessa salute.

La domanda che nasce spontanea quindi è: cos'è necessario per far sì che l'umanità dei soggetti fragili (siano essi pazienti psichiatrici o "norma-lissimi" anziani ricoverati per qualche complicanza) venga riconosciuta come degna di una sanità che non sia solo efficiente, ma anche, e soprattutto, efficace?

Fiorenza Arisio

NOTA: * la lettera della sorella di Bruno Combetto è pubblicata a pagina 17

Nel prossimo numero
IL CASO DI
UN PICCOLO OSPEDALE
RINOMINATO "CAVS"

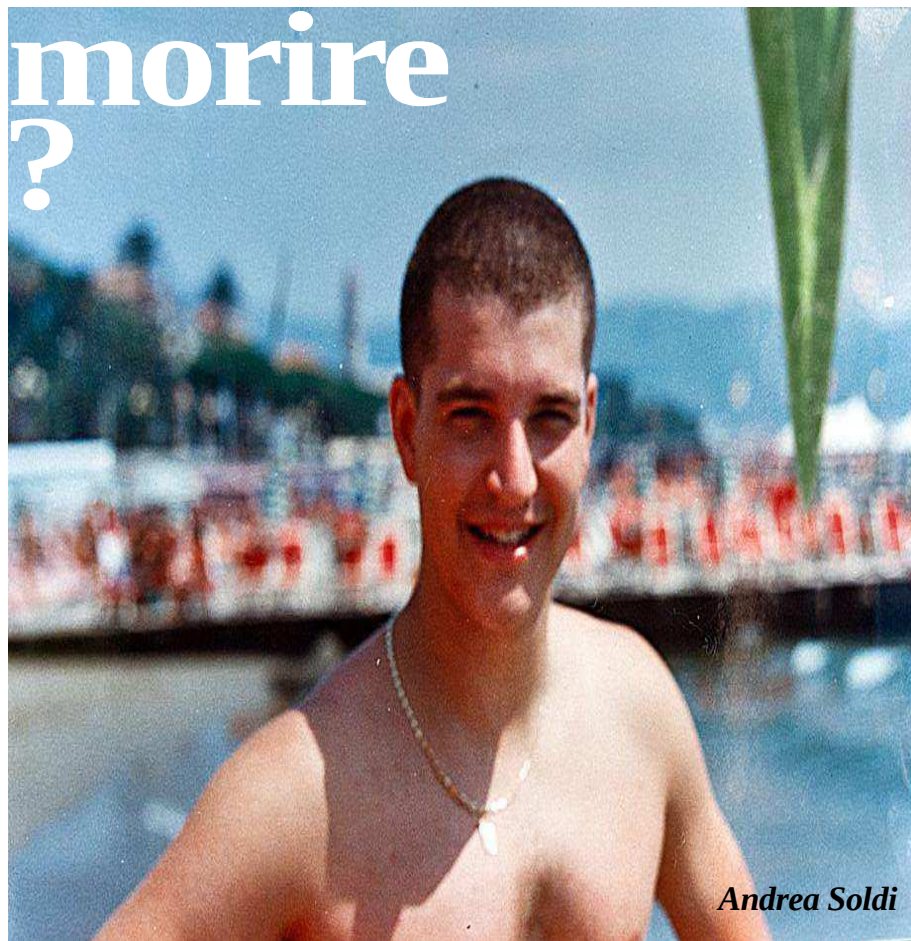


Perché morire di TSO?

La morte di Andrea Soldi a Torino, nell'area di competenza della mia ASL, durante un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) non è giustificabile sotto ogni aspetto, sia sanitario sia di ordine pubblico. Fa stare male, come operatori sanitari, accettare che una misura sanitaria a garanzia del malato si riveli, causa responsabilità individuale, un atto di violenza contro un cittadino sofferente, provocandone la morte.

Siamo di fronte a una psichiatria ridotta alle psicofarmacologie, distante dalla vita reale delle persone? È da tempo che sentiamo vociferare, a volte discutere seriamente e con cognizione di causa, dell'involuzione di una cura con "Le mani alla gola degli schizofrenici". Quanti sono i casi, che avvengono ovunque senza vergogna alcuna per una etica e una professionalità sotterrata dal venir meno di una umanità nei comportamenti? Urgente ripensare il tema della salute mentale riappropriandoci della rivoluzione basagliana troppo spesso ridotta a luoghi comuni, strumenti subdoli ben più pericolosi del boicottaggio reazionario della destra politica.

La Costituzione (articolo 32) parla chiaro: "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". Poi, la riforma Basaglia, Legge 180 del 1978, chiuse i manicomi, e regolò le modalità di esecuzione. L'ordinanza chiesta dal sindaco e firmata dal giudice tutelare, a ulteriore tutela del malato questa misura limitata nel tempo e da eseguirsi con modalità ben precise a garanzia della libertà



Andrea Soldi

e dei diritti della persona. Per Andrea non c'è stata nessuna ordinanza perché a Torino, dove mediamente si fa un intervento di Tso al giorno (cifra della profonda crisi sociale di questa città), si è presa l'abitudine di autorizzare il Tso "a posteriori". Quindi, questo tragico caso lo possiamo definire un sequestro di persona preventivo?

La morte di Andrea è l'ennesima dimostrazione di forza del sistema che non ammette la diversità fuori dai canoni di comportamento dei benpensanti. Non importa se non sono collettivi e neanche politicamente conflittuali nei confronti dell'ordine sociale oggi imposto dai poteri dominanti (anche quelli fuori dai canoni predeterminati) e irradiato dalla comunicazione asservita ai potenti, con le loro leggi di clan tribali.

L'importante è non consentire, anche con la violenza della forza in divisa, il disturbo dell'oblio di massa in una società succube e adorante di

fronte ai crimini sociali mistificati come ordine pubblico. Questo vale per i migranti, vale per i No Tav, vale per i presidi operai contro la delinquenza industriale, vale contro la crescente presa di coscienza dei lavoratori pubblici. E degli operatori della sanità pubblica, stabili e appaltati, ingabbiati in un sistema sanitario fatto di tagli alle risorse finanziarie e umane, ma anche di repressione delle soggettività professionali e dell'umanità dei comportamenti. Una sorta di CIE, senza sbarre e igiene diffusa, per indigeni, dentro il quale o ti ribelli o rischi di diventare inconsapevole mostro, volente o nolente. La morte di Andrea è il paradigma di un sistema che obbliga all'emarginazione dei diritti alla salute, fino alla morte presentata come un dato di fatto da accettare.

franco cileni

A pagina 20 leggi la Lettera aperta, di Peppe Dell'Acqua, a un giovane operatore della salute mentale.

CRONACA E PERPLESSITA' SU UN TSO

La tristissima vicenda di Andrea Soldi, deceduto in seguito a un TSO, ha scatenato una ridda di reazioni, molte giustificate, altre a nostro parere discutibili.

Il fior fiore di psichiatri, di associazioni hanno espresso il loro parere, chi a favore, chi contro. Chi caldeggiava l'incremento dei gruppi appartamento, chi criticava la riduzione della spesa, chi contestava in toto l'agire della psichiatria.

Queste notizie hanno tenuto banco per tutto il mese di agosto, sia a livello locale, che nazionale.

Non intendiamo entrare nel merito di tutte le asserzioni fino a oggi fatte, anche se un giudizio sulla psichiatria è ben chiaro nella nostra mente, dal punto di vista politico.

Chi segue Lavoro&Salute avrà letto dell'inchiesta che abbiamo fatto sulla vicenda degli anziani e delle strutture di ricovero, sul percorso farraginoso che ciò significa.

Bene, prendete pari, pari quanto contenuto nell'inchiesta ("giro ville" in particolare) e ribaltatelo anche su questo settore. Ciò su cui vorremmo porre l'attenzione, per contro, è un aspetto molto più semplice, direi quasi elementare.

Andrea per quanto ci riguarda non era un malato di mente, poteva essere una persona ubriaca, sotto effetto di stupefacenti, o semplicemente una persona che aveva litigato furiosamente con qualcuno. E' intervenuta la cosiddetta forza pubblica per obbligarlo a salire sull'ambulanza, con metodi che sarà la Magistratura a giudicare.

E' sul "dopo" che vogliamo entrare nel merito, essendo appunto una vita che ci occupiamo di sanità. Sono anni che sentiamo parlare di "professionisti", delle competenze dei professionisti, dell'autonomia dei professionisti e quanto ancora si voglia aggiungere.

Erano presenti due professionisti. Un medico e un infermiere, a quel punto qualcosa non ha tecnicamente funzionato, forse, non si sono tenute in considerazione le basi dell'essere professionista in quella situazione. Controllo dei parametri vitali, un paziente contenuto in modo improprio, quando è noto a tutti che la contenzione può essere chimica o fisica, di sicuro non con le manette.

Anche la contenzione, prescindendo da ciò che se

Il TSO non è un mandato di cattura. La cura psichiatrica non può essere intesa come sospensione del diritto e legittimazione della prepotenza delle istituzioni.



ne possa pensare, ha dei protocolli, qui il medico che ha prescritto la contenzione ha seguito l'ambulanza in auto, mentre chi aveva le chiavi delle manette era su un'altra auto ancora.

E' mancato il fatto di DECIDERE. Vero è che la dietrologia è una scienza esatta, però bastava, senza farsi prendere dal panico, ordinare all'ambulanza di fermarsi, obbligare per prima cosa a togliere le manette a questa PERSONA, e mettere a frutto le migliaia di •uro spesi in corsi BLS.

Nel mentre altri accadimenti si sono aggiunti: su facebook è nato un gruppo denominato "psichiatria in piemonte" che ha l'aria leggermente da società segreta, con consigli pratici, tipo quello di non mettere la propria qualifica e in quale azienda si lavora.

Qui si è raggiunta l'apoteosi. Chi parlava di abbandono degli operatori del settore, chi esprime solidarietà su non si sa bene cosa. Non un solo accenno sul fatto che a questo ragazzo nessuno abbia controllato i parametri vitali, roba da dilettanti del primo soccorso.

A questo punto una domanda vogliamo essere noi a farla: non è che forse il TSO è la scorciatoia per raggiungere obiettivi che attraverso un percorso più laborioso si raggiungerebbero comunque?

Abbiamo provato a sentire in giro per il Piemonte alcuni operatori. Non hanno mai dichiarato un Sì chiaro e tondo, ma non abbiamo mai ricevuto un netto No.

Non diciamo che debba esserci una psicoterapia a tappeto, ma forse abbandonare la logica dei numeri a tutti i costi per fare vedere quanto si è produttivi ai capi dipartimento, tanto legati agli obiettivi, e ricordare che in ballo ci sono persone, non sarebbe male. Come non sarebbe male fare un bel ripasso su come funziona l'apparato respiratorio.

TSO A TORINO, LETTERA FAMILIARE DEGENTE

Lettera di una donna il cui fratello è morto anche lui durante un TSO (per una sedazione eccessiva), ha inviato al Senatore Luigi Manconi, Presidente della Commissione sui Diritti.

Ill.mo Senatore Luigi Manconi

Oggetto: TSO ed utilizzo di manovre costrittive (manette dietro la schiena e posizione prona) da parte delle Forze dell'Ordine.

Sono la sorella di Combetto Bruno deceduto 11 mesi fa (24 Settembre 2014 a S.Ambrogio di Torino) durante un TSO.

Vorrei sottoporre alla sua attenzione alcuni elementi critici che sicuramente potrebbero essere di spunto affinché casi di decesso dovuti a TSO ed ad uso costrittivo delle manette dietro la schiena ed in posizione prona del soggetto, non debbano più riempire le pagine dei giornali:

- La Normativa Italiana non tiene conto delle Raccomandazioni Internazionali in materia di contenzione
- Il ruolo delle Forze dell'Ordine, che non avendo nozioni mediche, eseguono in modo affrettato manovre ed utilizzano le manette posteriormente al dorso e con il soggetto prono

- Utilizzo della posizione prona e, a volte, prolungata in pazienti sedati. I sedativi tra gli effetti collaterali possono indurre a collasso cardiocircolatorio

- I pazienti affetti da schizofrenia hanno più frequentemente, rispetto alla popolazione generale, patologie di tipo autoimmune (spesso non diagnosticate) e tra queste le collagenopatie possono essere la causa di difficoltà a mantenere una pressione adeguata nelle variazioni repentine di posizione, come nel caso orto/clinostatismo e pertanto abbinata all'asfissia, dovuta all'ammantamento con le mani dietro la schiena, essere la causa dell'arresto cardiaco

- I tempi del TSO sono di solito molto ristretti, e non si dà il tempo sufficiente sia ai famigliari e sia al personale sanitario, per fare qualche tentativo risolutore in più

- Inoltre quando si interviene per un TSO, nella normativa attuale, non si prevede la presenza di ambulanze munite di defibrillatore. unico strumento valido ed utilizzabile in caso di cosiddetta morte elettrica

- La mancanza di linee guida univoche che, come nel Basic Life Support o nel BLSD, siano riconosciute valide non solo per gli Operatori Sanitari, ma anche per le Forze dell'Ordine.

E' riconosciuto il suo impegno, Senatore Manconi, nella difesa dei diritti e della dignità delle persone, anche le più svantaggiate, ed è per questo motivo che Le scrivo:



cercare di far emergere la gravità di questi comportamenti che invece di tutelare la persona disagiata, in troppi casi si rivelano letali.

Non è forse giunto il momento di approvare delle norme di legge che impediscano abusi e l'uso sproporzionato o sbagliato della forza, con protocolli nuovi ed efficaci uniti a una formazione adeguata delle Forze dell'Ordine chiamate ad intervenire?

Tra gli operatori sanitari si sta già avviando una seria riflessione e come nel caso dell'ASL To3 sono state individuate delle nuove linee guida ed avviato un aggiornamento degli stessi.

Inoltre sono stati proposti ai Carabinieri degli incontri per ottimizzare gli interventi.

La ringrazio per quanto potrà fare, non solo per il mio caso personale, ma per le tante famiglie che dopo aver affrontato per lunghi anni le malattie dei loro cari, sono state vittime anch'esse di lutti improvvisi che bisogna cercare in tutti i modi di evitare.

Dr.ssa Wanda Combetto

S.Ambrogio di Torino, 17/08/2015



A distanza di decenni dall'approvazione della legge 180, che sanciva la fine del manicomio, Cipriano ci racconta cos'è oggi un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Se il manicomio ricordava un campo di concentramento, l'attuale spdc ricorda una fabbrica, dove lo psichiatra è il tecnico specializzato addetto alla catena di montaggio umana, e il malato la macchina biologica rotta da aggiustare non con la parola ma con il farmaco. Così, quei luoghi destinati ad accogliere la sofferenza mentale sono diventati le roccaforti di una rinata cultura manicomiale in cui ad apparire socialmente pericolosi sono spesso proprio coloro che avrebbero dovuto garantire la gestione umana ed efficace delle crisi psichiatriche.

Piero Cipriano, medico psichiatra psicoterapeuta, di formazione cognitivista ed etnopsichiatrica, ha lavorato in vari Dipartimenti di Salute Mentale d'Italia, dal Friuli alla Campania, da qualche anno lavora in un SPDC di Roma.

*Parlare di psicosi,
di come nasce e
della paura di essere
matti, del desiderio
di nascondere
i malati e non vederli*

SENZA PELLE

La nostra rubrica in questo numero perde un po' il suo linguaggio giocoso per l'esigenza emersa dai fatti di attualità di parlare di psicosi, di patologia mentale. Si è evidenziato fortemente il grado di ignoranza della nostra società nei confronti della patologia mentale e la difficoltà a trattare un argomento vissuto come fortemente scomodo.

Di sofferenza mentale parlano i malati, i loro parenti e gli operatori motivati. Per la nostra società civile la malattia mentale non è un argomento rilevante. Se ne parla solo in termini scandalistici, occasionalmente, trattando eventi drammatici coinvolgendo opinionisti invece di specialisti che possano avere una funzione chiarificatrice ed educativa.

Ci sono madri infanticide, femminicidi, follie assassine, giochi aggressivi che mettono a rischio la vita di adolescenti senza consapevolezza e molto altro eppure ogni caso viene trattato come fosse a se stante, non sufficientemente collegato al malessere sociale che lo ha prodotto.

Si evita di far emergere che la nostra società si ammala sempre più a causa della mancanza di cultura, conoscenza e contatto nelle relazioni, a causa dell'essere sempre meno presenti a se stessi.

Oggi voglio parlare di psicosi, di come nasce e della paura di essere matti, del desiderio di nascondere i malati e non vederli oppure esorcizzare la patologia deridendoli o trattandoli come avessero una



Deborah Carta
psicologa, psicoterapeuta,
psicofisiologa clinica ed
arteterapeuta.

dignità inferiore a chi, per dirla con Gaber "sta fuori dal cancello"

Mi scuso con i lettori laddove il linguaggio fosse un po' tecnico ma ho fiducia che chi desidera conoscere anche questo punto di vista non avrà difficoltà a sintonizzarsi sul linguaggio un po' specialistico.

"Senza pelle" è l'appellativo che si dà ai neonati che, privi di un contenitore mentale strutturato interiore perchè ancora non formato, percepiscono ciò che li circonda, in assenza della funzione materna, senza strumenti precisi, in modo confuso e perturbante, invadente e spaventevole.

Questo accade perchè il neonato è stato contenuto per nove mesi in un utero morbido, caldo, rassicurante.

Dopo il parto il contenitore fisico non c'è più e il piccolo di sente sperso: ha il vissuto di vagare in un vuoto pieno di angoscia. Solo il sopraggiungere delle braccia della



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.

mamma e del suo sguardo gli consentono di sentirsi al sicuro poichè diventano contenitore psicocorporeo rassicurante, punto di riferimento interni per una crescita sana e forte. A volte questo non è possibile: i fatti della vita producono concause che fanno sì che il care giving non sia adeguato e il bimbo non sviluppa una struttura emotiva solida.

È l'angoscia del primo anno di vita, non elaborata o non riparata a segnare gravemente la struttura mentale del bambino impedendogli di sviluppare meccanismi di difesa dall'angoscia adeguati e funzionali all'adattamento alla realtà.

È incredibile ma si diventa psicotici a volte perchè la mamma ha subito un grave lutto mentre aspettava il suo bimbo o dopo il parto viene ospedalizzata oppure era gravemente depressa o sfinita e nessuno la aiutava e per problematiche emotive importanti non era presente in qualità o quantità di tempo.

Gli psicotici (o schizofrenici) sono dei "senza pelle" poichè non hanno introiettato strumenti di rassicurazione dal pericolo di un mondo non decodificabile.

Sono ipersensibili al dolore.

CONTINUA A PAG. 19

SENZA PELLE

CONTINUA DA PAG. 18

Mentre il nevrotico in un momento difficilissimo della sua vita riesce a tollerare pur nella sofferenza gli eventi e le loro conseguenze, uno psicotico ricorre a fughe dalla realtà e si irrigidisce in rituali e ossessioni finalizzate a dargli l'illusione della rassicurazione.

Lo psicotico è incapace di difendersi con gli strumenti che tutti noi nevrotici riusciamo ad usare.

Ebbene sì, i sani non esistono. I più siamo nevrotici e utilizziamo meccanismi di difesa dalla sofferenza a volte adeguati altre volte meno; riusciamo a reggere, a malsopportare lutti, separazioni, ferite, offese.

Gli psicotici no; per loro il dolore è troppo intenso e non sanno confrontarsi così a volte si rifugiano nel delirio che è un vivere in un mondo alternativo o scelgono di essere altri, a volte credono alle loro fantasie oppure parlano con parti di sé che personalizzano perché la paura se ha una voce è in qualche modo identificabile con un'immagine e perciò più controllabile dell'informe; a volte vivono un luogo come fosse magico, sostituto materno, come ha fatto il signor Soldi che non voleva allontanarsi dalla sua panchina.

Comportamento bizzarro.

Non pericoloso ma bizzarro. Diverso. Molto diverso.

Nei reparti psichiatrici si può notare che gli infermieri o altri operatori si rivolgono ai pazienti dandogli del tu come se la loro fragilità autorizzasse a squalificarne la dignità. Questo accade anche per esorcizzare la paura di essere come loro.

Molti "normali", "sani" hanno infatti vissuto la paura di essere pazzi; succede quando si soffre più di quanto possa sembrare sopportabile.

Si teme di poter perdere la ragione; l'emozione di dolore viene esperita come troppo intensa o lo è la rabbia, le fantasie compulsive su una vita diversa, gli impulsi distruttivi o autodistruttivi dopo una

ferita, il dolore di un lutto, il vuoto della solitudine, la percezione di non essere sufficientemente buoni e di non essere amati, accettati.

L'emozione e la paura di "non essere normali" vengono tenute segretissime.

L'angoscia di poter perdere l'equilibrio, essere visti come persone senza padronanza di sé, ingenui, trasparenti, leggibili nelle proprie fragilità nudità emotive è grandissima.

Malattia mentale è l'etichetta dei nostri mostri più nascosti, dei film horror che non potremmo mai guardare, uno specchio che deve rimanere rotto e in un angolo buio perché la pena di perdere il controllo della propria mente è in assoluto quanto di più spaventevole esista per ognuno di noi.

E così il malato è nascosto in centri in cui fa percorsi specifici, tenuto ben separato dal resto del mondo civile quasi a proteggere il nostro contesto storico culturale dal perturbante incontro con il terrore di non essere sani.



Non è frequente incontrare un malato mentale per strada nelle nostre città; può capitare più spesso nei paesini dove in un contesto più protetto i "senza pelle" si consentono maggiormente di annusare il nostro mondo e provare a relazionarsi nella loro modalità così speciale.

Nelle città la maggior parte degli psicotici vive in casa dove trova la protezione delle mura domestiche dagli sguardi sorpresi e giudicanti dell'altro, di chi vive "fuori dal cancello".

Scrivre Gaber "noi che siamo normali, noi che abbiamo la fortuna

di esser sani"

Per esorcizzare la paura di non esserlo, in un contesto ignorante come il nostro, che isola trasformando in diffidenze le differenze, c'è chi aggredisce lo psicotico con sguardi di superiorità, deridendolo e emerginandolo e laddove c'è l'uso di sopprimere la propria fragilità annichilandola si usa la forza come è successo a Torino con la morte di X.

Lavoro con psicotici e schizofrenici da tanti anni e ogni volta che uno di loro muore per me è come fosse andato via un neonato, un bambino o un grande poeta.

Ricordo A. di un paesino della Sardegna, chiuso nella sua stanza da 10 anni; sono riuscita a conoscerlo e a farmi conoscere con la scusa che desideravo fumare la mia sigaretta in zona fumatori e non nell'area con divieto materno. Ricordo il soffitto giallo tabacco della sua stanza fumosa, il suo viso bambino, la voce grossa alla Guccini, la delicatezza dei suoi pensieri, simili a petali, a corolle di fiori. Abbiamo parlato per due mesi di De Andrè e De Gregori.

Ha chiamato in pronto soccorso in piena notte asserendo di avere un fortissimo impulso suicida chiedendo intervento immediato. Lo hanno fatto stare in corridoio coricato su una barella per il restante tempo della notte. Alle 8 è stato riaccompagnato davanti al portone di casa. È salito direttamente su terrazzo e si è buttato giù dal terzo piano. L'ambulanza aveva appena girato l'angolo.

Aveva chiesto aiuto, per la prima volta dopo 10 anni e non lo aveva chiesto a me per non disturbarmi in piena notte!

La malattia mentale è una malattia del dolore. I suoi sintomi sono sintomi bambini, sogni o incubi di bimbi che hanno difficoltà a credere di potere essere amati o protetti. Il nostro contesto è schizofrenogeno; non allena il braccio della solidarietà umana e invece umilia o calpesta il diverso; non c'è spazio per la ricchezza emotiva ed artistica di cui la sofferenza mentale è immenso patrimonio.

Lettera aperta rivolta a chiunque operi nel campo della cura e a tutti i cittadini e cittadine

Lettera aperta a un giovane operatore della salute mentale

di **Peppe Dell'Acqua**

Marco Cavallo, che tu forse conosci, ha insistito molto perché ti scrivessi. Di recente abbiamo fatto visita agli internati dei sei Opg, che ora stanno per chiudere, siamo stati in viaggio per due settimane e abbiamo incontrato tantissime persone. Sono più di quarant'anni che andiamo in giro e di cose ne abbiamo viste, di storie ne abbiamo ascoltate, di persone belle e generose ne abbiamo conosciute tante. Abbiamo condiviso con loro l'attesa del cambiamento, la sorpresa per le impensabili scoperte, la commozione delle storie ritrovate. Continuiamo a incontrare persone, e soprattutto giovani, che raccontano delle difficoltà quotidiane, di chiusure, di assenze, di vuoti, di solitudini. Ci dicono di rinnovate resistenze a un cambiamento semplicemente urgente e quanto mai ovvio. Lamentano la mancanza di una qualsiasi tensione etica, che suppongono essere stata il motore delle lotte di quegli anni. La lettura della recente intervista a Eugenio Borgna sul n°286 di questa rivista, mi ha stimolato a scriverti.

Con Borgna condivido l'indignazione per una psichiatria indifferente ai valori dell'interiorità, ridotta alle psicofarmacologie, distante dai luoghi, dalle voci, dalla vita delle persone.

L'insostenibile grigiore delle psichiatrie. È da tempo che sento parlare del grigiore delle psichiatrie che oggi tengono il campo. "Le mani alla gola degli schizofrenici", per dirla con David Cooper, continuano a soffocare emozioni, parole, passioni. Una scena questa, che oggi si mostra quasi ovunque senza veli e senza vergogna alcuna.

I giovani, più degli altri, rischiano di essere annientati (o di svanire) in questo scenario.

Parlo dei giovani che vivono l'esperienza della psicosi e dei tanti giovani che come te si apprestano a fare questo mestiere. I primi rischiano la vita, i secondi, anche! E non ho bisogno di dirti cosa voglio intendere. Studenti di medicina, di psicologia, specializzandi, infermieri, tecnici, educatori quando scelgono di occuparsi dei malati di mente sono entusiasti, curiosi, disposti a mettersi in gioco.

Li vedo generosi e desiderosi di cogliere il senso etico, politico e umano di questo lavoro. Hanno occhi che guardano e orecchie che ascoltano.

Accade che al primo impatto con le accademie, con i servizi di salute mentale vuoti e insensati, come troppo spesso accade, con diagnosi e cura che divengono bunker e ricorrono routinariamente alla contenzione, con strutture residenziali e comunità sedicenti terapeutiche, dove domina la miseria della gerarchia, dell'infantilizzazione e dell'intrattenimento senza fine sono tentati di fuggire.

Possono restare solo a costo di perdere la luce dei loro sguardi, diventare sordi e accettare la condanna a pratiche indicibili e alla solitudine quotidiana.

Nel corso del tempo, un tempo sempre più breve, rischiano di perdere ogni curiosità, ogni desiderio.

Arrivando nei luoghi della psichiatria, sperimentano lo sgomento dell'assenza.

Per poter sopravvivere, sono costretti a prendere distanza.

Lettera aperta per riconoscerci in una storia che parla al futuro. Il rischio davanti agli occhi di tutti è che *"la grande rivoluzione basagliana rischia di svuotarsi e di perdere le sue ragioni d'essere"* (Eugenio Borgna)

L'inferno che si presenta quotidianamente ai loro occhi diventerà invisibile.

Non si può sopportare di stare in quella scena se non c'è mai un povero diavolo o un buon cristiano che condivide con noi quel dolore, quella fatica, che ci aiuti a continuare. Non si può che impedirsi quella visione, l'inferno non può che essere cancellato alla nostra vista e l'accettazione delle cose così come sono, immutabili e impenetrabili, diventa l'unica possibilità per sopravvivere. Ecco per questo Marco Cavallo mi spinge a scriverti. Le cose che voglio dirti mi assalgono e rischio di essere confuso e di annoiarti. Ma un qualche punto in premessa devo segnalarlo: riconoscerci in una storia che possiamo condividere e cogliere insieme il senso di quanto negli anni passati è accaduto.

Chissà se ti hanno mai parlato di Gorizia.

Allora dicevo, nel corso del viaggio abbiamo attraversato 10 regioni e siamo stati accolti in 16 città. Nelle università, nelle piazze, negli ospedali abbiamo incontrato persone.

Parlato e ascoltato tantissimi giovani che ci chiedevano di questo nostro mestiere desiderosi di cominciare. Il loro valore è inestimabile e pure, nella trascuratezza e nella disattenzione rischiano di perdersi, di divenire invisibili. Avrebbero bisogno, per non scomparire nel grigiore delle psichiatrie, di sentirsi vicini gli uni agli altri. Fanno fatica a trovare luoghi e modi

per raccontarsi; per dirsi delle incertezze, delle frustrazioni, dei successi inaspettati e della gioia che sempre il lavoro quotidiano con le persone è capace di restituire. Avrebbero bi-

sogno di trovare parole intorno alle quali costruire un dialogo, un conflitto, uno scontro, la capacità stessa di confrontarsi, di condividere, di opporsi, di disobbedire. Abbiamo bisogno tutti di riflettere sulle nostre storie, di frequentare esperienze e conoscere pratiche che ci aiutino a vedere che "si può".

Ecco mi piacerebbe parlare con te, di come ricominciare. È urgente.

Ma forse prima sarebbe bene che tu mi dicessi delle tue esperienze, delle tue conoscenze, dei tuoi punti di vista.

Chissà se ti hanno mai parlato di Gorizia. Nelle facoltà di medicina, di psicologia, di infermieristica, di assistenza sociale e nelle scuole di specializzazione e di riabilitazione psichiatrica è difficile trovare corsi, seminari, ricerche legati alla storia del cambiamento, alle possibilità di cura e di emancipazione che sono nate dalle prime porte aperte dell'ospedale goriziano. I riferimenti vengono cercati altrove, si studiano malattie, modelli di servizi, assetti sociali e politici che non tengono conto della scelta di campo che il nostro paese ha fatto abbandonando il modello manicomiale, restituendo diritti, e scommettendo sulle possibilità dei singoli. Ovunque si insegna La Psichiatria e ovunque domina la freddezza del paradigma medico, troppo spesso



Lettera aperta a un giovane operatore della salute mentale

CONTINUA DA PAG. 20

mutuato da assetti culturali e sanitari di altri paesi.

Chissà cosa ti hanno raccontato della storia malattia mentale? E del malato? Della legge 180? Della chiusura dei manicomi? Dei diritti? Delle ritrovate cittadinanze?

La salute mentale è altro dalla psichiatria

So per certo che nelle nostre scuole è raro sentire parlare di salute mentale, che non è psichiatria!

L'insegnamento dominante delle psichiatrie la ignora, oppure la incorpora e la snatura. Così il dipartimento di salute mentale, in alcune regioni, diventa dipartimento di psichiatria e i servizi territoriali di salute mentale, ambulatori di psichiatria. È chiaro che non è la stessa cosa. I nomi tradiscono la persistenza di modelli che avremmo dovuto abbandonare e comunque una sorda resistenza al cambiamento.

Salute mentale è mettere in campo le persone con le loro singolari esistenze; cogliere l'insieme delle relazioni, delle tensioni, dei conflitti di una comunità; portare le risorse e le cure dalle istituzioni, dagli ospedali (mi riferisco qui alle strutture residenziali, ai "repartini" ospedalieri e non ultimo oggi agli Opg) nel territorio; spostare l'attenzione dalla malattia all'individuo (alla persona, al cittadino) e alle sue peculiari dis/abilità; muovere da azioni individuali ad azioni collettive nei confronti delle persone con disturbo mentale e dei loro contesti. Incontrare e "creare" esistenze.

Quando ti parlo di cambiamento voglio intendere che i manicomi non ci sono più e siamo oggi impegnati, con la chiusura degli Opg, ad abbandonare per sempre gli ultimi residui dei dispositivi di internamento ottocenteschi; le persone che vivono l'esperienza del disagio mentale possono contare, se pure tra mille ostacoli, sui loro diritti riconquistati; le imprese sociali, le cooperative, nate proprio dalle macerie del manicomio, dove riescono a tener fede alle ragioni della loro origine e sono in grado di stare sul mercato e produrre lavoro, rendono concrete le speranze di crescita e di emancipazione di tantissimi; ovunque, bene o male, i servizi territoriali sono stati organizzati ed è possibile trovare Centri di Salute Mentale attivi e presenti quotidianamente a sostegno della vita delle persone; le associazioni di persone con disturbo mentale creano protagonismo, partecipazione e ripropongono la dimensione politica delle esperienze, delle diversità, delle fragilità; in tanti luoghi dell'abitare e in tanti laboratori, è possibile oggi coltivare il valore della relazione, la bellezza degli spazi e degli oggetti; la qualità dei lavori e delle produzioni dimostra che è possibile curare senza contenzioni, con le porte aperte, con programmi abilitativi personalizzati, con percorsi di formazione ed inserimento lavorativo reali, con il sostegno e il coinvolgimento dei familiari, con l'appoggio puntuale, anche economico, nella vita quotidiana, con la possibilità per le persone di vivere identità plurali. Con la possibilità di guarire.

Perché la legge 180 fa così fatica?

Molti mi chiedono: ma cosa è accaduto veramente, come mai dopo tanti anni la legge 180 fa tanta fatica, perché tante differenze? Non è semplice rispondere, ordini di discorso diversi si sovrappongono e creano grovigli difficili da

sciogliere.

Che cosa è stata la riforma dell'assistenza psichiatrica in Italia, o meglio che cosa avrebbe dovuto essere se non un simultaneo tentativo di attraversare la dimensione etica, disciplinare, politica e amministrativa? Che cosa vediamo oggi, o dovremmo vedere, se non il radicale cambiamento delle organizzazioni del lavoro e delle pratiche, dei luoghi e dei tempi, delle tecniche e degli indirizzi disciplinari, della disposizione strategica delle risorse in campo?

A ben guardare è la disposizione incerta, incompleta, approssimativa dei servizi di salute mentale nel territorio la chiave di lettura di ciò che è accaduto e accade. La distanza (o la vicinanza) dalla vita delle persone, i riferimenti culturali e disciplinari im/mutati, in una sola parola l'organizzazione e le sue forme permettono di cogliere il senso e le ragioni delle buone pratiche (e ancora meglio dei fallimenti).

Ho avuto la fortuna di vivere a Trieste l'attenzione quotidiana, frenetica e ossessiva allo smontamento dell'ospedale psichiatrico.

La rassicurante stabilità del sistema manicomiale si è dovuta tradurre nella ricerca incerta di modi e parole differenti, nella "banalità" del lavoro quotidiano, nel riconoscimento prima di tutto dell'irruzione dei bisogni delle persone sulla scena. I soggetti non potevano più essere accantonati. E' a partire da qui che sono nati i servizi di salute mentale e la loro capacità di radicarsi nel territorio e di operare criticamente sui modelli medici e psicologici dominanti, di produrre davvero protagonismo, di vedere "la persona non la

malattia". È qui, credo, che bisogna giocare per uscire dal grigiore e dal pessimismo che oggi tanto spesso si respira nei servizi e nelle accademie. L'organizzazione del lavoro ha dovuto piegarsi alla presenza dei soggetti e i linguaggi del quotidiano hanno cominciato a tessere un lessico familiare capace di riconoscere e sostenere le molteplici identità, di ascoltare, di accogliere.

Il dottore domina ancora la scena.

Sono sempre più convinto che è necessario trovare indirizzi, percorsi, visioni da condividere, alleanze e reti per formare asso-

ciazioni, lavorare sempre insieme agli altri, fare gruppo. Bisogna avere la capacità di convergere e orientare lo sguardo verso orizzonti etici che insieme si riconoscono. I giovani operatori, al contrario, vengono avviati allo specialismo esasperato, all'accettazione acritica di tecniche e modelli, a "difendersi" all'ombra di mansionari, di posizioni di garanzia, di protocolli. L'idea che tu debba diventare il bravo dottore è ancora profondamente radicata nelle scuole e nei servizi. Si propone e si riproduce quotidianamente nella separazione di compiti e funzioni in un circolo vizioso che porta a pensare che i centri di salute mentale debbano essere poco più che uno studio medico associato con un infermiere che risponde al telefono e tiene gli appuntamenti.

Per fortuna il tempo non è passato invano e le persone oggi chiedono di guarire. Mettono impietosamente in luce il fallimento di questi sistemi. Richiedono consapevolmente un ascolto singolare e un altrettanto singolare percorso di cura e di emancipazione. Chiedono di vedere valorizzati i loro faticosi e unici percorsi di ripresa. Vogliono essere aiutati e sostenuti nell'attraversare cruciali e rischiosi punti di svolta nella loro esistenza. Cominciano a disegnare, con la loro domanda, servizi popolati da una molteplicità di operatori, servizi che essi pretendono orientati alla guarigione,



CONTINUA A PAG. 22

Lettera aperta a un giovane operatore della salute mentale

CONTINUA DA PAG. 21

alla ripresa appunto, al sostegno delle loro vite e dei loro sogni. Anche nel tempo lungo.

In molti professionisti della salute mentale l'adesione entusiastica al processo di chiusura dell'ospedale psichiatrico si materializzò in un rafforzamento arrogante, del modello medico, delle tecniche, dei farmaci, del dottore che domina la scena: finalmente psichiatri, psicologi, infermieri (con i loro sindacati) potevano liberarsi dal fardello del controllo sociale, proprio della psichiatria (manicomiale), della pericolosità, delle ruvidezze che da questo momento dovevano essere delegati a un confuso e misero sociale. Potevano finalmente ritrovare la purezza della psichiatria medica nel camice bianco inamidato di fresco, nei servizi ospedalieri, negli ambulatori, nelle cliniche private, negli istituti residenziali. Potevano affermare con l'ingannevole credibilità scientifica appena conquistata, fuori dal manicomio, l'indispensabile e irrinunciabile ricorso alle porte blindate, alle contenzioni, alle dosi eroiche dei trattamenti farmacologici.

Le scelte di campo più delle evidenze

Mi chiedi dei risultati oggettivi, degli esiti dei trattamenti, se le persone stanno meglio. Vuoi poter valutare i vantaggi dei modelli che ti vado proponendo. Mi richiami spesso all'evidence based per uscire dalle incertezze e dalle perplessità che ti assalgono.

Le possibilità nuove ed estese di ripresa, di integrazione, di emancipazione sono quanto mai evidenti. La presenza sulla scena, sempre più evidente, delle persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale allude a prospettive inaspettate. Forme originali di abitare, di lavoro, di socialità possono realizzarsi ovunque. Ma più che le evidenze, sono le scelte di campo che danno conto dei cambiamenti e dei risultati.

Potrei dirti per brevità della "porta aperta".

La porta aperta, dicevamo in manicomio, e continuiamo a dire nel mondo di fuori, per l'esercizio della cittadinanza. La porta aperta per un'etica della dignità, della inviolabilità del corpo, del rifiuto della violenza. La porta aperta per un lavoro di cura che (finalmente) può farsi nella considerazione dell'altro, nell'incontro, nella conversazione.

I libri di psichiatria che devi studiare parlano di un mondo pulito, silenzioso, geometrico. La Ragione domina la follia dal giorno stesso della nascita della psichiatria. Nella copiosa letteratura psichiatrica non si trova ombra di una sofferenza, di un dolore umanamente comprensibile, non un odore, non un grido, non una voce, non un silenzio. Non una prepotenza subita o esercitata. Emozioni e sentimenti raggelano nel linguaggio della clinica, i sintomi si sostituiscono alle persone. Si costruiscono così spazi e trattamenti nella stessa rarefatta atmosfera di irrealtà dei manuali di psichiatria. La quotidianità dei luoghi dove vivono veramente gli operatori, chiusi negli ambulatori e impegnati in prima linea ad affrontare la domanda di aiuto delle persone con disturbo mentale scompare.

I giovani vengono avviati a questo mestiere come uno scalcinato esercito mandato al fronte della normalità per difendere tutti noi dalla follia in trincee fangose, fredde e ingenerose. Nell'armamentario che i giovani operatori, e gli psichiatri in particolare, portano in quelle trincee non c'è

traccia alcuna di persone, di parole, di salute mentale. Soltanto la presenza incontrastata di una Psichiatria che vuole apparire "moderna" senza riuscire a liberarsi dalle antiche impresentabili origini.

L'oggettivazione è il confine invalicabile

Bisognerebbe ampliare conoscenze sui diritti, sugli assetti normativi e legislativi, sulle politiche di salute mentale; si dovrà sempre più valorizzare il sapere disciplinare collegandolo a quanto accade in termini trasformativi nella realtà dei servizi; occorrerà essere capaci di attraversare gli ambiti scientifici anche per proporre visioni che si allontanino dall'abusato ricorso al paradigma clinico-medico. Bisogna muovere dalla consapevolezza delle nostre esperienze e dichiarare che molti dei servizi di salute mentale così come sono organizzati oggi hanno scarsa valenza di cura e non sono in grado di spiegare le enormi potenzialità dimostrate dalle buone esperienze innovative e da un assetto legislativo unico al mondo.

Ti sto dicendo che devi finalmente rischiare di diventare protagonista. Una vasta schiera di giovani operatori non ancora del tutto "contaminata" dalla psichiatria, deve poter entrare in gioco e maturare conoscenze anche in opposizione alla formazione accademica grigia e per tanti di voi, mi dite, insoddisfacente.

Ci sono azioni, trattamenti, posizioni che segnano drammaticamente il campo e bisogna scegliere da quale parte stare. Il rifiuto ostinato della contenzione, della "porta chiusa" e più in generale di tutte le forme inerti e stupide di oggettivazione rappresenta il discrimine, il confine invalicabile.

Con umiltà e abbandonando la confortevolezza dei luoghi comuni occorre tornare sulle parole, ora a rischio di sparizione, che dettero inizio ai grandi cambiamenti negli Stati Uniti, in Europa e nel nostro paese. A fronte delle conoscenze certe apprese dallo studio della clinica dei disturbi mentali, bisogna ripensare al mondo dell'esperienza, a quanto accade veramente nella nostra quotidianità, alla fatica dell'incontro con l'altro.

La messa tra parentesi della malattia, per esempio, ha restituito allo sguardo e all'ascolto uomini e donne nel divenire della loro esistenza; ha reso possibile narrare e ascoltare.

Essere con le persone rende finalmente comprensibile la loro sofferenza. Le sottrazioni e le miserie di tanti servizi di salute mentale, una volta svelate, non possono non diventare il punto di partenza, faticoso e contraddittorio, per impegnarsi in pratiche di cambiamento intorno alla corporeità, alla materialità, alla tangibilità delle persone.

Cerchiamo insieme come ricominciare

Uno psichiatra, ed è la prima volta che accadeva, cerca di prendere le distanze dalla cultura e dal paradigma biologico clinico (che ha prodotto e riprodotto il manicomio).

Insieme ad altri giovani, si sta interrogando sulla incomprensibilità del malato di mente reso muto dalla rozzezza della persistenza dell'armamentario positivista. Quando gli toccherà di entrare nel manicomio non può non vederlo.

Il 16 novembre 1961, Franco Basaglia entra nel manicomio di Gorizia.

Per me è l'inizio del cambiamento che sto cercando di dirti. Una storia che tutte le volte che la racconto si traduce in presente e comincia a parlarmi di futuro.



Papa Francesco afferma che esistono abitudini in base alle quali «il primo giorno si parla bene di chi viene da noi, il secondo non tanto, il terzo si incomincia a spettegolare e poi si finisce spellandolo» e accusa: «Quelli che in una comunità fanno chiacchiere sui fratelli, sui membri della comunità, vogliono uccidere».

Noi siamo abituati alle chiacchiere e ai pettegolezzi, ma afferma il Papa che spesso le nostre comunità e anche la nostra famiglia sono un inferno, ciò viene gestito uccidendo il fratello e la sorella con la lingua.

Secondo le statistiche meno di un quarto delle persone che consideriamo amici sono individui con cui lavoriamo mentre la metà di noi non ha amici nel reparto in cui lavora.

Bisogna fare distinzione tra gli amici e i compagni, questi ultimi sono coloro con cui entriamo in relazione solo per motivi professionali, ma non sono individui che frequentiamo fuori dall'ambiente di lavoro.

Si vive spesso in reparti con persone in cui alberga l'invidia e la rivalità sul lavoro, è un luogo quello ospedaliero dove il pettegolezzo e la bugia diventano una distrazione dalla routine lavorativa.

Si arriva in casi in cui un collega riferisce i piccoli errori degli altri ai superiori, come l'aver dimenticato di compilare un modulo o di non aver richiesto un esame ematico prescritto dal medico.

Si verifica il lavoro svolto del collega, si controlla quante volte gli altri rispondano alla chiamata di campanello dei pazienti.

Alcuni infermieri cercano di rinviare le richieste dei pazienti fino al termine del proprio turno, affinché il problema diventi del turno successivo.

Il reparto è una piccola comunità dove tutti devono contribuire e collaborare per creare un ambiente di benessere. I rapporti con i colleghi di reparto per un infermiere, se sono buoni, costituiscono una fonte di sicurezza e di soddisfazione; e se si fondano su rispetto e solidarietà possono determinare nel professionista un basso livello di ansia e depressione e una riduzione dello stress lavorativo.

Spesso nelle medicherie si verificano discussioni animate per divergenze di opinioni che sono causa di disagio che

Conflitti nell'ambiente ospedaliero: il coordinatore nel ruolo di mediatore.

Il reparto: un possibile luogo malsano da rendere migliore.



provocano infelicità e stress.

Molte volte le situazioni di disagio sono provocate da coloro che non se ne rendono conto e questi possono essere la causa di atteggiamenti e osservazioni offensive che determinano il deterioramento del rapporto tra colleghi.

Nel momento in cui avviene una divergenza con un collega e non siamo in grado di reagire in modo tempestivo ci sentiamo inadeguati, come se ci sentissimo dalla parte del torto e in questi casi non solo ci arrabbiamo con il collega con cui si discute, ma anche con noi stessi, perché non siamo riusciti a reagire prontamente.

Un conflitto tra due infermieri può avere effetti distruttivi come il calo dell'autostima, il benessere psicofisico e la perdita di sicurezza; a sua volta ciò può essere dannoso per l'assistenza al paziente.

Una disputa che ha effetti negativi su un rapporto tra infermieri è causa di incapacità a concentrarsi, a rilassarsi e ci rende irritabili verso gli altri colleghi e i pazienti.

Dal punto di vista fisico si avverte insonnia, problemi gastrici e digestivi fino all'emicrania. In alcuni casi il conflitto può avere effetti positivi e rafforzare un rapporto ma solo se entrambe le parti con la discussione e una certa analisi sono in grado di riconoscere di

avere punti di vista diversi.

Non escludendo che due individui hanno opinioni diverse e che devono essere rispettate da tutti si può risolvere un conflitto con conseguente aumento della fiducia e dell'autostima reciproca.

Solo nei conflitti limitati e controllabili di una certa natura e valore si possono avere risultati positivi che rafforzano il rapporto dell'équipe.

Per capire come si è sviluppato un conflitto tra due colleghi bisogna analizzare la causa iniziale e l'evoluzione, verificare se colui che ha determinato tale situazione ha anche problemi con altri compagni di lavoro e mettere in evidenza il comportamento e le azioni che hanno determinato le dispute.

È importante comprendere il motivo che ha determinato il disaccordo tra colleghi, come capire se la causa dipende dalla comunicazione o si interpretano in modo diverso alcuni punti cruciali del nostro lavoro. Entrambe le parti devono analizzare la situazione e verificare se la causa iniziale che è alimentata da diversi fattori, si è modificata nel tempo e se le ostilità sono cambiate rispetto all'inizio della disputa.

L'intervento di una terza persona può aiutare i protagonisti del conflitto, a far sì che le parti avverse si concentrino su alcuni punti cruciali per facilitare il rapporto.

Il coordinatore è la figura idonea a formare e mantenere un gruppo infermieristico unito e collaborante, deve avere competenze tecnico-professionali, relazionali e comunicative.

Il caposala per avere un'équipe infermieristica efficace e efficiente deve:

a) Conoscere i ruoli sociali e le caratteristiche personali di ogni suo infermiere.

b) Saper gestire i conflitti come mediatore, i quali sono inevitabili in un gruppo di infermieri professionisti.

CONTINUA A PAG 24

Conflitti nell'ambiente ospedaliero

CONTINUA DA PAG. 23

c) Comprendere e conoscere le proprie emozioni, saperle gestire, ma soprattutto quelle degli altri.

d) Essere corretto, essere e fare per primo quello che chiede ai suoi infermieri.

e) Conoscere ed usare la comunicazione verbale efficace, cioè quella che permette di recepire il messaggio dato ai due interlocutori.

Il coordinatore è colui che deve far capire ai suoi infermieri in conflitto che solo modificando il loro comportamento si può avere effetti positivi sul modo di agire e sulle azioni verso le persone con cui lavoriamo, i quali, a loro volta, possono cambiare il loro punto di vista per venirci incontro e trovare una soluzione.

È compito del caposala mantenere buoni i rapporti tra gli infermieri anche per migliorare la collaborazione e la produttività del lavoro dell'assistenza infermieristica.

Utile è la figura del caposala, che deve intervenire nelle dispute tra i membri del personale, solo in un'atmosfera di calma e priva di conflitti si lavora bene.

Il coordinatore di reparto non deve fare distinzione tra i suoi infermieri, tutti hanno gli stessi diritti, deve cercare di risolvere i diversi problemi come quelli dei turni, delle ferie, dei congedi studio con delle semplici regole da adottare e valide per tutto il personale.

È comune ed umano che un caposala abbia delle amicizie in reparto o simpatie tra i colleghi, ma ciò non deve influenzare il suo modo di giudicare gli infermieri: tutti hanno gli stessi diritti e doveri.

I mediatori non hanno il compito di giudicare, né di trovare soluzioni, ma di accompagnare le persone coinvolte nella disputa, affinché questi, con la comunicazione e l'ascolto, riconoscano i punti di vista e le opinioni reciproche.

Non bisogna trovare soltanto la soluzione che mira alla cessazione della divergenza e quindi all'ostilità e al ripristino dell'equilibrio tra i due confliggenti, ma il mediatore deve far

comprendere, con l'ascolto individuale, quale sia lo stato d'animo e la componente emotiva di entrambe le parti.

Per svolgere una mediazione tra due colleghi il coordinatore deve essere umile e prudente, le sue parole servono a mettere in evidenza le emozioni e i sentimenti delle parti in conflitto, mentre le sue emozioni e le sue opinioni devono restare silenziose dentro la sua mente.

Per tale motivo il mediatore non deve fare confusione tra ciò che i protagonisti del conflitto provano e quello che egli sente; deve avere la capacità di stare dentro il disagio altrui, di sostenere e accettare la rabbia e di sospendere il proprio giudizio.

La finalità del percorso di mediazione non è quella di portare gli attori del conflitto a trovare un accordo di facciata, provvisorio e apparente, ma mettere in risalto gli aspetti emotivi, le cause che hanno determinato il comportamento ostile, che ha impedito di trovare automaticamente una soluzione, generando il bisogno dell'intervento di un mediatore (il caposala).

Il coordinatore, nel ruolo di mediatore tra due infermieri, deve ascoltare, separatamente, entrambe le parti avverse per comprendere le ragioni del loro contrasto, per consentire agli infermieri in conflitto il loro momento di sfogo e di elaborare ciò che hanno vissuto durante la discussione.

Dopo aver ascoltato i colleghi, con l'adesione di entrambe le parti, il mediatore decide per un incontro tra i confliggenti, nel quale si elabora e si studia il conflitto, per poi trovare una soluzione. In fine il caposala fissa un

colloquio con ciascuna parte per offrire a ciascun individuo uno spazio di ascolto per dare voce alle sue impressioni relative al confronto svolto e alla sua eventuale ricaduta sia sul piano personale che del rapporto con l'altro collega.

Inostri superiori devono essere a conoscenza di ciò che succede all'interno dell'équipe infermieristica, devono risolvere le dispute e i contrasti in modo imparziale. Per tale motivo il coordinatore per essere efficace nel suo ruolo deve incoraggiare la comunicazione e deve essere giusto, imparziale e trasparente con tutti gli infermieri.

Un'amichevole discussione fra colleghi che tratta di altre persone ha dei toni generali, amichevoli e di sostegno.

Se si parla senza essere ossessionati dal trovare difetti nel carattere di qualcuno ma si sta solo passando delle informazioni su chi ha fatto cosa in modo oggettivo, per favorire il raggiungimento di un obiettivo, o di una conversazione a tema lavorativo e per illuminare chi ascolta su questioni relative al lavoro, in tal caso ciò non è da considerarsi un pettegolezzo.

Il pettegolezzo è un discorso che tende ad attirare l'attenzione su chi parla. Spesso chi parla adotta un tono confidenziale e usa informazioni su un'altra persona per essere al cento dell'attenzione, inoltre si danno dei dettagli con l'intenzione di minare la credibilità o l'apprezzamento della persona in questione. I dettagli verranno forniti con dei toni moralizzanti e la demolizione del protagonista potrebbe essere la priorità assoluta del pettegolo.

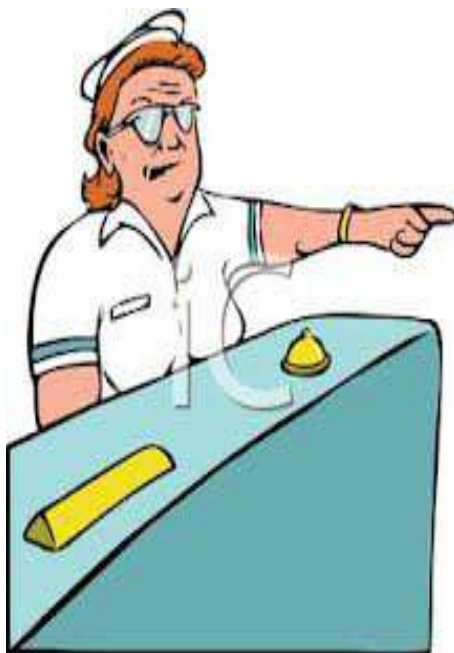
Esiste poi il pettegolezzo per sentito dire: questo è un pettegolezzo che si diffonde spesso nei reparti degli ospedali.

Qualcuno ne parla e si diffonde a macchia d'olio. Di solito capita in un contesto instabile ed è alimentato dalla paura, dalla scarsa comunicazione da parte dei livelli alti e dalle supposizioni selvagge dei lavoratori.

È meno personale di un pettegolezzo che attacca una persona, ma è dannoso e demoralizzante nello stesso modo.

I pettegolezzi sono pieni di ricami, sospetti, errori e anche sciocchezze maliziose e senza senso.

Bisogna ridere invece di prenderla sul personale o mettersi sulla difensiva. Non ci sono dubbi, il pettegolezzo deve essere affrontato con decisione e subito, ma non aiuterà la tua situazione



CONTINUA A PAG. 25

Conflitti nell'ambiente ospedaliero

CONTINUA DA PAG. 24

come team leader o collega se lo prendi troppo sul personale.

Alcune persone spettegolano perché gli piace o sono insicuri su chi li circonda.

La maggior parte dei pettegoli cerca solo attenzioni. Un pettegolo insistente e recidivo deve essere fermato subito sbugiardandolo in pubblico.

Devi vedere queste persone per quello che sono e dare loro attenzioni entro dei limiti ascoltandoli in una riunione a porte chiuse.

Informa il pettegolo che vuoi sapere cosa gli dà effettivamente fastidio. Chiedigli perché ti sta dando questa informazione (che percepisci come un pettegolezzo).

Obbligarlo a spiegarsi gli farà realizzare che hai visto attraverso i suoi giochi e sai perfettamente chi è in realtà.

Conclusione:

Il reparto è un ambiente lavorativo all'interno del quale entrano in relazione elementi portatori di interessi eterogenei ed è dove si istaura una relazione che compaiono inevitabilmente conflitti tra individui.

Attorno al solo ascolto individuale e anche a seguito del confronto con l'altro o ancora grazie alla mediazione di una figura coordinatrice, è possibile che si veda la vicenda da una prospettiva diversa e forse condivisa da entrambe le parti in conflitto e che consenta il recupero di un rapporto di fiducia per i conflitti.

Articolo scritto da
Cotugno Maxmiliano

infermiere presso la Fondazione
Maugeri di Telese Terme IRCCS -

quotidianoinfermieri.blogspot.it



COMUNICATO DA USB

PERCHE' PAGARE LA TASSA AL COLLEGIO INFERMIERI?



Cosa fanno i collegi per la formazione permanente, strumento indispensabile per garantire un adeguato sviluppo professionale ed una buona qualità del sistema? Niente!

La recente vicenda della sentenza di Cassazione contro l'obbligatorietà al pagamento della tassa all'Albo di un avvocato dell'INPS, ha scatenato la corsa di tutti i professionisti sanitari sul chi debba pagare questa odiosa, quanto inutile tassa, nel caso si lavori in esclusiva per il servizio pubblico.

Anche noi, su spinta dei lavoratori e delle lavoratrici, stiamo diffidando le Amministrazioni e, probabilmente, in qualche regione di fronte ai dinieghi delle aziende intenteremo anche delle cause legali (nonostante già alcune siano in corso di sentenza) per provare definitivamente a fare chiarezza sull'argomento.

Tuttavia ci sembra che l'accento sia troppo caricato sul chi debba pagare, piuttosto che sul perché; anche se, nella migliore delle ipotesi, riuscissimo a far pagare alle aziende l'odioso obolo (cosa che, ovviamente, auspichiamo) sarebbe una partita di giro che non metterebbe in discussione ruolo e funzione dei Collegi, ma renderebbe solo più certo per questi ultimi l'incameramento dei profitti.

Ma perché si deve versare una media di 70 euro l'anno (la tassa varia a seconda delle regioni) ad un Collegio che non fornisce in cambio alcun servizio agli Infermieri (ostetriche, tecnici, ecc) e nessuna garanzia di verifica della professionalità ai cittadini?

Cosa fanno i collegi per la formazione permanente, strumento indispensabile per garantire un adeguato sviluppo professionale ed una buona qualità del sistema? Niente! La formazione è diventata un mercimonio, utile alla gran parte dei sindacati, in primis quelli corporativi, che si sono trasformati in spacciatori di crediti a pagamento o, peggio, gratuitamente in cambio di un'iscrizione sindacale.

Quando alla riapertura dei contratti il raggiungimento dei crediti diventerà non solo condizione indispensabile per l'accesso al salario accessorio ma anche per i passaggi di carriera, gli infermieri saranno costretti a sborsare centinaia di euro per una formazione professionale che dovrebbe essere gratuita e garantita dalle aziende sanitarie, dai collegi e dalle regioni.

E cosa dicono i Collegi della sicurezza degli Operatori sanitari? Niente! Nessuna presa di posizione sulla deroga all'obbligo delle 11 ore di riposo tra un turno e l'altro, sullo stress lavoro-correlato e men che mai sull'aumento di infortuni e malattie professionali legati a carichi di lavoro insopportabili e all'organizzazione del lavoro per intensità di cura, che gli stessi Collegi hanno tanto sponsorizzato e che corrisponde alla catena di montaggio della fabbrica del secolo scorso.

La vicenda della tassa al collegio andrà avanti, chi vuole può scaricare il modulo per la diffida dal nostro sito: www.sanita.usb.it ma la soluzione, come sempre, è oltre le sentenze, è nella lotta per il diritto ad un servizio sanitario pubblico e di qualità e per il lavoro vero e sicuro.

Coordinamento Nazionale USB P.I. settore Sanità

8 agosto 2015

Lo sai che lavorando durante le ore notturne il tuo cervello invecchia precocemente? Il lavoratore notturno è costretto al riposo durante le ore solari, questo scombussola enormemente il naturale ciclo del sonno/veglia, causando spesso nel lavoratore insonnia, costringendolo così a ricorrere a psicofarmaci e sedativi per recuperare il sonno perduto. Una ricerca franco-gallese che ha pubblicato i suoi risultati sul giornale Occupational and Environmental Medicine, ha evidenziato che il cervello del lavoratore notturno, che ha svolto questi turni per 10 anni consecutivi, è invecchiato di ben 6 anni e mezzo, rispetto al cervello di un lavoratore diurno.

LAVORARE CON I TURNI: DANNI SULLA SALUTE E SULL'ALIMENTAZIONE

I moderni stili di vita, in particolare i lavori con i turni, hanno modificato molto i ritmi quotidiani della vita. Questi cambiamenti causano dei danni alla salute? Si possono prendere delle misure preventive per i datori di lavoro e per i lavoratori?

In Europa circa un lavoratore su cinque ha un lavoro a turni. Questo tipo di impiego non segue il convenzionale periodo lavorativo diurno di 8 ore, bensì è caratterizzato da turni notturni, turni a rotazione oppure da ore di lavoro irregolari. Se paragonati con individui che lavorano le tipiche 8 ore diurne, i soggetti che lavorano a turni presentano un maggiore rischio di alcune patologie, quali l'obesità, il diabete tipo 2, malattie cardiovascolari, problemi digestivi, disordini del sonno, depressione e carenza di vitamina D (per la ridotta esposizione alla luce del sole). Ad esempio, il lavoro in turni notturni è collegato ad un aumento del 40% delle malattie alle coronarie. Ma perché il lavoro a turni può causare questi effetti negativi per la salute?

Alcuni di questi problemi di salute possono essere in parte dovuti allo stile di vita e ad abitudini alimentari irregolari conseguenti al lavoro a turni, ma dipendono anche da profonde alterazioni del metabolismo. Il lavoro notturno va essenzialmente contro i ritmi circadiani dell'organismo umano, noti anche come "orologio biologico", che sono un insieme di fluttuazioni fisiologiche all'interno delle 24 ore che sono soggette alla luce solare e alla temperatura.

Uno studio recente ha mostrato che un ridotto riposo notturno per periodi prolungati e la rottura dei ritmi circadiani alterano il metabolismo, riducono il metabolismo a riposo (consumo dell'energia basale), aumentano i livelli ematici di glucosio (zucchero), in conseguenza di un'inadeguata risposta all'insulina dopo un pasto, e aumentano



inoltre il rischio di obesità e di diabete. In aggiunta anche lo stress psico-sociale e l'inattività fisica possono contribuire ad alterare il metabolismo.

Il lavoro a turni può modificare la distribuzione di energia nel corso della giornata. Chi lavora con i turni tende a fare dei frequenti spuntini piuttosto che dei pasti completi, anche se questo non sembra influenzare l'energia totale assunta. Sono pochi gli studi che hanno valutato con attenzione l'apporto dei nutrienti e l'impatto del numero di spuntini. I fattori che influiscono principalmente sul consumo alimentare sono la mancanza della routine dei pasti con familiari e amici, mangiare da soli, la qualità degli alimenti e delle mense. Inoltre, durante il lavoro, il tempo per il pasto non è mai la priorità e può sottostare a problemi di personale e di orari.

E' necessario effettuare ricerche più approfondite per conoscere il rapporto tra orologio biologico, stile di vita e metabolismo dei lavoratori a turni. Un nuovo progetto dell'UE, il progetto EuRhythDia, avrà il compito di indagare sulle conseguenze delle modificazioni dello stile di vita (dieta, esercizio, esposizione alla luce e assunzione di melatonina).

E' difficile formulare delle raccomandazioni dietetiche per i lavoratori a turno, ma è possibile identificare delle linee guida generali per datori di lavoro e lavoratori per promuovere degli stili

di vita sani, oltre al concetto generale di un'alimentazione sana e una corretta gestione della fatica.

Negli ambienti lavorativi si deve sviluppare una strategia nutrizionale che permetta di effettuare scelte salutari di alimenti e bevande in un ambiente tranquillo.

Gli orari dei turni devono essere formulati per permettere ai lavoratori di avere un tempo adeguato tra i turni per mantenere uno stile di vita salutare, con dei pasti regolari e degli adeguati tempi per l'esercizio fisico e per il riposo. I lavoratori a turni dovrebbero cercare di avere un ritmo di assunzione di alimenti il più possibile normale. Evitare di mangiare, o cercare di assumere una ridotta quantità di energia, nel periodo che va da mezzanotte alle sei del mattino; e cercare di mangiare all'inizio e alla fine del turno.

Ad esempio, chi lavora nel turno del pomeriggio dovrebbe assumere il pasto principale nel mezzo della giornata, piuttosto che a metà del turno. Chi lavora di notte dovrebbe mangiare il pasto principale prima di iniziare il turno, alla solita ora di cena. Fare la colazione prima di andare a letto di giorno evita che ci si possa risvegliare per la fame. Tuttavia, questa prima colazione deve essere leggera, una colazione troppo pesante (effettuata 1 o 2 ore prima di coricarsi) può rendere difficoltoso prendere sonno.

Bere regolarmente aiuta a prevenire la disidratazione che può aumentare la sensazione di fatica.

Sostanze stimolanti come la caffeina possono rimanere nell'organismo diverse ore dopo l'assunzione e possono aumentare la vigilanza e pertanto interferire con il sonno. Se i turnisti sentono la necessità di caffeina durante il loro turno, devono cercare di assumerla all'inizio del turno per passare con il progredire del turno a bevande senza caffeina. Infine è bene evitare di assumere alcool per riuscire ad addormentarsi.

Da: The European
Food Information Council
<http://www.eufic.org>

Parlando di “Disability/Diversity Management” si intende una flessibile organizzazione del rientro in azienda di un lavoratore, dopo un’assenza dovuta alla sua malattia, all’insegna di interventi e azioni specifiche. «Si tratta – scrive Silvia Bruzzone – di un processo consolidato in altri Paesi, vantaggioso per tutti gli attori in campo. Su tali temi, però, l’Italia sconta un ritardo almeno ventennale e cercare di ridurre questo gap sarebbe una sfida da intraprendere con convinzione»

Le tutele dei lavoratori con gravi patologie

Quel che si apprende, limitandosi a leggere i fatti di cronaca su casi di licenziamento di lavoratori gravemente malati, è a dir poco desolante. Si resta sgomenti per l’assenza di responsabilità sociale d’impresa, di etica del lavoro, di rispetto della dignità del lavoro e dell’essere umano in quanto tale.

Ancora negli ultimi mesi, infatti, vi sono stati casi di lavoratori, con patologie oncologiche, licenziati per avere superato il periodo di comportamento per malattia [per “periodo di comportamento” si intende quel periodo di tempo durante il quale il lavoratore ha diritto alla conservazione del posto di lavoro, nonostante che l’esecuzione della prestazione venga sospesa, per un motivo inerente alla sua persona, N.d.R.] oppure per il fatto che siano stati proprio gli unici ad essere licenziati per non meglio chiariti “motivi economici”. In un certo numero di situazioni si è ottenuta la reintegra dalle aziende, dopo le segnalazioni dei sindacati e, soprattutto, la pressione mediatica.

I temi della tutela della salute in relazione alla conservazione del lavoro presentano questioni più ampie e complesse che dovrebbero essere valutate in modo organico e completo, con un approccio multidisciplinare di intervento, in quanto richiamano diversi ambiti di riflessione, tra cui l’etica dei diritti umani, le scienze della salute, le scienze demografiche e sociali, le scienze economiche e politiche: ora più che mai, visto che ci sono da affrontare la necessità di rigenerare la competitività dei territori per far fronte alla crescente domanda di bisogni sociali per l’invecchiamento, la non autosufficienza, la precarizzazione del lavoro, l’impoverimento, l’emarginazione e il disagio.



Non si può dimenticare, inoltre, che il tema delle tutele del lavoratore con patologie gravi è connesso anche alla necessità di un cambiamento di cultura generale sull’affermazione dei diritti delle persone con disabilità, come previsti dalla relativa Convenzione ONU del 2006 (ratificata dal nostro Paese con la Legge 18/09) e dal Programma Biennale di attuazione della stessa (DPR del 4 ottobre 2013).

Il presente approfondimento ha l’obiettivo di evidenziare come tutti i casi di licenziamento che possono coinvolgere una persona con gravi problemi di salute presentano non poche criticità applicative. Alcuni più di altri.

Il licenziamento discriminatorio, vietato, tra l’altro, dal Decreto Legislativo 216/03 (emanato in Attuazione della Direttiva 2000/78/CE per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro, come modificato dal Decreto Legge 59/08), così come il licenziamento per sopravvenuta inidoneità fisica alla mansione, pone una serie di aspetti delicati: l’uno, ad esempio, in ordine alla presentazione delle prove; l’altro soprattutto per le valutazioni medico legali e per le difficoltà nell’individuazione concreta di nuove mansioni, compatibili con lo stato di salute, che non sono motivate sempre e solo dalle dimensioni aziendali, ma anche dall’assenza di “adattamenti ragionevoli”.

Ancora più complesso, per motivi diversi, è il licenziamento per superamento del periodo di comportamento: tanto la normativa, quanto le clausole contrattuali inserite nel corso degli anni, sono infatti frammentarie ed eterogenee, nonostante non sia mancato l’impegno del Legislatore, delle associazioni di rappresentanza e delle stesse parti sociali. Già nel 2003 si iniziò a prestare attenzione al problema delle maggiori tutele necessarie a fronte di patologie gravi dei lavoratori: lo fece l’articolo 46, comma 1, lettera t) del Decreto Legislativo 276/03 che – aggiungendo l’articolo 12 bis alla Legge 61/00 – riconobbe il diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale, verticale o orizzontale per chi ricevesse una diagnosi di patologia oncologica, ma conservando/recuperando una ridotta capacità lavorativa.

Nonostante l’utilizzo di un linguaggio non del tutto appropriato dal punto di vista medico, era chiaro che il Legislatore aveva ben presente il problema e le statistiche sul numero di persone colpite da tali malattie.

L’interessamento per questioni così importanti lo mostrò

CONTINUA A PAG. 28

Le tutele dei lavoratori con gravi patologie

CONTINUA DA PAG. 27

anche il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali che, nel 2005, emise la Circolare n. 40, entrando nel dettaglio proprio sul periodo di comporto e sul ruolo della contrattazione collettiva, ricordando che in caso di malattia il datore di lavoro ha diritto di recedere dal contratto a norma dell'articolo 2118 del Codice Civile solo una volta che sia decorso il periodo stabilito dalla legge, dalle norme corporative, dagli usi o secondo equità.

Alle determinazioni dell'autonomia collettiva venne così demandata la possibilità di estensione del suddetto periodo nelle particolari ipotesi di malattie lunghe, caratterizzate dalla necessità di cure post-operatorie, terapie salvavita e di una conseguente gestione flessibile dei tempi di lavoro.

Nel 2008 il Codice Etico per promuovere nuove misure a tutela dei lavoratori affetti da patologie oncologiche (in Bollettino Adapt, Speciale n. 10, del 19 dicembre 2008) affrontò, oltre al periodo di comporto per malattia, anche il diritto all'assegnazione di mansioni più compatibili con lo stato di salute della persona e l'eventuale riduzione della capacità lavorativa.

La disposizione specifica del citato Codice Etico amplia «i beneficiari», specificando che «ai dipendenti affetti da patologia oncologica [...] viene riconosciuto un prolungamento del periodo di comporto, in funzione dell'anzianità di servizio, nei casi di patologia di natura oncologica di rilevante gravità, ictus o sclerosi multipla gravemente invalidanti, trapianti di organi vitali ed AIDS conclamata e per le patologie gravi richiedenti terapie salvavita (come ad esempio la chemioterapia) secondo criteri e modalità da concordare con i responsabili delle risorse umane».

Riconosce, altresì, «il diritto all'esclusione dal computo, al fine della conservazione del posto di lavoro, dei periodi di degenza ospedaliera e delle giornate di day hospital usufruite per la somministrazione di terapia salvavita (ad esempio la chemioterapia o l'emodialisi)».

In tutti i Contratti del settore pubblico, e in molti di quello privato, sono aumentate le clausole che richiamano queste indicazioni. Se ne riprendono qui solo alcuni, a titolo esemplificativo, per passare poi a una serie di considerazioni.

Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) del Comparto Ministeri (articolo 21, comma 7 bis) stabilisce: «In caso di patologie gravi che richiedano terapie salvavita ed altre ad esse assimilabili secondo le indicazioni dell'ufficio medico legale della azienda sanitaria competente per territorio, come ad esempio l'emodialisi, la chemioterapia, il trattamento per l'infezione da HIV-AIDS nelle fasi a basso indice di disabilità specifica (attualmente indice di Karnofsky), ai fini del presente articolo, sono esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia i relativi giorni di ricovero ospedaliero o di day – hospital ed i giorni di assenza dovuti alle citate terapie, debitamente certificati dalla competente Azienda Sanitaria Locale o struttura convenzionata. In tali giornate il dipendente ha diritto in ogni caso all'intera retribuzione prevista dal comma 7, lettera a)».

In senso analogo, l'articolo 17, comma 9, del CCNL Comparto Scuola prevede: «In caso di gravi patologie che



richiedano terapie temporaneamente e/o parzialmente invalidanti sono esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia, oltre ai giorni di ricovero ospedaliero o di day hospital anche quelli di assenza dovuti alle conseguenze certificate delle terapie. Pertanto per i giorni anzidetti di assenza spetta l'intera retribuzione».

E ancora, il Contratto dei Dipendenti del Comune di Torino (articolo 9) dettaglia: «I giorni di assenza dal lavoro, anche a seguito di ricovero ospedaliero o di day hospital, determinati dalla necessità di sottoposizione a terapie salvavita, ivi compresi i controlli con effetti invasivi, a carattere continuativo, periodico o episodico, indotte da patologie gravi quali, a titolo esemplificativo forme tumorali, insufficienze o malattie renali, insufficienze respiratorie, anemia mediterranea, cardiopatie, AIDS, trapianti di organi, non sono più computabili quali periodi di malattia ex art. 21 del CCNL 1994/1997. Rientrano in tale fattispecie non solo le giornate di effettiva applicazione terapeutica ma anche le assenze indotte dalle terapie».

Per quanto poi riguarda il settore privato, il CCNL degli Studi Professionali (articolo 98) specifica che: «Durante la malattia i lavoratori non in prova hanno diritto alla conservazione del posto per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dal giorno di inizio di malattia e comunque cumulando nell'anno solare i periodi di malattia inferiore a 180 giorni. Al fine del calcolo per la determinazione del periodo di comporto, per anno solare si intende un periodo di 365 giorni partendo a ritroso dell'ultimo evento morboso. Nei casi di assenze dovute a patologie oncologiche di rilevante gravità, ictus o sclerosi multipla gravemente invalidanti, distrofia muscolare, morbo di Cooley ovvero periodi di degenza ospedaliera determinanti da trapianti chirurgici di organi vitali, il periodo di comporto di cui al precedente capoverso sarà elevato di ulteriori 90 giorni, durante i quali verrà corrisposto al lavoratore il 100% della retribuzione per i primi due mesi e il 50% della retribuzione per il terzo mese.

Il periodo di degenza ospedaliera, i giorni di assenza per malattia sia le giornate di day hospital che quelle usufruite per la somministrazione di terapie salvavita come la chemioterapia o l'emodialisi non sono computati ai fini della determinazione del suddetto periodo di comporto.

CONTINUA A PAG. 29

Le tutele dei lavoratori con gravi patologie

CONTINUA DA PAG. 28

In assenza della richiesta di aspettativa di cui all'art. 103 del contratto stesso e trascorsi i periodi di cui ai commi precedenti e perdurando la malattia, il datore di lavoro potrà procedere al licenziamento con la corresponsione delle indennità di cui al presente contratto».

Appare evidente la terminologia: «gravi patologie», «patologie oncologiche», «utilizzo di terapie salvavita e assimilabili», «effetti invalidanti temporanei o permanenti», oppure l'indicazione di alcune patologie e non di altre. Va ricordato, per altro, che, al momento, continua a permanere l'assenza di un elenco completo delle cosiddette «patologie gravi». Vi sono solo taluni interventi normativi parziali: il DPR n. 915 del 23 dicembre 1978 (Testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra) con tabelle annesse; l'elenco delle malattie considerate croniche ed invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del Decreto Legislativo 124/98.

Un'indicazione più dettagliata è inserita nell'articolo 2 del Decreto Ministeriale 278/00 (Regolamento recante disposizioni di attuazione dell'articolo 4 della L. 8 marzo 2000, n. 53, concernente congedi per eventi e cause particolari), secondo cui, per «gravi motivi familiari» si intendono anche le seguenti patologie: «1) patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche; 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali; 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario; 4) patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le caratteristiche di cui ai precedenti numeri 1, 2, e 3 o per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà».



La Direzione Generale per l'Attività Ispettiva del Ministero del Lavoro (con l'Interpello n. 16 del 10 giugno 2008) ha risposto a un quesito specifico in merito al significato e alla portata dell'espressione «grave infermità», come da articolo 4, comma 1 della Legge 53/00, ribadendo che, «in assenza di riferimenti legislativi che forniscano un elenco esaustivo delle patologie riconducibili al concetto di «grave infermità» [...] si ritiene che il richiedente debba fornire all'Ufficio di appartenenza una certificazione di accertamento clinico-diagnostico, rilasciata dalla competente struttura medico-legale, che potrà esprimere il proprio giudizio circa la natura dell'infermità, facendo riferimento alla documentazione sanitaria proveniente da strutture sanitarie pubbliche, in analogia alle disposizioni

normative previste per altre ipotesi in cui sia necessaria una attestazione ufficiale di «grave infermità» (si veda, ad es., il D.M. 26 marzo 1999 -Ministero della [sic] Difesa)».

Il riferimento alle terapie salvavita è stato ripreso in molti Contratti del settore pubblico e in taluni di quello privato, ma va detto che anche in questo caso mancano chiarimenti normativi e indicazioni medico-legali precise circa il significato da attribuire a tali termini.

Normalmente si citano come esempi la chemioterapia e l'emodialisi; talune volte viene affiancata la dicitura «altre assimilabili» (anche se dal punto di vista medico legale non è chiaro cosa voglia o possa intendersi per «assimilabili»); in ogni caso andrebbe chiarito se occorre fare riferimento alle sole terapie che impediscono o rallentano «l'evento morte», oppure a tutte quelle terapie che impediscono la determinazione di effetti invalidanti più gravi della patologia progressiva diagnostica e che, quindi, «salvano la vita» e la qualità della stessa in un'accezione più ampia.

Vi sono poi documenti nei quali si intravede la «buona volontà» delle parti sociali, ma che lasciano tuttavia perplessi circa i principi di non discriminazione ed equità.

Uno fra tutti – sempre come mero esempio – è il CCNL per il Personale di Terra del Trasporto Aereo e delle Attività Aeroportuali dell'8 luglio 2010 (relativamente ai lavoratori affetti da patologie oncologiche, sclerosi multipla o distrofie muscolari).

Vi si legge: «Le Parti, nel sottolineare la comune volontà di differenziare situazioni di patologie particolarmente gravi e/o invalidanti da affezioni in forme meno acute e/o croniche, stabiliscono che per i lavoratori affetti da patologie oncologiche, sclerosi multipla o distrofie muscolari, le disposizioni relative al comportamento per malattia debbano intendersi nel senso che i limiti complessivi di assenze aventi effetti sia sulla conservazione del posto di lavoro che sul relativo trattamento economico, debbano intendersi raddoppiati in presenza di assenze per malattia documentalmente ascrivibili a dette patologie».

In merito sono opportune alcune osservazioni. Ci si chiede, innanzitutto, se le patologie indicate espressamente debbano considerarsi o meno un elenco tassativo, come sembra far propendere la frase «nel sottolineare la comune volontà di differenziare situazioni di patologie particolarmente gravi e/o invalidanti da affezioni in forme meno acute e/o croniche».

Si fa notare come il termine «patologie oncologiche» comprenda anche neoplasie non maligne che richiedono cure non invasive, né prolungate tanto quanto altre patologie non citate e non necessariamente «forme croniche» (termine che,

CONTINUA A PAG. 30

Le tutele dei lavoratori con gravi patologie

CONTINUA DA PAG. 29

nella disposizione, sembra essere usato come sinonimo di persona “senza speranza” e “costo sociale”).

Il raddoppio dei giorni di comporta «in presenza di assenze per malattia documentalmente ascrivibili a dette patologie», nuovamente, non indica nulla! Documentalmente ascrivibile da chi? Dai medici delle ASL, dagli specialisti (che nel caso della sclerosi multipla sono, tra gli altri, il neurologo e il fisiatra)?

Quali assenze sono «ascrivibili»? La febbre alta dovuta ai farmaci? L'astenia che impedisce di stare in piedi?

Appaiano pertanto evidenti la necessità e l'urgenza di colmare le gravi lacune esistenti, quantomeno sul concetto e sull'eventuale elenco di “gravi patologie” e di “terapie salvavita”. E anche l'elaborazione di linee guide per tutti i medici legali rappresenta un essenziale punto di partenza. Nel frattempo le parti sociali dovrebbero utilizzare formulazioni “non escludenti”, facendo riferimento a situazioni che contemperassero l'esigenza di specificità e determinatezza con quella di eguaglianza e non discriminazione, oltretutto individuando clausole che avessero un senso nel concreto delle varie realtà, ad esempio dal punto di vista medico.

Solo così si potrà garantire maggiore efficacia alle disposizioni stesse, evitare dubbi interpretativi e trattamenti differenziati sia tra gli stessi lavoratori con patologie oncologiche, sia tra questi ultimi e i lavoratori con malattie parimenti gravi, tralasciando sempre i “cronici” su cui molto andrebbe scritto e fatto.

I problemi, però, non sono solo quelli appena descritti. Vi sono infatti ancora Contratti Collettivi che risultano inadeguati in materia poiché non prevedono nessuna clausola per cui il lavoratore debba ricorrere a ferie e permessi per poter assentarsi dal lavoro, nonostante sia notorio che l'assenza sia dovuta ai cicli di terapia.

Per l'aspettativa non retribuita (volta quantomeno a prolungare il periodo di conservazione del posto di lavoro e utile in situazioni di salute che richiedono cure più lunghe) è necessaria la richiesta del lavoratore stesso, magari impegnato in cure stressanti e dolorose. Il datore di lavoro non ha alcun obbligo di informare della possibilità, così come non ha alcun obbligo di avvisare dell'avvicinarsi della scadenza del periodo di comporta.

Spesso, poi, la persona si trova senza più lavoro, con nessuna copertura assicurativa/

previdenziale (per assenza dei requisiti previsti dal sistema previdenziale), senza opportunità di riqualificazione e di reinserimento lavorativo (non solo per la capacità lavorativa, ma per questioni anagrafiche, geografiche ecc).

Quali le possibili soluzioni? Come prevedere una tutela più uniforme? Come non caricare sui datori di lavoro i costi sociali delle malattie?

Dall'esame di alcune esperienze straniere posso derivare utili spunti di operatività. Ad esempio, la legislazione inglese in tema di diritti delle persone con disabilità, regolata dal Disability Discrimination Act (DDA) del 1995, è stata integrata – nel 2005 – con una serie di disposizioni che hanno esteso la tutela per le persone con patologie progressive (ad esempio cancro, HIV, sclerosi multipla), a partire dal momento stesso della diagnosi e non da quando si verifica una compromissione della capacità lavorativa.

Con tale normativa è stata vietata, fra l'altro, la discriminazione diretta di rifiutare l'assunzione di una persona perché ha una particolare patologia progressiva, prevedendo tutele nelle procedure di selezione del personale.

Il Disability/Diversity Management – inteso come flessibile organizzazione del rientro del lavoratore in azienda, modulato da interventi e azioni specifiche di tipo riabilitativo, ergonomico, organizzativo, in relazione alle concrete necessità, professionalità e con i cicli produttivi aziendali – è un processo ormai consolidato in altri Paesi dove numerosi studi hanno dimostrato che esso è vantaggioso per tutti gli attori in campo: prevede infatti un contenimento delle spese per i Governi; il risparmio economico e l'aumento della produttività per i datori di lavoro; una miglior protezione dell'occupazione dei lavoratori.

Su questi temi il nostro Paese ha un ritardo almeno ventennale. Cercare di ridurre il gap è una sfida da intraprendere. Possibilmente in modo più convinto di quanto non sia stato ancora fatto.

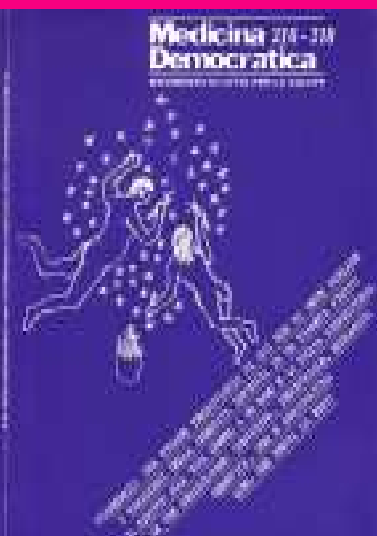
di Silvia Bruzzone

Avvocato e docente, specializzato in Diritto del Lavoro, della Previdenza Sociale e della Sicurezza Professionale. Presidente del Centro Studi e Consulenza sulla Disabilità, consulente in ambito di Diritto Sanitario e Responsabilità Medica.

Di Silvia Bruzzone suggeriamo anche la lettura di

Salute Disabilità Lavoro. Parità di trattamento, Conciliazione, Reasonable accomodation.

Quali diritti? Come chiederne il rispetto?



Movimento di lotta per la salute.

Studi scientifici, inchieste, iniziative e Parte Civile nei processi su Sanità, ambiente, sicurezza lavoro.

Associazione onlus

LA RIVISTA NAZIONALE in abbonamento è iscrizione annua, 50 euro

www.medicinademocratica.it



Per non dimenticare i propri diritti e doveri!

Consulenze gratuite su tematiche relative a salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

*Newsletter a cura di
Marco Spezia - sp-mail@libero.it*

L'importante è la salute. E' con questo popolare e condiviso modo di dire la Fiom il giorno 10 aprile u.s ha celebrato la propria Assemblea Nazionale dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (e la Salute) a Firenze.

Nei molti interventi che si sono susseguiti nella giornata del 10 aprile è emersa invece la preoccupazione e la difficoltà da parte di questi rappresentanti dei lavoratori a svolgere con efficacia il proprio ruolo in azienda.

La cosiddetta "Riforma del lavoro" Jobs Act del governo Renzi non ha certo facilitato il compito di questi lavoratori che volontariamente, oltre al proprio lavoro svolgono anche la funzione di rappresentare i propri compagni/colleghi di lavoro rispetto al diritto alla incolumità fisica e psichica che spesso viene compromessa dalle condizioni ambientali, organizzative e relazionali dei luoghi di lavoro.

Per i lettori interessati sul sito della Fiom nazionale sono pubblicati i testi degli interventi.

Le preoccupazioni dei RLS e dei lavoratori sono ampiamente giustificate. I temi delle condizioni di lavoro, della salute e della sicurezza del lavoro non sono mai stati nell'agenda di questo governo.

I media hanno scelto di non occuparsi delle condizioni di vita nel lavoro per non disturbare il manovratore. Veniamo ad alcuni interrogativi e ad alcune riflessioni sullo stato dell'arte del tema salute e sicurezza nel lavoro.

Come si può fare il RLS dopo il Jobs Act, senza Statuto dei Lavoratori, quali sono le nuove criticità e come si può farvi fronte?

Qualora non vi fossero lotte adeguate e azioni di contrasto Jobs Act

Scenari nazionali ed europei rispetto alle condizioni di salute e sicurezza nel lavoro

Cosa sta succedendo in Italia

nei fatti ridisegnerà nei prossimi mesi e più in profondità nei prossimi anni i sistemi di relazione e potere tra lavoratori e impresa, tra lavoratori e lavoratori e tra lavoratori e rappresentanza sindacale (Rsu e Rsa) e di scopo (Rls).

Il primo aspetto che subirà una trasformazione profonda e radicale sarà la possibilità e agibilità dei lavoratori e delle lavoratrici di esprimere con la partecipazione il proprio punto di vista su aspetti critici della gestione della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro.

La storia della crescita della partecipazione dei lavoratori nei luoghi di lavoro, dagli anni '70 in poi, ha coinciso con uno scambio continuo, a volte conflittuale, tra lavoratori e impresa che è servito in molte imprese per migliorare le modalità di gestione della sicurezza e delle condizioni di lavoro.

La partecipazione dei lavoratori nelle imprese più illuminate è stata favorita dalla continuità dei rapporti di lavoro, dalla consapevolezza dei lavoratori che con il loro contributo di conoscenza sul campo aiutavano l'impresa a migliorare il lavoro e le condizioni di lavoro.

I lavoratori di un'intera generazione hanno fatto esperienze di partecipazione e hanno contribuito a

migliorare la qualità del lavoro e della gestione degli aspetti critici riguardanti anche salute e le persone partecipano quando sanno di essere ascoltate e che in qualche misura il loro contributo di partecipazione conta e serve a migliorare la condizione complessiva del lavoro.

Tutto questo sarà ancora possibile dopo la ventata di cultura autoritaria e dirigista contenuta in filigrana nel dispositivo del Jobs Act?

L'IMPORTANTE È LA SALUTE

Per un lavoro di qualità e in sicurezza, per la tutela dell'ambiente. Materiali Assemblea Nazionale RLS Fiom

<http://www.fiom-cgil.it/web/salute-e-sicurezza-rls/eventi-sas/1726-assemblea-nazionale-rls-fiom-fiorenze-10-aprile-2015>

I fattori negativi che rischiano di tagliare le gambe a qualsivoglia processo partecipativo sono intrinseci alla filosofia della norma. Immaginiamo il vissuto non detto che passa per la testa di tante persone in queste settimane post Jobs Act. Sei un lavoratore anziano con esperienza e capacità di lavorare in qualità. Sei fuori "moda" in tempi di "rottamazione", hai troppi diritti, costi troppo, non sei più un target sul quale l'azienda investirà.

Eccoti pronto, se rompi le scatole, una bella procedura legale di autentico mobbing: il demansionamento con relativa riduzione del salario e umiliazione professionale.

Il demansionamento gestito dall'azienda come strumento di pressione e intimidazione è una delle esperienze più devastanti per l'identità e l'autostima della persona. Ora questa pratica pericolosa è divenuta legittima: vi sono già consulenti legali che propongono il kit procedurale alle imprese.

Se poi si vuole andare oltre c'è sempre il licenziamento per ragioni economiche Questo vale anche per i quarantenni e cinquantenni. Se questo sarà il clima in molte aziende nei prossimi mesi, speriamo di sbagliare, si accrescerà nel silenzio la sofferenza e il rancore sociale che in genere non hanno

CONTINUA A PAG. 32

Salute e sicurezza nel lavoro

Cosa succede in Italia

CONTINUA DA PAG. 31

mai prodotto lavoro in qualità nè nulla di buono, neanche per i padroni.

Il peggio sarà la competizione silente tra colleghi nella triste gara di compiacere chi ha un pò più di potere sul tuo futuro di lavoratore, sul permesso per assistere il genitore anziano, sulla miriade di piccole cose della vita quotidiana nel lavoro e oltre. Chi conosce gli ambienti di lavoro sa di cosa si parla. Sei un lavoratore giovane o una ragazza new entry, assunta con l'incentivo degli sgravi fiscali, ti faranno provare per un pò un lavoro a tempo indeterminato ... in alcuni casi soltanto fino all'esaurimento del beneficio fiscale...

Il rinnovo del contratto, il passaggio concreto alle "tutele crescenti" sarà collegato alla sottomissione e adattamento passivo a ogni richiesta della gerarchia di prossimità, il team leader, il caporeparto. Sfortunati coloro che capiteranno sotto un team leader o caporeparto cattivello e un pò sadico.

La speranza per ciascuno di questi giovani e ragazze è quella di capitare in un'azienda eticamente corretta che non intenda abusare dell'eccesso di potere che il Jobs Act ha attribuito all'impresa togliendo molti paletti rispetto agli abusi possibili da parte delle gerarchie intermedie e di prossimità.

Tutto questo rende molto più complessa la gestione dei rischi per la salute e la sicurezza: la partecipazione dei lavoratori in molte realtà sarà ancor più debole o totalmente subalterna. I rischi "psicosociali" verosimilmente non saranno visualizzati e affrontati. Le nuove patologie da lavoro attese, oltre a quelle tradizionali saranno quelle "psicosociali". In alcuni grandi gruppi ove è di moda il downsizing già si registrano episodi drammatici di suicidi sul luogo di lavoro. Questo fenomeno si è già manifestato in Francia, alla Renault e in



altre grandi imprese come Telecom France in forma di epidemia, finì a provocare allarme sociale negli anni in cui ebbe inizio la crisi, tra il 2009 e il 2011.

Ci sarà un clima diverso in molte aziende, con più silenzio, il non detto da parte dei lavoratori sarà la "comunicazione" prevalente, la prevenzione e la tutela della salute saranno più difficili in mancanza della partecipazione attiva dei soggetti interessati. Certo, sappiamo che non tutte le aziende sono uguali: le imprese che sono posizionate ai livelli alti della qualità della produzione e del valore aggiunto non dovrebbero avere nessun interesse a deteriorare le relazioni con i lavoratori. Rimane sempre purtroppo una vasta platea d'impresе che tentano di sopravvivere con il massimo ribasso sui salari e sulle condizioni di lavoro: sarà in queste aziende che vi sarà un utilizzo pieno del Jobs Act per silenziare i lavoratori...

Questo scenario che prospetto è anche un'ipotesi di ricerca: sarei felice di essere smentito, tra qualche tempo, come incorreggibile pessimista.

Dal Jobs Act alla legislazione specifica in materia di salute e sicurezza nel lavoro.

La foga pantoclastica del governo

italiano in materia di diritti dei lavoratori non si ferma al Jobs Act. Sono in cantiere altri interventi che riguardano il sistema istituzionale in materia di salute e sicurezza nel lavoro orientati a centralizzare il governo delle funzioni d'ispezioni in materia di sicurezza sul lavoro ponendole in capo al Ministero del Lavoro tramite l'istituzione di una Agenzia Unica delle ispezioni.

Non vogliamo entrare nel merito della vigilanza in materia di regolarità contributiva o dei rapporti di lavoro ove la necessità di una integrazione delle funzioni di vigilanza può avere una sua ragion d'essere. Si tratta di una vigilanza di natura documentale e contabile che può essere svolta da un unico soggetto (l'agenzia) previa dotazione di adeguate risorse e di personale formato allo scopo.

Assai più complessa risulta la vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro che richiede una interdisciplinarietà ed una integrazione orizzontale forte con le strutture territoriali del Servizio Sanitario Nazionale. Quello che è stato fatto di positivo, un enorme patrimonio di esperienze e d'interventi a livello regionale, da parte di alcune regioni dall'Emilia Romagna al Veneto, alla Lombardia, alla Toscana e alla Lombardia rischia di essere spazzato via con l'istituzione di una Agenzia Nazionale, un corpo separato e burocratico gestito direttamente dalle gerarchie ministeriali, senza alcun rapporto con la complessità territoriale.

L'esperienza del sistema burocratico centralizzato di vigilanza e ispezione in materia di sicurezza sul lavoro posto in capo al Ministero del Lavoro è un'esperienza

CONTINUA A PAG. 33

diario per la prevenzione

cronache, studi e inchieste di sicurezza sul lavoro

www.diario-prevenzione.it

Salute e sicurezza nel lavoro

Cosa succede in Italia

CONTINUA DA PAG. 32

fallimentare già ampiamente sperimentata negli anni '60 e '70 del secolo scorso con risultati disastrosi.

Questo progetto governativo è in gestazione e sarà portato a compimento con l'entrata in vigore, nel 2016, della riforma del Titolo Quinto della Costituzione che riporta allo Stato centrale la competenza esclusiva in materia di salute e sicurezza.

L'obiettivo politico di questa operazione è quello di concentrare a livello nazionale un potere forte da giocare da parte del governo con il sistema delle imprese.

Come si può desumere da questi fatti è in atto un disegno di "smontaggio" del sistema statale decentrato di tutele dei lavoratori e delle lavoratrici e la costruzione di un nuovo sistema più "semplice" e fuori dal controllo sociale dal basso da parte dei lavoratori e delle loro rappresentanze.

L'adattamento delle funzioni dello stato ad un sistema di comando centralizzato "per non disturbare le imprese".

In molti paesi europei si stanno verificando processi analoghi. In Francia è da tempo in atto un iter governativo per "riformare" la medicina del lavoro e ridurre la rappresentanza dei lavoratori con la soppressione delle Commissioni Igiene e Sicurezza del Lavoro (CHSCT) per le aziende con meno di 300 addetti.

In Inghilterra da tempo vi è un contezioso forte tra TUC, il sindacato inglese, e il governo in merito al taglio dei finanziamenti dell'Agenzia HSE preposta alla vigilanza sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

La Commissione europea a Presidenza Barroso quando lanciò il processo di semplificazione "normativa registrò un certo consenso non solo tra le Associazioni imprenditoriali: si pensava ad una



ragionevole "pulizia" degli aspetti ridondanti e superflui delle Direttive. Nel corso degli anni si è visto invece un utilizzo del processo di semplificazione per altri scopi politici: la deregulation delle norme di tutela dell'ambiente e della salute e sicurezza dei lavoratori.

Semplificazione e decostruzione dei sistemi tradizionali di tutela del lavoro

Il processo di semplificazione della legislazione europea è stato preso in ostaggio dagli interessi privati del mondo degli affari.

Questo è quanto si afferma nelle conclusioni di un nuovo rapporto pubblicato dall'Istituto sindacale europeo.

Dopo dieci anni durante i quali la UE si è impegnata per la semplificazione della legislazione, da "leggerare meglio", alla "regolazione intelligente" fino al Progetto Refit il vero risultato non è stata la semplificazione "intelligente" peraltro auspicabile, ma una pratica reale di blocco e di mancato aggiornamento delle Direttive europee in materia di ambiente, salute e sicurezza sul lavoro.

Un esempio chiaro riguarda la Direttiva Cancerogeni che non è stata neppure aggiornata rispetto alle più recenti conoscenze scientifiche. La proposta di Direttiva in materia di salute e sicurezza per i parurucchieri da parte delle Associazioni datoriali presentata alla

Commissione congiuntamente ai sindacati dei lavoratori è stata respinta perché costerebbe troppo. A chi? Si tenga conto che anche i datori di lavoro erano d'accordo. Nel Progetto Refit le questioni salute e sicurezza lavoro vengono valutate prendendo in considerazione solo i costi per l'impresa: è prevalsa la pratica a livello degli uffici preposti della UE di fare un'indagine telefonica chiedendo a qualche decina d'imprenditori il parere su di una direttiva. In base al parere della sola parte imprenditoriale vengono prese le decisioni in materia d'ambiente, salute e sicurezza sul lavoro.

Per quanto attiene ad esempio i disturbi muscolo scheletrici, una vera epidemia invalidante i lavoratori manuali, la Commissione ha deciso di non avanzare proposte. L'avvicinamento con la nuova Commissione a guida Junker non pare distinguersi da questa linea che intende demolire il sistema di direttive che dagli anni 90 fino al 2000.

La proposta di agenzia unica per le ispezioni del Ministro Poletti: semplificazione o semplicismo? <http://www.bollettinoadapt.it/la-proposta-di-agenzia-unica-per-le-ispezioni-del-ministro-poletti-semplificazione-osemplicismo/>

Questo è il quadro di riferimento delle politiche europee in materia

CONTINUA A PAG. 34

Salute e sicurezza nel lavoro

Cosa succede in Italia

CONTINUA DA PAG. 33

di salute e sicurezza nel lavoro: dieci anni della Commissione a guida Barroso perduti senza una strategia che prenda in considerazione le nuove emergenze in materia di salute correlata ai rischi lavorativi.

La Confederazione dei Sindacati Europei ha rivolto alla Commissione Junker la richiesta di un aggiornamento della Direttiva cancerogeni: vedremo quale sarà la risposta.

Questa rappresentazione degli aspetti negativi che stanno incombendo sulle condizioni di vita dei lavoratori non deve essere assunta come una specie di invito alla resa: proprio la consapevolezza della dimensione dell'attacco cui sono sottoposti i diritti di base di chi vive del proprio lavoro diviene un deterrente per lo sviluppo di movimenti di contrasto rispetto a questa deriva verso l'estrema disuguaglianza già in atto da anni. Cosa sta per arrivare?

Le linee assunte dalla Commissione europea in materia di salute sicurezza sul lavoro e ambiente sono coerenti con la scelta di condurre a termine con trattative segrete il negoziato per il TTIP.

Cosa è il TTIP ?

Il Partenariato transatlantico per il commercio e gli investimenti (in inglese Transatlantic Trade and Investment Partnership, TTIP), inizialmente definito Zona di libero scambio transatlantica (Transatlantic Free Trade Area, TAFTA), è un accordo commerciale di libero scambio in corso di negoziato dal 2013 tra l'Unione europea e gli Stati Uniti d'America.

Le prime conseguenze dopo l'approvazione del TTIP sarebbero:

1) l'istituzione di arbitrati privati internazionali prevista dall'accordo permetterebbe a soggetti privati di ricorrere con cause da milioni



di euro contro stati sovrani, accusandoli di adottare normative che impediscono la libera attività dell'impresa. E' già accaduto con altri accordi commerciali che multinazionali del tabacco abbiano denunciato governi per aver introdotto norme antifumo.

2) L'istituzione di un sistema di cooperazione normativa che permette di modificare a monte i progetti di legge, sulla base di emendamenti proposti da poteri economici privati.

3) Il principio di liberalizzazione dei servizi pubblici affermato nell'accordo, che parte dall'idea di liberalizzare tutto tranne eccezioni, porterà a sconvolgimenti disastrosi degli assetti sociali di molti paesi. Basti pensare a quello che potrebbe accadere al nostro sistema Sanitario Nazionale.

Proviamo ad immaginare cosa comporterebbe questo nuovo assetto delle relazioni del diritto commerciale internazionale ove gli interessi delle multinazionali sarebbero prevalenti rispetto alle legislazioni degli stati nazionali. Gli articoli 32, 41 della Costituzione e l'art.2087 del Codice Civile sarebbero posti in mora e svuotati del loro potenziale a fronte dei diktat delle multinazionali che, ad esempio, chiamerebbero in causa lo Stato italiano per danni derivanti dalla messa al bando di una certa sostanza o materiale. Non conosciamo nulla di questa trattativa perché è segreta, non sappiamo se nel testo definitivo sarà elaborata

una lista delle limitazioni delle sostanze e materiali pericolosi che non possono essere oggetto del Trattato. Per assurdo il TTIP potrebbe reimmettere l'amianto in circolazione per non ledere gli interessi delle multinazionali che producono e commerciano il minerale e suoi manufatti.

La ricerca per produrre le conoscenze per una nuova partecipazione. Abbiamo fatto un ampio percorso e prospettato scenari prossimi venturi che non sono rassicuranti. Fare prevenzione oggi è divenuto molto difficile: i processi di precarizzazione, la discontinuità dei rapporti di lavoro, l'indebolimento delle coalizioni dei lavoratori trasferiscono la responsabilità della gestione sia pure parziale dei rischi in capo all'impresa senza la partecipazione attiva dei lavoratori.

Questa è la sfida per coloro che operano nel campo della prevenzione: essere preparati ad essere impreparati, ad affrontare realtà nelle quali l'esperienza delle persone, anche di chi svolge i lavori più semplici non riesce più a trasformarsi in cultura della sicurezza e cultura del lavoro in qualità. Una sfida che non può partire che dalla ricostruzione delle conoscenze dei cicli di produzione, dei rischi presunti e presenti, dalla necessità di trovare le leve e i punti di forza sui quali fondare le ragioni di una innovata partecipazione dei lavoratori.

In altre parole occorre che si trovino le energie e le risorse per fare ricerca autonoma sulle effettive condizioni di rischio e di lavoro non solo nel lavoro industriale ma nei servizi e nel complesso mondo del lavoro cognitivo.

Per fare questo occorre una nuova classe dirigente che non può che venire da chi sta dentro e subisce i processi di riorganizzazione continua del lavoro di oggi.

Questi sono a mio parere i compiti e la mission per un sindacato che si vuole rivitalizzare e rappresentare i nuovi lavoratori così come sono e vivono oggi.

Gino Rubini

www.diario-prevenzione.it

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.

"Insegnante, un mestiere ad alto rischio salute"

Che lavoro fai? Insegni?" È una delle tante battute che si fanno per prendere in giro i docenti. Una professione, quella dell'insegnante, che un tempo era riconosciuta e valorizzata. La maestra del paese era quasi una divinità. Oggi no, lo svilimento di questo mestiere sembra non toccare mai il fondo.

Gli insegnanti lavorano mezzo dì per cinque giorni la settimana e fanno quasi quattro mesi di vacanze all'anno. Se poi sanno farsi voler bene dagli studenti, accompagnano un paio di classi in gita e via altre due settimane a visitare qualche capitale europea o a sciare in qualche valle italiana.

Mica male come impiego, chi non vorrebbe per sé qualcosa del genere? È vero, ci sono le lezioni da preparare, i compiti da correggere, i consigli di classe ordinari e straordinari, i collegi docenti, le riunioni per aree disciplinari e per dipartimenti, le riunioni per materia, le ore di ricevimento settimanale e quadrimestrale, gli scrutini, corsi di aggiornamento e tanti altri incontri pensati dai "Bravi Dirigenti" anche in orario serale.

Però, a parte i primi due anni in cui tocca imparare il mestiere, dopo le lezioni sono sempre le stesse.

Per chi ha studiato bene, basta ripassare, la storia del Novecento è sempre quella, la Divina Commedia non cambia, l'area di un quadrato è sempre lato per lato. Studi condotti sul campo dimostrano che i docenti sono a serio rischio di disturbi psichiatrici, per lo più causati dall'usura psicofisica delle cosiddette "helpingprofession".

Tra i docenti dichiarati non idonei all'insegnamento a causa della propria salute, l'80 per cento presenta diagnosi psichiatriche e gravi disturbi per lo più di tipo ansioso-depressivo. È una situazione che rischia di esplodere e di cui ci occuperemo seriamente solo dopo che sarà scoppiato qualche caso di cronaca. Il "burnout" è caratterizzato da una condizione di affaticamento fisico ed emotivo colpisce le persone impiegate nelle cosiddette "helpingprofession" e "high-touch" le professioni in cui l'impatto e il coinvolgimento emotivo sono elevati: insegnanti, psicologi, assistenti sociali, infermieri, operatori di sportello, medici, psichiatri.

Tra queste categorie, la più a rischio è quella degli insegnanti. Mentre in nazioni come la Svizzera si prendono provvedimenti con norme che possono in qualche modo prevenire il burnout, in Italia, nelle linee guida della Buona Scuola, non si trova nessuna misura che vada a contrastare lo stress lavorativo nella vita degli insegnanti. In Italia, la correlazione tra stress da insegnamento e patologie è emerso che la categoria degli insegnanti è quella che di più conduce verso patologie psichiatriche e inabilità al lavoro: da studi fatti è emerso che ad essere stressati per il lavoro logorante sono il 75 per cento dei docenti. Eppure il nuovo Testo Unico dei lavoratori, l'articolo 28 del D. Lgs. 81/08, avrebbe dovuto imporre dal 1° gennaio 2011 ai datori di lavoro di



Marilena Pallareti
Docente Forlì

Nella "buona" Scuola nessun accenno al problema della salute dei docenti.

Oggi urge effettuare ricerche epidemiologiche non solo sui casi di suicidio, ma anche sull'incidenza delle patologie psichiatriche e di quelle neoplastiche nei docenti.

adoperarsi, assieme agli organi di competenza, per predisporre un piano di studio e d'azione per contrastare il crescente problema del burnout.

I dati sull'aumento di patologie psicologiche o psichiatriche preoccupano, soprattutto tra le donne in menopausa: invece di tutelarle, con la riforma Fornero vanno in pensione dieci anni dopo. Mentre in altri Paesi c'è coscienza del problema, da noi il Miur continua a non far nulla e i sindacati pure. La realtà è che per salvaguardare i conti dello Stato si è perso il senso della ragione: in due decenni si è passati, dalla riforma pre - Amato, quando le donne potevano andare via anche a 55 anni, alle rigidità attuali.

Con le lavoratrici statali che possono lasciare il servizio non prima dei 63/64 anni, mentre per le docenti che non posseggono il requisito dell'età anagrafica l'anzianità contributiva è diventata di 42 anni (per gli uomini anche un anno in più).

Come se non bastasse, siccome la riforma delle pensioni approvata dal Governo Monti lega le aspettative di vita all'innalzamento dei "tetti" pensionistici, le prospettive sono ancora più nere: basta dire che nel 2050 si potrà lasciare il lavoro nel pubblico solamente a 70 anni. E per le pensioni di anzianità non andrà meglio: se nel 2016 alle donne verranno chiesti 41 anni e dieci mesi di contributi versati, sempre nel 2050 gli

anni diventeranno addirittura 45 (46 per gli uomini). Pure i requisiti per la pensione di vecchiaia saranno sempre più alti, fino a che alle donne si richiederanno gli stessi requisiti degli uomini: già nel 2018 per entrambi i sessi serviranno quasi 67 anni. Confrontando questi dati con quelli europei, l'Italia si colloca tra i paesi europei che detengono l'età di pensionamento più alta. È un dato che diventa clamoroso quando si somma alla mancata considerazione delle indicazioni di salvaguardia della salute delle donne impegnate in lavori usuranti.

Ma la vera beffa è che mentre tratteniamo più di 70mila docenti con più di 60 anni, siamo anche gli unici ad annoverare meno dell'1% di insegnanti di ruolo al di sotto dei 30 anni di età anagrafica. E complessivamente due docenti su tre sono over 50. Eppure il decreto 81/2008 sulla "tutela della salute dei lavoratori" impone di valutare, monitorare e fare prevenzione sullo stress lavoro correlato nelle helpingprofession.

CONTINUA A PAG. 37



"Insegnante, un mestiere ad alto rischio salute"

CONTINUA DA PAG. 36

Carta straccia, nessuno ha mai stanziato un solo euro per prevenzione e formazione. E nessuno ha protestato, sindacati di categoria inclusi.

I Dirigenti Scolastici non sono stati formati in merito alle loro incombenze medico-legali e oggi ignorano le norme della prevenzione della salute, quindi di "operazione di acculturamento". In Francia una ricerca del 2005 ha dimostrato che, tra le categorie professionali, quella dei docenti risulta essere la più esposta al rischio suicidio.

Gli stessi dati, nel 2009, sono stati confermati dalla Gran Bretagna. In Francia, in seguito alle evidenze emerse, i docenti oltre al medico di famiglia hanno a disposizione anche uno psichiatra di base.

I sindacati di categoria rifuggono totalmente dalla questione, svicolando dal problema della salute dei loro iscritti pur sensibilizzati da molti loro iscritti con la frase: gli insegnanti sono sommersi dagli stereotipi, se andiamo a dire che rischiano di diventare pazzi a fare questo lavoro, ci prenderanno davvero per "folli, oltre che fannulloni"... Così azzittiscono gli iscritti per non prendersene cura ed affrontare seriamente il problema (che non vogliono affrontare). Di conseguenza il Miur non stanziava i fondi per la prevenzione, non riconosce le patologie professionali dei docenti e non effettua controlli sui Dirigenti Scolastici, spesso colpevoli, che sono tenuti ad applicare (senza soldi) le misure di prevenzione previste dal D.L. 81, che resta lettera morta. Questa è la situazione odierna.

Come la malattia professionale dei minatori era prevalentemente la silicosi, così la patologia psichiatrica risulta essere la prevalente per i docenti. E questo a prescindere dagli stereotipi, dal prestigio sociale, dal disinteresse ministeriale o da altre facezie, ma semplicemente perché quella dell'insegnante è una professione di relazione e le relazioni bruciano energie psichiche. Il disagio psichico dei docenti è come il Vaso di Pandora che se lo apriamo rischiamo di vederci accollare un ulteriore stereotipo: "Pazzi oltreché Fannulloni".

Ancora una volta il Governo italiano è inadempiente, latitante. Dal 1992 ad oggi sono state effettuate 5 riforme previdenziali, passando dalle baby-pensioni ai 67 anni di anzianità: il tutto senza aver mai fatto una valutazione della salute della categoria professionale dei docenti in barba ai D.L. 626/94 prima e 81/08 poi.

Oggi urge effettuare ricerche epidemiologiche non solo sui casi di suicidio, ma anche sull'incidenza delle patologie psichiatriche e di quelle neoplastiche nei docenti.

Il burnout non è ancora oggi contemplato dalla classificazione delle patologie psichiatriche del DSM, perché studiato primariamente dal punto di vista sociale anziché fisiopatologico per la pretesa di voler definire compiutamente gli aspetti sociali, eziologici, psicopatologici, e i fattori di rischio prima ancora di arrivare a parlare di "sindrome" e dunque di "trattamento terapeutico" (ma forse anche) per la paura di dover ammettere l'esistenza di una piaga dalle gigantesche proporzioni, sia per il numero di individui a rischio (nel solo settore dell'istruzione il rapporto insegnanti/abitanti in un paese avanzato oscilla tra 1/50 e 1/70), sia per l'impatto sociale che questa "ammissione" comporterebbe sui giovani, sulle loro famiglie e sull'opinione pubblica.

Più burnout nei luoghi di lavoro in Piemonte, Veneto e Lombardia

Il mal lavoro uccide anche senza ferire

I risultati di uno studio internazionale i cui risultati sono stati resi noti in un convegno della fondazione Rodolfo De Benedetti, completamente ignorato dalla maggior parte della stampa. "Bruciati" per troppo lavoro o per il clima di concorrenza individuale che ormai regna nei posti di lavoro: il burnout non è solo fatica, stanchezza o depressione "residuale".

Insomma, il lavoro uccide anche quando ti lascia "respirare" ancora.

Lo studio ha costruito una correlazione diretta tra aumento della concorrenza internazionale e tasso di mortalità tra i lavoratori del settore manifatturiero.

Le cause di morte sono le più varie: aumento dei suicidi, dei casi di cirrosi epatica e delle patologie respiratorie. Veneto, Lombardia e Piemonte sono le regioni più interessate dal fenomeno.

Secondo altre fonti, il "burnout" colpisce in Europa il 22% di chi ha un impiego. La Francia, per frenare il fenomeno, ha deciso di varare una normativa che tutela chi ne è vittima.

In un'inchiesta in due ospedali romani su 242 infermieri il 38% ha manifestato sintomi di esaurimento.

Ma a rischio ci sono anche gli insegnanti.

controlacrisi

il quotidiano online che libera l'informazione



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

Leucemie e tumori entrano nell'elenco delle malattie dei lavoratori da denunciare a Inail, Asl e Direzione territoriale del lavoro (Dtl). L'obbligo ricade sul medico diagnosticante e ricorre nei casi in cui il medico ritenga la malattia di sospetta ovvero di sicura origine professionale. L'aggiornamento dell'elenco delle malattie soggette a comunicazione obbligatoria, ai sensi dell'art. 139 del T.U. Inail (D.P.R. n. 1124/1965), è arrivato dal D.M. 10 giugno 2014 (in G.U. n. 212 dello scorso 12 settembre). Ma questo non è l'unico obbligo certificativo che ricade sui medici: vediamo.

La malattia professionale

L'obbligo certificativo e/o dichiarativo a carico del medico ricorre quando si è in presenza di una malattia professionale.

Tale è la malattia che si sviluppa a causa di un fattore di rischio specifico presente in modo preponderante o, più raramente, esclusivo nell'ambiente di lavoro. Nella malattia professionale è riscontrabile una relazione "causa-effetto" diretta tra agente nocivo di origine lavorativa e malattia, anche se la presenza di concause non interrompe il rapporto causale.

Nella stessa denominazione di "malattia professionale" vengono annoverate anche quelle malattie che, più correttamente, andrebbero definite come "malattie correlate al lavoro".

Si tratta di malattie che hanno origine multifattoriale, nel senso che possono essere provocate dall'azione combinata di più cause di origine professionale ed extraprofessionale. In questo caso il lavoro costituisce un rischio concorrente e la malattia presenta incidenza e prevalenza più elevate in particolari gruppi di lavoratori.

In presenza di una malattia per la quale vi è il sospetto o la certezza di una relazione causa-effetto con l'attività lavorativa, ricorrono per il medico una serie di obblighi certificativi.

Primo certificato medico di malattia professionale.

L'obbligo di certificazione è previsto dagli artt. 52 e 53 del T.U. Inail con finalità esclusivamente di tipo assicurative e assistenziali. Serve, in particolare, per mettere in moto la procedura che tutelerà il lavoratore dal punto di vista reddituale e lo assisterà dal punto di vista sanitario. L'art. 52, tra l'altro, stabilisce che "la denuncia della malattia professionale deve essere fatta dall'assicurato al datore di lavoro (...)". Il successivo art. 53 aggiunge tra l'altro che "il certificato medico deve contenere,

Inail: esteso l'elenco delle malattie professionali

oltre l'indicazione del domicilio dell'ammalato e del luogo dove questi si trova ricoverato, una relazione particolareggiata della sintomatologia accusata dall'ammalato stesso e di quella rilevata dal medico certificatore. I medici certificatori hanno l'obbligo di fornire all'Istituto assicuratore tutte le notizie che esso reputi necessarie". In altre parole, dunque, è l'atto propedeutico e necessario che consente all'Inail di

avviare l'istruttoria per l'eventuale riconoscimento della natura professionale della malattia e, in caso positivo, per l'erogazione delle prestazioni. Il "primo certificato medico di malattia professionale" viene rilasciato al lavoratore per l'inoltro all'Inail, eventualmente tramite il datore di lavoro.

La comunicazione statistica

L'art. 139 del T.U. Inail stabilisce l'obbligo, per ogni medico che ne riconosca l'esistenza, della denuncia a Dtl, Inail e Asl competenti per territorio, di alcune malattie professionali. L'obbligo non sussiste per tutte le malattie di probabile (o certa) origine lavorativa, ma solo per quelle individuate da apposito elenco previsto dal D.M. 18 aprile 1973 e successivamente aggiornato dai D.M. 27 aprile 2004, D.M. 14 gennaio 2008, D.M. 11 dicembre 2009 e ora dal D.M. 10 giugno 2014. Le segnalazioni, che hanno fini puramente statistico-epidemiologici, confluiscono nel registro nazionale delle malattie causate da lavoro ovvero a esse correlate istituito presso lo stesso Inail dall'art 10 del D.Lgs. n. 38/2000. Il registro è una raccolta di dati e informazioni su caratteristiche e dimensioni del fenomeno tecnopatico, con molteplici finalità: dalle analisi per scopo prevenzionale a quello di vigilanza.

L'elenco

L'elenco delle malattie per le quali la comunicazione statistica è obbligatoria è costituito da tre gruppi:

- malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità;
- malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità per le quali non sussistono ancora conoscenze sufficientemente approfondite perché siano incluse nel primo gruppo;
- malattie la cui origine lavorativa si può ritenere possibile e per le quali non è definibile il grado di probabilità per le sporadiche e ancora non precisabili evidenze scientifiche.

Il D.M. 10 giugno 2014 ha pubblicato

CONTINUA A PAG 39



le malattie professionali

CONTINUA DA PAG 38

il nuovo elenco e l'aggiornamento tocca esclusivamente in tutte le tre liste il gruppo 6, "tumori professionali", e il gruppo 2 "malattie da agenti fisici", in riferimento alle sole patologie muscolo scheletriche. Nel primo gruppo entrano diverse forme di leucemie e di tumori (fegato, rene, vescica, linfoma ecc.); nel gruppo 2 tra l'altro fa ingresso l'ernia discale lombare causata dalle vibrazioni trasmesse al corpo intero dall'attività di guida di automezzi pesanti e di conduzione di mezzi meccanici.

Relativamente agli aspetti sanzionatori si ricorda che l'art. 139 del T.U. Inail punisce con l'arresto fino a tre mesi o con l'ammenda da 258 a 1.032 euro i medici che non provvedano al predetto obbligo di denuncia delle malattie comprese nell'elenco; e prevede una sanzione più pesante quando la contravvenzione riguardi il medico di fabbrica, poiché in tal caso è prevista la pena dell'arresto da due a quattro mesi o l'ammenda da 516 a 2.582 euro.

Il referto di malattia professionale

Infine, il medico diagnosticante ha obbligo di produrre un referto di malattia professionale ai sensi dell'art. 365 del codice penale e dell'art. 334 del codice di procedura penale. Il referto ha finalità squisitamente giudiziarie.

L'art. 365 stabilisce che "chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361, è punito (...) ecc. L'art. 334, inoltre, prevede che "chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro 48 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente (...).

Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare (...).

Il referto, perciò, è l'atto con il quale l'esercente una professione sanitaria riferisce all'Autorità giudiziaria un delitto perseguibile d'ufficio da indagare per ricercare eventuali responsabilità penali. Nel caso di malattia professionale si rientra nell'ambito delle situazioni perseguibili d'ufficio qualora essa abbia causato la morte o abbia le caratteristiche della lesione personale grave o gravissima.

Che cosa dice l'Inail.

Malattia professionale

Per malattia professionale si intende una patologia la cui causa agisce lentamente e progressivamente sull'organismo (causa diluita e non causa violenta e concentrata nel tempo).

Inoltre, la causa deve essere diretta ed efficiente, cioè in grado di produrre l'infermità in modo esclusivo o prevalente; il Testo Unico, infatti, parla di malattie contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni rischiose. È ammesso, tuttavia, il concorso di cause extraprofessionali, purché queste non interrompano il nesso causale in quanto capaci di produrre da sole l'infermità.

Per le malattie professionali, quindi, non basta l'occasione di lavoro come per gli infortuni, cioè un rapporto anche mediato o indiretto con il rischio lavorativo, ma deve esistere un rapporto causale, o concausale, diretto tra il rischio professionale e la malattia.

Il rischio può essere provocato dalla lavorazione che l'assicurato svolge, oppure dall'ambiente in cui la svolge (cosiddetto "rischio ambientale").

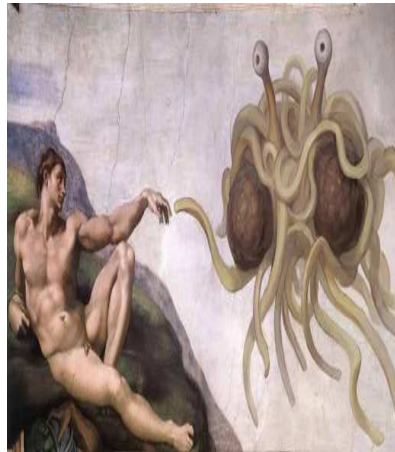
Malattie professionali tabellate e non tabellate

Le malattie professionali sono tabellate se:

- indicate nelle due tabelle (una per l'industria e una per l'agricoltura);
- provocate da lavorazioni indicate nelle stesse tabelle;
- denunciate entro un determinato periodo dalla cessazione dell'attività rischiosa, fissato nelle tabelle stesse ("periodo massimo di indennizzabilità").

Nell'ambito del cosiddetto "sistema tabellare", il lavoratore è sollevato dall'onere di dimostrare l'origine professionale della malattia. Infatti, una volta che egli abbia provato l'adibizione a lavorazione tabellata (o comunque l'esposizione ad un rischio ambientale provocato da quella lavorazione) e l'esistenza della malattia anch'essa tabellata e abbia effettuato la denuncia nel termine massimo di indennizzabilità, si presume per legge che quella malattia sia di origine professionale; è questa la cosiddetta "presunzione legale d'origine", superabile soltanto con la rigorosissima prova - a carico dell'Inail - che la malattia è stata determinata da cause extraprofessionali e non dal lavoro.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 179/88, ha introdotto nella legislazione italiana il cosiddetto "sistema misto" in base al quale il sistema tabellare resta in vigore, con il principio della "presunzione legale d'origine", ma è affiancato dalla possibilità per l'assicurato di dimostrare che la malattia non tabellata di cui è portatore, pur non ricorrendo le tre condizioni previste nelle tabelle, è comunque di origine professionale.



Nel nostro Paese il 43% delle persone che assumono sostanze per via iniettiva arriva tardi alla diagnosi da Hiv contro il 29% della media europea, a causa dello scarso uso del test, che è assente in quasi il 70% dei Sert italiani.

Rischio Aids per chi usa droghe in Italia maggiore del 15% che in Europa.

Nel nostro Paese il 43% delle persone che assumono sostanze per via iniettiva arriva tardi alla diagnosi da Hiv contro il 29% della media europea, a causa dello scarso uso del test, che è assente in quasi il 70% dei Sert italiani.

Come LILA chiediamo un piano nazionale per la riduzione del danno e un cambio di approccio alla questione in vista della conferenza Onu sulle droghe Ungass 2016.

In Italia il 43% delle persone che assumono sostanze per via iniettiva arriva tardi alla diagnosi da Hiv, una percentuale ben maggiore di quella europea che è del 29%: lo abbiamo denunciato in un comunicato stampa inviato in occasione della giornata internazionale sulle droghe, il 26 giugno. La causa di questa situazione è da ricercarsi nell'assenza di offerta dei test nel 69,5% dei Sert italiani e nella completa assenza nel nostro paese di una politica di riduzione del danno. Questa situazione fa sì che molte persone che consumano sostanze scoprono di avere l'Hiv solo quando il loro sistema immunitario è fortemente compromesso. Insieme alla diagnosi di Hiv, viene quindi fatta quella di Aids, con gravi ripercussioni sia sulla salute degli individui sia sulla collettività.

L'offerta del test Hiv, la disponibilità di siringhe sterili e la terapia sostitutiva per i gruppi vulnerabili - come le persone che usano sostanze per via iniettiva - sono pratiche di riduzione del danno raccomandate dall'Organizzazione Mondiale della Salute e dall'Unaid che l'Italia sta ignorando completamente. In particolare la situazione è drammatica nelle carceri dove è



vietato l'uso di siringhe, così di condom, nonostante diversi studi abbiano affermato che vengono consumate droghe.

Valutiamo con favore la nuova apertura del Dipartimento per le Politiche Antidroga ha avviato un percorso di consultazioni delle organizzazioni della società civile per la preparazione della prossima conferenza nazionale sulle dipendenze cui parteciperemo.

A livello internazionale, in vista della prossima Assemblea Onu sulle droghe (Ungass 2016), auspichiamo un cambio di scenario nell'approccio al tema, che comprenda la revisione delle convenzioni internazionali e la legalizzazione regolamentata delle sostanze, perché la criminalizzazione e l'illegalità nella quale sono costrette milioni di persone che usano droghe sono i miglior alleati dell'Hiv.

Il VI Libro Bianco sulla legge sulle droghe (edizione 2015) è disponibile a questo indirizzo.
<http://www.lila.it/it/notizie/671-rischio-aids-droghe>

Il Test per l'Hiv

Il test consiste in un normale prelievo di sangue analizzato, diagnostica la presenza o meno dell'infezione da Hiv.

È articolato su due livelli: l'Elisa, test di I livello, cui segue, in caso di esito positivo o dubbio, il Western Blot (wb), di II livello o di conferma, l'unico in grado di conferire la totale certezza del risultato.

Il test serve a rilevare la presenza nel sangue degli anticorpi anti-Hiv, che si sviluppano solo se la persona che fa il test è venuta in contatto con il virus. Il risultato del test è positivo se si riscontra la presenza di anticorpi contro il virus (sieropositività all'Hiv), è negativo quando nel sangue non vi è traccia degli anticorpi (sieronegatività all'Hiv).

Devi sapere che il periodo di formazione degli anticorpi anti-Hiv può variare da un minimo di qualche settimana fino a 3 mesi dopo che si è venuti a contatto col virus.

Questo arco di tempo è chiamato "periodo finestra". Ciò significa che una persona, pur risultando negativa al test in quanto non ha ancora sviluppato gli anticorpi, può avere già contratto l'infezione e quindi può trasmettere ad altri il virus.

Ripeti dunque il test dopo che sia trascorso il periodo finestra. Il test per l'Hiv Elisa verifica solo la presenza o meno degli anticorpi al virus, ma non dà nessuna informazione sullo stato di salute e sul sistema immunitario.

Oggi esistono test combinati che oltre a cercare gli anticorpi rilevano contemporaneamente la presenza di una particolare proteina, l'antigene P24, che

Il Test per l'Hiv

CONTINUA DA PAG. 40

compare e aumenta di molto già dopo pochi giorni l'avvenuto contatto. Non è un tipo di esame oggi molto diffuso, circa 1/3 dei centri italiani effettua lo screening con questa metodica. Per questo tipo di test, il periodo finestra si riduce ulteriormente sino a 4/6 settimane.

Il test non ha valore di prevenzione: qualsiasi sia l'esito, i comportamenti da adottare sono gli stessi (rapporti sessuali sicuri e non utilizzare in comune oggetti taglienti e siringhe).



DOCUMENTAZIONE SULLE TROPPE OMERTÀ 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

Esito positivo: che fare?

La nostra esperienza di persone sieropositive può esserti di aiuto. Se hai fatto il test e ti hanno comunicato un esito positivo, sicuramente ti sentirai sconvolto o sconvolta. Anche quando è successo a noi, la nostra prima reazione è stata soltanto un pensiero: "E' tutto finito!". Ma in seguito abbiamo capito che essere persone sieropositive non costituisce una condanna a morte. Come te, e come altre persone prima di noi, abbiamo attraversato questa esperienza vivendo momenti di sconforto. Ma ormai da molti anni sappiamo che è possibile convivere insieme al virus.

Incertezze

Forse ti stai chiedendo cosa significa realmente essere una persona sieropositiva all'HIV, se la malattia si svilupperà e quali saranno i suoi sintomi.

Dal punto di vista medico, essere positivi all'HIV significa innanzitutto che hai sviluppato gli anticorpi al virus. L'esito positivo del test non vuol dire che ti ammalerai il mese prossimo, l'anno prossimo, o che ti ammalerai sicuramente.

Anche se la scoperta della sieropositività coincide con i primi sintomi della malattia, non ti devi disperare. Attualmente l'assunzione della terapia antiretrovirale, iniziata anche in fase avanzata di infezione, riesce a bloccare e controllare la progressione.

Forse ti stai chiedendo se essere una persona sieropositiva significa che non potrai più avere figli. Non è così: attualmente le terapie antiretrovirali e altre tecniche di fecondazione assistita permettono agli uomini e alle donne sieropositive di avere figli sani.

La tua salute

Una delle prime cose che dovresti fare dopo aver ricevuto un esito positivo è quella di recarti in un Centro Clinico con un reparto di Malattie Infettive, per una prima visita specialistica. Le persone con HIV sia sintomatiche che asintomatiche vengono seguite interamente a livello ambulatoriale ospedaliero sia per quanto riguarda gli esami diagnostici che le infezioni opportunistiche (cioè che si verificano a causa dell'abbassamento delle difese immunitarie) e la eventuale terapia antiretrovirale. Questa patologia ti dà diritto ad avere un'esenzione totale dal ticket che ti permetterà di eseguire, gratuitamente, tutti i controlli e gli esami diagnostici riconducibili ad essa. La decisione di informare o meno il tuo medico di famiglia sul tuo stato sierologico spetta solo a te. Non tutti i medici di base sono aggiornati rispetto all'evoluzione continua dei dati riguardanti questa infezione; se però

CONTINUA A PAG. 42

Infezioni Sessualmente Trasmesse

Ambulatorio IST Ospedale Amedeo di Savoia C/SO Svizzera 164 TORINO
011/4393788 tram: 3, 9; bus 59, 60



lunedì/martedì/giovedì/venerdì 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

Esito positivo: che fare?

CONTINUA DA PAG. 41

hai con lui o con lei un buon rapporto di fiducia, il suo supporto potrebbe esserti di aiuto. Anche verso gli altri specialisti, ad esempio i dentisti, non ti devi in nessun modo sentire in obbligo di comunicare la tua condizione.

Per legge hanno l'obbligo di adottare norme igieniche generali che proteggono i medici e gli operatori sanitari dal rischio di contrarre infezioni, a prescindere dalla conoscenza dello stato sierologico di chi hanno davanti.

Queste norme sono importanti perché proteggono sia loro che te stesso dal rischio di contrarre nuove infezioni.

Il virus

L' HIV è il Virus della Immunodeficienza Umana che provoca la Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS oppure SIDA). L' HIV, che è stato isolato per la prima volta nel 1983, è un retrovirus che, come tale, può vivere, riprodursi e moltiplicarsi solamente all'interno di cellule umane vive.

Quando entra nel corpo umano si replica soprattutto nelle cellule CD4 (Linfociti T) che utilizza per riprodursi, attaccando e indebolendo così il sistema immunitario. Mano a mano che il numero di cellule CD4 sane diminuisce, si riduce anche la capacità del sistema immunitario di difendere l'organismo e di tenere sotto controllo ogni infezione che lo minacci. Questa è la fase denominata di immunodeficienza acquisita. Nelle persone sieropositive l'infezione da HIV può progredire verso l'AIDS in tempi molto diversi, o non progredire affatto.

La prima visita

L'obiettivo della prima visita specialistica è quello di determinare in quale fase si trova la tua infezione da HIV. Per fare questo il medico ti prescriverà una serie di esami diagnostici che permetteranno di stabilire se la tua infezione è asintomatica, sintomatica, oppure in fase avanzata.

La prima visita non è solo il punto di partenza nella valutazione del tuo stato di salute, ma anche l'inizio di una relazione tra te ed il medico che ti avrà in cura, che durerà per molti anni. È molto importante tentare di instaurare un buon rapporto con il proprio medico. Se questo per qualche motivo non è possibile, puoi sempre chiedere di essere seguito da un altro specialista o addirittura puoi cambiare Centro Clinico. È probabile che durante le prime visite tu ti senta frastornato o frastornata quanto basta da non capire fino in fondo quello che il medico ti comunica.

Non ti scoraggiare, è capitato anche a noi ma, col tempo, abbiamo imparato che è molto importante chiedere ulteriori spiegazioni su tutto quello che non è chiaro, così come è fondamentale porre domande e risolvere ogni dubbio. Se non te la senti di andare da solo o da sola, puoi farti accompagnare da un amico, da un'amica o da un familiare.



Gli esami diagnostici

I più importanti esami diagnostici ti verranno effettuati tramite un prelievo di sangue. Questi esami prevedono, oltre che i test ematici completi, la conta dei CD4 e il test della carica virale.

Più precisamente:

- conta dei linfociti CD4, che permette di stabilire se è già in atto un danno al sistema immunitario. I CD4 fanno parte della famiglia dei globuli bianchi. Il conteggio dei CD4 è la misura del numero di CD4 che circolano in ogni millimetro cubo di sangue. Il numero medio di CD4 presente in un organismo sano oscilla tra i 600 /1200 per millilitro di sangue.

- carica virale o viremia o viral load o HIV-RNA sono termini con lo stesso significato e indicano un test (PCR) che permette di capire quanto HIV circola nel sangue. La carica virale indica le copie di HIV-RNA circolanti per millilitro di sangue. Se la carica virale è rilevabile, vuole dire che il virus si sta replicando e sta attaccando i CD4. Se la carica virale non è rilevabile, vuole dire che in quel momento il virus non si sta replicando nel plasma. A seconda di quante copie di carica virale sono state rilevate è possibile stabilire quanto sia veloce la replicazione del virus. Gli esami ematici completi, il conteggio dei CD4 ed il test della carica virale sono esami che dovrai ripetere di routine per tutta la vita, generalmente ogni 3 o 4 mesi.

Oltre a questo, durante la prima visita ci sarà una valutazione complessiva che comprenderà una visita medica accurata ed una anamnesi con tutte le informazioni relative anche alle malattie che hai avuto nel corso della tua vita. Altri test permetteranno di individuare se insieme all'HIV hai contratto qualche tipo di epatite virale. Se non hai mai avuto l'epatite A o la B dovresti prendere in considerazione l'opportunità di vaccinarti. Verrà, inoltre, effettuata un'indagine su eventuali altre malattie sessualmente trasmissibili, sia in atto che pregresse.

Così come verranno prese in considerazione anche le tue abitudini, come ad esempio se fumi, se assumi alcoolici e in che quantità, oppure se utilizzi altri tipi di sostanze. Benché l'utilizzo di droghe legali o illegali non precluda l'accesso alle cure e alle terapie a base di farmaci antiretrovirali, l'abuso di eroina, cocaina, ecstasy, anfetamine, ecc... potrebbe peggiorare la

CONTINUA A PAG. 43

Esito positivo: che fare?

CONTINUA DA PAG. 42

tua condizione immunitaria. L'abuso di alcool può provocare la carenza di elementi nutritivi importanti e potrebbe compromettere il funzionamento del fegato, organo attraverso il quale vengono metabolizzati i farmaci antiretrovirali.

Se sei una donna devi prestare un'attenzione particolare agli aspetti ginecologici. È importante che ti sforzi di avere un buon rapporto di continuità con un ginecologo o una ginecologa con esperienza in HIV che ti prescriva esami periodici. Puoi informarti dal tuo infettivologo perché spesso i reparti di malattie infettive hanno rapporti di collaborazione con ginecologi e ginecologhe con esperienza in HIV.

Emotività

Col tempo potrai verificare che vivere con l'HIV è una condizione che interessa le persone non soltanto da un punto di vista sanitario ma investe anche la sfera affettiva, sessuale e relazionale. La lettura di questo opuscolo può aiutarti ad affrontare questa complessità. Dal punto di vista emozionale non esiste un "modo corretto" per reagire alla comunicazione della sieropositività ma certamente non è utile reprimere le proprie emozioni come se niente fosse accaduto. La tua vita da questo momento sarà differente.

Adattarsi a vivere con l'HIV è un processo che può durare anche tutta la vita. Per questo, dopo il tuo esito positivo, è importante che tu tenga presente alcune considerazioni che ti possono aiutare a iniziare questo percorso. Prova a liberare tutte le emozioni che hai dentro di te come rabbia, tristezza, sconforto, impotenza, colpa o vergogna... dagli un tempo ed uno spazio di espressione. Riconoscerle è già un primo passo per riprendere il controllo della tua vita.

È possibile che ti capiti di non provare niente di tutto questo e di non sentire nessuna emozione: anche questa è una reazione normale che vedrai mutare col tempo. Tieni presente che il test positivo non equivale ad una sentenza di morte. Prendere decisioni importanti e affrettate che possono cambiare la tua vita, contemporaneamente all'aver saputo di essere sieropositivo o sieropositiva, potrebbe portarti a fare scelte sbagliate. Concediti tempo per capire meglio la tua nuova condizione. Non lasciarti



trascinare dal voler sapere tutto e subito riguardo all'HIV. Cerca di selezionare le informazioni di cui hai bisogno veramente e che sono importanti per il presente che stai vivendo. Affronterai tutto il resto, i bisogni e le necessità future mano a mano che ti si presenteranno.

Ti può essere utile sapere che non devi affrontare tutto da solo o da sola. Chiedere aiuto e supporto ad associazioni di lotta all'AIDS ed alle persone sieropositive che ne fanno parte, può essere una valida opportunità per confrontarti con chi ha già vissuto questo momento.

Trasmissione

Ricorda che il virus è presente in grande concentrazione nel sangue, nello sperma, nel liquido amniotico, nel latte materno e, in concentrazione più bassa, nelle secrezioni vaginali: per questo si trasmette se tali liquidi biologici entrano nel circolo sanguigno dell'altra persona, attraverso contatti diretti o lesioni delle mucose. Ciò ti permette di individuare alcuni comportamenti che possono trasmettere l'HIV ad altre persone e che devi affrontare con le dovute precauzioni e altri comportamenti che invece non sono a rischio di trasmissione.

Per prevenire il rischio di trasmissione:

Nei rapporti sessuali penetrativi utilizza sempre il preservativo e nel caso di rapporti anali, anche un lubrificante a base d'acqua. Nei rapporti orali non è così facile darti indicazioni univoche, in quanto non esistono parametri o statistiche che individuino esattamente il grado di rischio che questa pratica comporta.

La stimolazione orale del pene (fellatio) è considerata a basso rischio se non c'è contatto tra lo sperma e le mucose della bocca. Nel caso in cui ci sia il contatto, il rischio riguarda la persona che pratica la fellatio. L'uso del preservativo esclude il contatto tra lo sperma e le mucose: qualora si decida di non utilizzare il preservativo, bisogna evitare l'eiaculazione in bocca.

La stimolazione orale della vagina (cunnilingus), è un comportamento considerato a basso rischio perché le secrezioni vaginali contengono una ridotta quantità di virus. Il rischio aumenta durante il ciclo mestruale. Anche in questo caso il rischio riguarda la persona che pratica il cunnilingus. Nei rapporti bocca-vagina, la funzione del preservativo può essere svolta da un foglio di pellicola trasparente per alimenti.



CONTINUA A PAG. 44

Esito positivo: che fare?

CONTINUA DA PAG. 43

Iniettarsi una qualsiasi sostanza con un ago usato da un'altra persona è il modo più diretto per la trasmissione del virus e, per questa ragione, se fai uso di sostanze per via iniettiva non permettere a nessuno di utilizzare la siringa già usata da te e non usare la siringa usata da altri. Anche lo scambio del rasoio o di altri oggetti taglienti di uso personale può essere causa di infezione: è quindi opportuno non scambiarsi questi oggetti.

È importante sapere che il virus può essere trasmesso dalla madre sieropositiva al feto durante la gravidanza, durante il parto, o attraverso l'allattamento. Tuttavia attualmente la profilassi per la trasmissione maternofetale permette di ridurre notevolmente questo rischio.

Se hai una storia d'amore

Prenditi il tempo di cui hai bisogno per dirlo alla persona che ami. Scegli con cura il momento e le parole giuste. Ricordati che anche per il tuo o la tua partner non sarà semplice accettare questa nuova realtà, come non lo è stato o non lo è per te. D'ora in avanti, nei vostri rapporti sessuali penetrativi, usate sempre il preservativo anche se fino ad oggi non l'avete mai utilizzato: non si tratta di un muro tra di voi, ma di un atto d'amore verso te stesso e verso la persona che ami. Se entrambi siete sieropositivi usatelo ugualmente per evitare una possibile re-infezione. Una nuova re-infezione potrebbe peggiorare le tue condizioni di salute o quelle del tuo o della tua partner o di entrambi oppure potreste re-infettarvi con ceppi di virus già resistenti ai farmaci attualmente a disposizione. Può anche accadere che il partner o la partner inizi a vivere alcune angosce che possono condizionare il rapporto sul piano sessuale. In questo caso si tratta di trovare insieme delle soluzioni.

A volte può essere utile parlarne con un amico o un'amica ma tieni presente che davanti a questa situazione, potrebbero reagire in modo negativo: forse hanno dei preconcetti o non riescono ad affrontare le loro paure. Concedi loro un po' di tempo e cerca di accettare e comprendere le reazioni di chi ti sta vicino.

Se hai rapporti occasionali

Se hai rapporti occasionali l'uso del preservativo evita qualsiasi rischio di contagio.

Conosci i tuoi diritti

Nei consueti rapporti sociali, rifletti bene per decidere a chi vuoi e puoi parlare della tua sieropositività. Soprattutto devi sapere che non hai nessun vincolo legale che ti obblighi a comunicare la tua sieropositività ad altre persone (datore e colleghi di lavoro, autorità, medici) anche se qualcuno ti dirà il contrario. Purtroppo, il pregiudizio legato alla natura dell'HIV ha voluto dire, per tante persone, essere costrette a nascondersi e subire discriminazioni. Per questo è stata varata nel 1990 la Legge 135, dove il legislatore ha sentito di dover affermare che lo stato



di sieropositività non può essere di per sé motivo di licenziamento, che il test per l'HIV non può essere richiesto per le assunzioni, né svolto all'insaputa della persona interessata. Una legge che, sostanzialmente, ribadisce il diritto a non subire discriminazioni per motivi di salute e afferma il diritto al lavoro, alla scuola, alla gratuità delle cure. L'obbligo di prestazioni terapeutiche è previsto per tutte le strutture pubbliche ed il rifiuto o comunque la messa in atto di trattamenti discriminatori possono essere perseguiti per legge. Anche alle cittadine e ai cittadini stranieri non in regola con i permessi di ingresso e di soggiorno sono assicurate le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere nei presidi pubblici accreditati; l'accesso a tali strutture non comporta alcun tipo di segnalazione all'autorità.

La legge italiana tutela inoltre il diritto alla riservatezza dei dati personali, cioè il diritto di ogni persona a non vedere diffuse informazioni che la riguardano. In particolare, medici e operatori sanitari, notai, avvocati, consulenti tecnici e operatori dei SerT sono tenuti ad osservare il segreto professionale anche verso i tuoi familiari. Sia lo statuto dei lavoratori che la Legge 135/90 vietano tassativamente al datore di lavoro di compiere direttamente controlli atti ad accertare lo stato di salute del dipendente o della persona presa in considerazione per l'assunzione. Al pari di qualsiasi lavoratore malato, la persona sieropositiva o con AIDS o affetta da altre patologie correlate non può essere licenziata durante la malattia, se non dopo che sia decorso il termine massimo previsto (periodo di comporto), stabilito nel contratto collettivo dei diversi settori. Se le tue condizioni di salute non sono buone e lo ritieni utile, puoi fare richiesta di riconoscimento di invalidità civile. La domanda e la relativa documentazione vanno inoltrati alla ASL di residenza. Per maggiori informazioni sulla procedura e sui possibili vantaggi nell'intraprendere questa strada, non esitare a rivolgerti alle associazioni di volontariato o ai patronati sindacali. Anche in questo caso la riservatezza è tutelata dalla legge. Non lasciarti intimidire nell'incontro con le istituzioni: chiedere è un tuo diritto e darti una risposta è un loro dovere.

CONTINUA A PAG. 45

Esito positivo: che fare?

CONTINUA DA PAG. 44

Terapie

Conoscere lo stato di salute del tuo sistema immunitario è strettamente necessario per valutare se è il caso di iniziare ad assumere la terapia antiretrovirale. I trattamenti per l'infezione da HIV sono terapie combinate che utilizzano l'uso contemporaneo di 3 o più farmaci antiretrovirali. Viene anche chiamata "triplice" o HAART (Highly Active Anti-Retroviral Therapy) in italiano TARV. I farmaci utilizzati nella terapia combinata hanno meccanismi di azione differenti fra loro ed agiscono su fasi differenti della replicazione virale. Per questo motivo si dividono in "classi". Attualmente sono disponibili diverse combinazioni terapeutiche di diverse classi di farmaci da utilizzare a seconda delle specifiche esigenze.

La HAART permette di tenere sotto controllo la replicazione virale e quindi di ripristinare la funzionalità del sistema immunitario. Assumere tutti i giorni il trattamento ed assumerlo correttamente anche nel caso che il numero di CD4 sia molto basso, permette di recuperare ed aumentare il livello dei CD4 necessario a combattere e sconfiggere la maggior parte delle infezioni opportunistiche. Una corretta aderenza alla prescrizione farmacologica è essenziale e significa assumere più farmaci tutti i giorni ad orari precisi. In caso di non corretta aderenza potresti addirittura peggiorare la situazione contribuendo a rendere il tuo virus resistente alle terapie che stai assumendo e ciò potrebbe anche compromettere le tue opzioni terapeutiche future.

È bene tu sappia che:

la terapia combinata non guarisce l'infezione da HIV, ma può ridurre la quantità di virus circolante nel sangue; la terapia combinata non permette di tornare sieronegativi o sieronegative, in quanto il virus rimane nell'organismo (anche se hai la carica virale

negativa) e rimane quindi il rischio di trasmetterlo attraverso rapporti sessuali non protetti o attraverso lo scambio di siringhe.

Uno dei benefici delle terapie combinate è quello di ridurre la progressione verso l'AIDS.

Quando iniziare il trattamento

Questo è un argomento che tu ed il tuo medico dovreste discutere assieme. Sei tu che devi assumere i farmaci, ed è quindi tua la scelta se iniziare e quando, valutando assieme a lui i pro e i contro della terapia antiretrovirale, prima di prendere una decisione.

- Chiedi al tuo medico di spiegarti bene e con franchezza quali sono le caratteristiche dei farmaci che dovrai utilizzare, informandoti anche sugli eventuali effetti indesiderati. Collabora con il tuo medico alla scelta di una terapia che si adatti il più possibile al tuo stile di vita.

- Se sei in terapia con metadone considera che alcuni farmaci interagiscono riducendone, a volte, il livello di efficacia. In questo caso informa il tuo medico o il SerT per aggiustare i dosaggi.

- Decidi di accettare la terapia solo dopo aver capito bene cosa ti comporterà. Ciò è particolarmente importante se hai ricevuto da poco la notizia di essere sieropositivo o sieropositiva.

- Prenditi il tempo necessario. Fai tutte le domande possibili, rivolgendoti anche alle associazioni che si occupano di HIV e agli attivisti e attiviste che ne fanno parte, fino a che non sarai soddisfatto o soddisfatta delle risposte.

Le sperimentazioni cliniche condotte fino ad oggi hanno permesso di redigere delle linee guida internazionali che raccomandano di iniziare il trattamento prima che i CD4 scendano sotto i 200, generalmente tra i 350 e i 200.

Quando i CD4 scendono da 200 sotto i 100 aumenta il rischio di sviluppare malattie, anche molto gravi. Un numero di CD4 bassi non significa che ti ammalai di sicuro, significa solo che è più probabile che ciò avvenga. Se iniziare il trattamento ti spaventa, dovresti considerare che l'AIDS è tuttora una malattia in grado di mettere in serio pericolo la tua vita. Molte sperimentazioni hanno dimostrato che le donne sieropositive possono essere trattate anche in corso di gravidanza.

Inoltre le linee guida per la prevenzione della trasmissione materno-fetale dell'infezione da HIV prevedono: la terapia antiretrovirale in gravidanza, il taglio cesareo elettivo prima che inizi il travaglio, la profilassi antiretrovirale al neonato e l'allattamento artificiale.

Queste raccomandazioni permettono di ridurre quasi a zero il rischio di trasmettere l'infezione al nascituro.

Chiamaci

Presso molte delle sedi Lila sono attive delle info-line in grado di rispondere a molti quesiti che l'HIV/AIDS ti pone.

Non esitare a contattarci: la nostra esperienza è a tua disposizione per aiutarti ad affrontare il tuo esito positivo.

(nota a cura della LILA)



**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

monologo di un etilista

Racconto di
Antonio Recanatini

*Stati d'animo e vissuto
di sconfitti dalla volontà
ma non dalla ragione.*

Racconto per Lavoro e Salute

Renato amava uscire quando il sole si consegnava alla notte, evitava il clamore della luce diurna, considerava scarsa e troppo banale la vita sotto i riflettori, infatti ripeteva spesso "quelli che incontri di notte non sono diversi da te, il giorno puoi incappare in persone sbagliate". Ormai conosceva solo il percorso di cento metri che lo divideva dal bar e forse, nel suo vivere, non aveva tutti i torti nel ripetersi lo stesso ritornello.

La sera seguente uscì di casa, persuaso dalle belle immagini suggerite dai nudi di donna sfiorati nel suo passato, nel suo antico essere... Denise, Romina, Cinzia, Michela eccetera eccetera. Godeva nel ripassare i loro beni. Ebbe un sussulto quando vide più gente del solito davanti al bar, si fermò poco prima e rifletté, per poi dar spazio al vociare della mente "ah, già è sabato, l'ora d'aria concessa agli schiavi del mondo nuovo... domani conteremo i danni e le ferite, banda di idioti!"

S'intrufolò silenziosamente, convinto di passare inosservato e, forse, ci sarebbe riuscito se non si fosse scontrato con Giusi "Oh, ciao! Volevo raggiungere il mio posto non mi aspettavo fosse occupato da te". Giusi rappresentava il sogno proibito di Renato, lei con quel lato b prosperoso e quell'avvenenza capace di paralizzarlo al minimo impatto, quella sera bastò uno sguardo e due parole "volevo che un gentiluomo mi offrisse da bere, so che siede sempre qua!"

L'ex maestro non aveva più lo



smalto di un tempo, a malapena mostrò un sorriso per poter osare il miglior benvenuto "Ma prego Giusi, per me è un piacere!"

Un'occhiata a Daniele che servì subito la bottiglia di rosso e due bicchieri, non senza una battuta "Renato, son contento che sei in compagnia". Egli allargò le braccia, l'unica risposta chiara che conosceva. Giusi lo conosceva bene, non temeva quell'omino, strappato a forza dalle pene dell'inferno, tentò una mediazione, sebbene il barista fosse già tornato dietro al banco "non ti viene niente da dire? Ti ha detto che è contento per te, mi è sembrata una persona sincera".

Renato versò da bere, non gli interessava dover chiarire i suoi modi, non riteneva di dover spiegazioni a nessuno, già sopportare Massimo, il suo amico immaginario, era un peso gravoso sulla coscienza. La donna vissuta, con qualche chilo in più e i capelli legati, replicò aggiungendo un altro disappunto "sembra che la vita non ti sfiori più di tanto..."

A quel punto la voce di Renato

si fece più cupa "la vita? Sai, i cattolici dicono che sia un dono di dio, spesso mi chiedo in quale evento ha ritenuto che meritassi questo regalo? Forse perché quindici anni dopo la seconda guerra mondiale, già erano morti tutti i comunisti di questo paese. Probabilmente un prete mi risponderebbe così, non credi?"

Giusi la prese a ridere "non so neanche di cosa parli, ti capisci solo tu, ti succede anche quando fai l'amore... lo sai?" Seguì un silenzio pesante, intanto Romeo, come ogni sera, seguiva a entrare e uscire dal bar, dopo un colpo di whisky diretto al fegato, la gente intorno intonava un brusio simile a quello delle stazioni piccole, quando i pendolari, accompagnati dalle mogli, attendono il treno.

Sebbene contrariato, il suo amico immaginario non si voltò, allorché il maestro ritenne doveroso difendersi "hai ragione, Giusi; come amante sono una schiappa, tu invece ti senti l'amante perfetta? Credo sia molto più facile fare l'amante

CONTINUA A PAG. 47

monologo di un etilista

CONTINUA DA PAG. 46

per una donna, io devo sostenere quest'intruso tra le gambe e credimi non è così facile".

Tra una chiacchiera e l'altra, Daniele servì la seconda bottiglia, Giusi s'era già sbottonata la camicia e pareva sommersa da altri patemi, allora Massimo colse nel segno "ormai non sei più capace di avere rapporti con le donne, dopo tua moglie ne hai cambiate tante e nessuno è rimasta con te. Sei destinato a morire solo come un cane!-.

Renato lo spinse con forza e prese a scacciarlo da sotto il tavolo, ma cadde la sedia, mentre continuava a colpire l'aria. Succedeva spesso, lo conoscevano in molti e chi non lo conosceva, lo ignorava come s'ignorano gli ultimi. La mano esausta di Giusi l'accarezzò, avrebbe voluto medicare le sue ferite, purtroppo l'offesa era entrata in circolazione nelle rughe dei ricordi "sì, lo so, i perdenti come me devono perire di noia, perché ci sono quelli come te che vincono sempre, vincono a priori, invece sai

che ti dico -meglio una vita di fallimenti, sacrifici e pentimenti, che una vita da ruffiano e servo. Almeno avrò vissuto di sogni e momenti intensi, i ruffiani come te vivono di riflesso, ridono perché possono contare sulle catastrofi altrui.

Io ci ho sempre provato, ho sempre provato a costruire un nuovo regno, una nuova realtà, però non è mai andata.

Sono finiti i tempi della passione e dell'incanto, tu chi credi di essere? Il buon samaritano o un altro ubriaccone come me, che crede d'essere diverso perché ha la moglie a casa? Non ho paura della morte, non mi è mai fregato nulla di morire. Volevo un mare immenso dove portare i bimbi, avrei voluto si realizzasse il sogno, il comunismo in ogni parte del pianeta e voglio morire con questa illusione.

Non ho tempo per sentire i problemi dei divi e dei vincenti, non ho più tempo ormai. Io non ho tempo per fermarmi ad ascoltare anatemi razzisti contro gli extra comunitari, li derubiamo da sempre e adesso ci scandalizziamo perché vengono qui... invece, a me fa schifo questa società avanzata, che

sfrutta uomini e donne, poi la domenica si confessa in chiesa... Dio non è roba per poveri...

La notte scende e la platea si ritira, Romeo prende l'ultimo drink e scappa via, mentre Giusi tira fuori dal locale il maestro ubriaco e, pian piano, raggiungono casa.

CONTINUA NEL PROSSIMO N.

NOTA: la prima puntata nel numero 3 - giugno 2015



Antonio Recanatini

Poeta, scrittore, nato a Pescara. La sua poesia è attenta a risollevarne il sentimento della periferia, all'orgoglio di essere proletari e anticonformisti.

Collaboratore redazionale di Lavoro e Salute



I virus letali delle malattie dei poveri. Gli eventi che incidono e le modificazioni delle politiche industriali, delle abitudini, soprattutto alimentari, dell'organizzazione sociale, del clima.

La meritocrazia è considerata dalle retoriche dominanti il rimedio di ogni male. L'autore del libro ci mostra tutti i paradossi.

in libreria



in libreria

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

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



inserzione concessa gratuitamente

**una tazzina nutriente
gusto, qualità, solidarie**

café REBELDE



Sono disponibili su ordinazione i sacchetti di cotone per i pacchetti da 250 gr. di caffè 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@cafezapatista.it tel / fax 02 64100541 cell. 320 2160435

officina AURORA l'autosicurezza

via Principe Tommaso 12 Torino 011.658080

inserzione concessa gratuitamente

*mestiere
e onestà*



IDRAULICA STAGLIANO'

Telefono 327.6546432

preventivi gratuiti interventi celeri

inserzione concessa gratuitamente

Nuovo ctc



Vendita pneumatici autoveicoli motoveicoli

convenzioni con noleggi a breve e renting
Tagliandi in sede
via Monte Novegno, 13 - 10137 Torino
Tel./Fax 011.3119829
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 benessere 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 reporting ed analisi risultati, di networking post- eventi e supporto disseminazione sul WEB.

deborahcarta@live.it



psicoterapia online

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:

- "Romper il ghiaccio" quando sei titubante 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. È 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"

le copertine degli ultimi 5 numeri precedenti

leggi tutti i numeri di lavoroesalute sul sito del periodico

www.lavoroesalute.org

Racconti e Opinioni **lavoroesalute**

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 - Fiorenza Arisio
Marco Prina - Antonio Recanatini
Renato Fioretti - Gino Rubini
Marilena Pallareti - Fulvio Aurora
Alessandro Rossi - Marisa Chiarella
Mauro Durazzo - Arnaldo Sanità**

Supplemento alla rivista nazionale
Medicina Democratica
Autoriz. Tribunale Milano n° 23-19/
1/77 Reg. naz. stampa (Legge 58/81
n° 416, art. 11) 30/10/1985
Direttore 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: 11-9-2015
Suppl. rivista M. D. - n° 216/218
Stampa: via Brindisi 18/c To

www.blog-lavoroesalute.org



**31° anno di giornalismo
nel lavoro per la sanità pubblica**

Pubblicati 221 numeri

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

Scritto da 1584 autori

- 1159 operatori sanità
- 154 sindacalisti
- 55 esponenti politici
- 206 altri

Stampate 709mila copie

- 502mila ospedali e ambulatori
- 133mila luoghi vari
- 72mila copie distrib. nazionale

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

LA PODEROSA

Associazione di **promozione sociale**

Affiliata ARCI – Via Salerno 15a - Torino

SERVIZI E SPORTELLI

CAF – Centro Assistenza Fiscale		
	Lunedì – mercoledì – venerdì dalle 14,30 alle 17,30 Martedì – giovedì dalle 9,30 alle 12,30 tel. 3453568126 mail: lapoderosacaf@gmail.com	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.
Sportello CASA		
	Venerdì dalle 15,00 alle 17,00 Tel. 3343844562 mail: sportello casa_2015@libero.it	Supporto gratuito a sfrattati, famiglie in difficoltà e chiunque abbia problemi relativi al diritto alla casa.
Sportello MIGRANTI		
	Martedì dalle 10,00 alle 12,00 Tel.: 3347879750 mail: lapoderosamigranti@gmail.com	Informazione e assistenza per pratiche di soggiorno, ricongiungimenti familiari, cittadinanza e documenti vari.
GAP (Gruppo acquisto popolare)		
	Sabato dalle 9,30 alle 12,00 Banchetto in via Garibaldi/Corso Palestro Per informazioni: tel. 3494068325 mail: gaptorino2015@gmail.com	L'associazione GAP Solidale di Chieri in collaborazione con Rifondazione Comunista di Torino contro il caro-vita, le politiche di austerità, la grande distribuzione speculativa mette a disposizione prodotti di qualità a prezzi calmierati.
Sportello SANITÀ		
	Martedì dalle 16,30 alle 17,30 Tel. 3453568126 mail: associazionelapoderosa@gmail.com	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.
DENTISTA sociale		
	Per informazioni su preventivo gratuito e per appuntamenti Tel. 3453568126 mail: associazionelapoderosa@gmail.com	Il DENTISTA SOCIALE a Torino in collaborazione con Rifondazione Comunista di Nichelino. Qualità e giusto prezzo. 50% in meno dei prezzi di mercato 30-40% in meno delle tariffe pubbliche