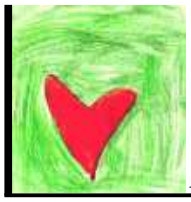
su internet: Graffi quotidiani di ALTRAinformazione *blog.libero.it/lavoroesalute*

Racconti e Opinioni

lavoroesalute

25° anno di giornalismo dei lavoratori *pagina 39*

anno 25 - n. 1 febbraio 2009 * Periodico diretto da Franco Cilenti * redazione: info@lavoroesalute.org



manuale di strada per cittadini salvacuore

pagina 12

dislessia: la parola a un medico logopedista

pagina 16

Ru486: parla l'inventore della pillola

pagina 20

lavoro sicurezza e psicofarmaci

pagine 22,23,24

in questo numero anche

2- **QUESTA ITALIA SEMPRE PIU' MARCIA**

3- **LA MARCIA PER LA SALUTE**

6- **UN INFERMIERE AL "PADRE PIO"**

8- **IL MIO TESTAMENTO BIOLOGICO**

9- **STORIA DI MALASANITA'**

10- **I MIGRANTI E I LUOGHI COMUNI**

15- **DROGHE E CATTIVA INFORMAZIONE**

17- **LAVORARE CON IL NEMICO BLU**

19- **LETTERA: PER UN NORMALE PARTO EPIDURALE**

25- **CISL E UIL CON BERLUSCONI**

37- **LIBRO: FARMACI E LA CASTA BIANCA**

40- **I "FANNULLONI" FANNO SALUTE**

e altro ancora

aria? acqua? terra?

in salute precaria mentre la politica abbaia alla luna

da pagina 26 a pagina 35

dossier
inceneritori e salute
a cura di una oncologa

siamo medici e infermieri, non spie

Appello ai Presidenti delle Regioni e agli Assessori Sanità

pagine 2-4-5

Pacchetto sicurezza
obbligo per i medici di denunciare i clandestini

vignetta del collaboratore di LavoroeSalute - Tubal

invia i tuoi racconti, le tue opinioni in redazione: info@lavoroesalute.org

l'editoriale

di Franco Cilenti

Ci derubano come prima, più di prima

Sprechi e corruzione, tutta una tangentopoli nel paese di bengodi per gli affaristi

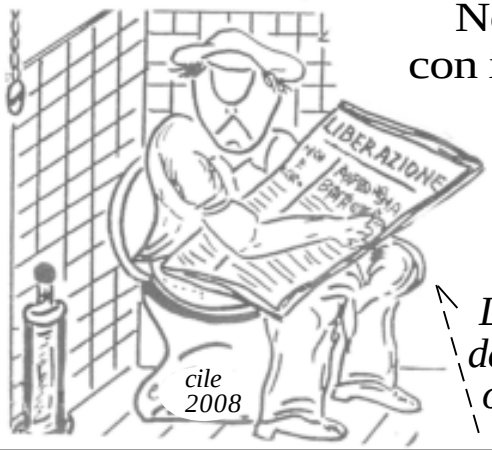
Conti pubblici, lavori pubblici, grandi opere, appalti, il sistema sanitario, gli uffici giudiziari.
Tutto sottoposto a corruzione permanente con tangenti e mazzette sempre pronte sottobanco. Corruzione, concussione, collusione che dilagano da Nord a Sud, questa è stata la puntuale analisi della Corte dei Conti.
Le relazioni svolte dal presidente Tullio Lazzaro e dal procuratore generale Furio Pasqualucci ci parlano senza mezzi termini di una nuova Tangentopoli, anzi di una tangentopoli senza soluzione di continuità dalla prima Repubblica ad oggi e, pare, con un aumento esponenziale nella cosiddetta seconda Repubblica. Anzi, oggi le pratiche sotterranee non sono più tanto sotterranee, sono diventate quasi "la norma" e chi è fuori dal "giro" è malvisto, considerato un "diverso", un pericolo per il sistema, da emarginare se non si riesce ad eliminare.

La Corte dei Conti sulla corruzione afferma che "trova terreno fertile in un sistema di controlli insufficiente. Controlli interni ed esterni sull'amministrazione non pienamente adeguati. Vi è allo stato attuale una situazione di scarsa efficacia, di pochezza di effetti concreti".
Quindi "dove manca la trasparenza si genera il cono d'ombra entro cui possono trovare spazio quei fatti di corruzione e di concussione che rendono poi indispensabile l'intervento del giudice penale", che produce "prima ancora del definitivo accertamento dei fatti, un clima di sospetto, una nebbia mefitica che sembra avvolgere tutto e genera sfiducia nei cittadini".

Non si salva nessuno dei settori nei quali attecchisce quasi per natura il fenomeno corruttivo, a cominciare dal giro di interessi mossi da Calciopoli e dalle false pratiche sanitarie emerse dalla "clinica degli orrori" di Milano.

Proprio nella sanità e sul rapporto "malato" tra il servizio sanitario nazionale e il sistema privato, vedi convenzioni, il "Terreno fertile per comportamenti truffaldini, comunque per forme di sperpero di pubbliche risorse" con false fatturazioni, lavori mai completati, strutture in manutenzione permanente, impianti installati e mai utilizzati, corsi di formazione e di aggiornamento fantasma, forniture fuori controllo, acquisti mai autorizzati, irregolarità nella gestione dei ticket, e via di questo passo in tutti gli anfratti gestionali di un sistema aziendalizzato e sempre piu' accentrato e quindi fuori da ogni controllo pubblico.

Si passa quindi ai lavori pubblici, o meglio, gli appalti per le grandi opere "incompiute" Uno spaventoso spreco al quale si aggiungono le richieste di risarcimento da parte dell'Europa per tutte quelle opere finanziate in compartecipazione, per cui Bruxelles ha anticipato in tutto o in parte i fondi stabiliti. Ed è questo un capitolo che in questa particolare accezione rientra nel "sempre crescente numero di giudizi per frodi comunitarie, per indebita percezione o distorta utilizzazione di contributi comunitari, ovvero per gravi negligenze in materia di controllo dei requisiti d'accesso".
Ecco l'italietta che ci fa addirittura rimpiangere la prima Repubblica.
Come siamo ridotti!



cile 2008

Non lotti, non conquisti con i grandi partiti lobbisti

Al confronto di questi la DC e il PSI erano dei dilettanti allo sbaraglio. La regia degli industriali, dei massoni, dei banchieri oggi è più accorta di ieri

operatori sanitari

APPELLO ALLA DISOBBEDIENZA

E' il tempo del tradimento di Ippocrate. Siamo alla guerra di tutti contro tutti e di tutti contro i più deboli. Il medico potrà diventare spia e nemico numero uno di chi ha bisogno di cura, sarà più difficile raggiungere i cari in altre parti del Mondo, vengono riconosciute le ronde dei cittadini, i senza fissa dimora saranno schedati. Una vera dichiarazione di guerra civile. E il resto del Paese, la parte sana della società rimane sconcertata, prova reazioni, tenta la strada dell'obiezione di coscienza. Reagisce senza gli strumenti di rappresentanza utile in Parlamento, dopo il voto di Apile 2008.
Sono dichiarati devianti e antisociali i "clandestini", devianti gli insegnati fannulloni, devianti i lavoratori pubblici, devianti saranno i medici obiettori, devianti (e malati da curare.
E' il momento della disobbedienza civile e istituzionale, della rinuncia e delle scelte coraggiose. E' il momento dello scatto etico nei fatti, dell'assistenza ai clandestini, del servizi sanitari paralleli e gratuiti, dell'accoglienza a chi sarà braccato; è il momento in cui anche gli enti locali dovranno scegliere se aderire o sabotare, se applicare le norme o pensare una nuova forma di welfare informale e fuori legge; è anche il momento dell'esposizione personale, del ritorno alla passione civile dispiegata nei mille rivoli delle pratiche quotidiane di resistenza. I cittadini e gli amministratori che non si arrendono dovranno inventare altre forme di inclusione e di promozione di cittadinanza. I medici, insieme agli altri operatori sociali del territorio saranno chiamati a immaginare forme solidali di assistenza, ognuno sarà chiamato a trovare il proprio posto in questo nuovo contesto. Partiamo da noi, dai luoghi in cui siamo presenti, attrezziamoci per resistere e progettare altre forme di relazione sociale. Non siamo pronti, dobbiamo esserlo.

Una marcia della salute attraversa l'Italia

Il sistema sanitario nazionale, è sotto una morsa stritolatrice di straordinaria potenza: da una parte il taglio alle risorse disponibili portato a compimento dalla Finanziaria di Tremonti che prevede una riduzione della spesa tendenziale - ossia quella realmente necessaria per offrire i servizi sanitari - nei prossimi tre anni di 35 mld di euro e, dall'altra parte, una organizzazione sanitaria già frantumata in 20 sistemi sanitari regionali, troverà nel federalismo fiscale la cementificazione delle disuguaglianze esistenti rispetto alle prestazioni erogate, cancellando definitivamente quel che resta della universalità del diritto alla salute.

Dentro questa morsa, la privatizzazione del sistema sanitario e la sua americanizzazione sono la conseguenza più probabile.

Eppure quella sanità è un modello fallimentare negli Stati Uniti: dopo il cancro e le malattie del cuore, quel modello organizzativo e sociale con 250mila morti all'anno è la terza causa di morte. Non a caso Obama vuole cambiarlo e renderlo universale e gratuito.

In questi giorni, il governo Berlusconi è prodigo, attraverso diverse strutture informative, nell'allarmare i cittadini, ammonendoli sulla incontrollabilità dei costi del sistema, che nel giro di pochi anni - se non ci sarà una drastica correzione al ribasso - non sarà più in grado di garantire le prestazioni sanitarie a tutti. La salvezza, secondo il governo, neanche a dirlo, sono le assicurazioni private, che attraverso il sistema integrativo, copriranno quello che non è più coperto dal sistema nazionale.

Questo film l'abbiamo già visto.

Il tema era quello delle pensioni, i soldi erano quelli dei lavoratori. L'esito, nefasto, è che sparita la pensione, sparito il tfr, non è restato più nulla. Va inoltre ricordato, che nessuna assicurazione al mondo, farebbe un contratto con chi già soffre di una qualche patologia e che a priori, verrebbero escluse dalle coperture assicurative tutte quelle condizioni che sono potenzialmente a rischio per via della professione o dell'ambiente in cui si vive.

La pura traduzione di una politica di questo tipo è semplicemente la cancellazione dell'idea universalistica del diritto alla salute, l'assunzione del dogma iperclassista della valorizzazione del "censo" con una sanità privata efficace ed efficiente per i ricchi, e una sanità pubblica stracciona e di bassa qualità per le masse dei lavoratori e dei disperati ai margini della società.

Il sistema sanitario nel nostro Paese, pur essendo tra i migliori europei, soffre di molte cose, principalmente legate allo sfruttamento delle risorse disponibili da una connessione politico-affaristica che divora fondi pubblici non per curare o prevenire, ma per arricchire speculatori e politicanti.

Basta pensare agli scandali che da anni investono i sistemi sanitari regionali e quello nazionale; basta citare appalti per servizi collaterali alle prestazioni mediche, o al sistema di liquidazione, detto Drg, delle prestazioni erogate dalle Asl e dalle Aziende Ospedaliere ed assunte anche a sistema per le cliniche private convenzionate, salite, di recente alla ribalta con la "clinica degli orrori" del Santa Rita di Milano.

A fronte di uno scandalo gigantesco, tra ruberie e sprechi, tutto ciò che sanno dire è: tagliare.

Tagliare i posti letto, senza alcun investimento per i territori in medicina di base, tagliare prestazioni e servizi, mettere ticket.

Non è più il momento di attendere, adesso bisogna reagire. Dobbiamo mettere in campo un grande movimento di massa, unitario e plurale, che non solo contrasti questi propositi e la corruzione del sistema, ma che proponga una sanità pubblica capace di allargare l'accesso alle prestazioni, anche quelle oggi non coperte dal sistema sanitario nazionale.

Una sanità universale, uguale e per tutti e tutte. Con la marcia per la salute, che attraverserà tutt'Italia, Rifondazione Comunista inizia a dare un suo contributo.

Marco Nesci
responsabile nazionale Salute
di Rifondazione Comunista

Le tappe della marcia

La marcia attraverserà tutta l'Italia e si concluderà giovedì 28 maggio con una manifestazione nazionale a Roma. Il percorso avrà una durata di 18 settimane e interesserà tutte le regioni.

Durante il percorso le manifestazioni dovranno avere la caratteristica di iniziative di piazza o assemblee pubbliche con la partecipazione dei lavoratori del settore e dell'utenza.

Sarà inoltre operativo lo sportello di denuncia sulla malasanità disponibile sul sito: www.rifondazione.it/sanita.

Collegati alla campagna "Marcia per la salute" saranno avviati Gruppi Tutela Sanità Pubblica (Gtsp), il cui scopo sarà quello di allargare l'accesso alla sanità pubblica e a prezzi politici per quelle prestazioni non coperte dal sistema sanitario nazionale: odontoiatria e protesi; sviluppo di una politica sociale di prevenzione e cura delle malattie mentali; interventi a sostegno dell'iniziativa pubblica istituzionale nella cura delle dipendenze; apertura di vertenzialità territoriali sul funzionamento delle prestazioni sanitarie tramite Cup e contrasto all'intramoe-nia; sviluppo dell'iniziativa politica per l'abbattimento dei tempi di attesa; iniziativa sociale per una diffusione responsabile di farmaci generici e contrasto all'incremento dei prezzi dei farmaci.

nursing in movimento

I VALORI ALLA BASE DELLA NOSTRA PROFESSIONE SONO UNIVERSALI

Nessuno è straniero

Un impulso alla ribellione esplode dentro di noi in modo sempre più consapevole e rabbioso di fronte ad ingiustizie a volte palesi, a volte indecifrabili e nascoste.
Ormai da alcuni mesi siamo bombardati da una campagna mediatica che enfatizza una società insicura, violenta, folle. Sembra che i valori della vita, non quelli generici a mio parere opinabili, ma quelli caratterizzati da qualità e dignità siano totalmente frantumati. I fatti di cronaca nera occupano le prime pagine a mostrarci una realtà fatta di disagio ed emarginazione, distogliendo la nostra attenzione dalle vere cause di malessere della nostra società.
Un impulso alla ribellione esplode dentro di noi in modo sempre più consapevole e rabbioso di fronte ad ingiustizie a volte palesi, a volte indecifrabili e nascoste. Quello che lascia perplessi non è la corrispondenza di questi fatti alla verità, ma l'uso strumentale che ne consegue. Nuove, ma "vecchie", parole d'ordine vengono gridate: "ordine e sicurezza", controlli più severi, repressione, schedature con impronte digitali.
Identificare il problema nel diverso, nello straniero, è una semplificazione di una questione ben più complessa.
L'Italia protesa nel mar Mediterraneo come una mano aperta a Sud all'Africa e all'Est europeo rappresenta il confine tra i paesi dell'occidente opulento e i paesi straziati da povertà e guerre, gli stessi paesi sulle cui risorse questa ricchezza si alimenta.
Ogni anno migliaia di persone, sfidando viaggi pericolosi e spesso mortali, testimoniano la voglia di costruire un futuro per sé e per i propri figli, non possiamo non possiamo negare loro questa possibilità solo negandone fisicamente l'ingresso.
Nessuno mette in dubbio il rispetto della legalità e della convivenza civile, ma non credo sia possibile ottenerli con azioni di polizia o con l'esercito.
Il villaggio globale condivide sempre più urgentemente i suoi problemi di sopravvivenza e giorno dopo giorno diventa più evidente l'incertezza per il futuro del pianeta.
Il modello dominante è quello che pone al centro l'economia con l'idea che lo sviluppo economico e l'accumulazione di capitale possa essere l'unico fattore che genera benessere, ma la realtà contraddice le intenzioni, le disuguaglianze sono aumentate esponenzialmente e con esse l'aspettativa di vita e di salute di milioni di persone. Seguendo un principio molto simile a quello dei vasi comunicanti i più poveri si spostano là dove la ricchezza si è concentrata, i flussi migratori tendono a ripristinare un equilibrio perduto o mai esistito.
Noi di Nursing in movimento abbiamo deciso di non rimanere neutrali, non ignoreremo le nostre responsabilità verso la salute della comunità.
Oggi il fenomeno della migrazione interessa direttamente anche la nostra professione. Nursing in movimento fin dal suo inizio ha posto attenzione a questo aspetto dell' infermieristica, al contempo critico e denso di opportunità. Crediamo che conoscere esperienze e culture diverse e confrontarsi con esse non può che arricchire il nursing e potenziare la sua capacità di risposta verso i bisogni di salute.
Naturalmente non mancano i rischi dovuti a discriminazioni lavorative e culturali come pure alle falle del Servizio Sanitario Nazionale che permettono l'ingresso di un mercato speculativo molto promettente, quello dell'appalto di servizi infermieristici.
Personalmente penso che "nessuno è straniero nel nursing" proprio perché i principi ed i valori alla base della nostra professione sono universali e parlano la stessa lingua.

Giancarlo Brunetti
infermiere professionale
www.nelmovimento.org

BOICOTTIAMO LE LEGGI RAZZIALI

LA SALUTE E' UN DIRITTO DI TUTTI

Il Governo ha invitato i Medici e tutti gli Operatori della Sanità a denunciare i migranti clandestini che hanno bisogno di aiuto e cure. E' lo stesso governo che lascia per mesi in condizioni disumane i migranti senza assistenza, ne' cure adeguate per i malati nei CPA trasformati in carceri e reclusi fino a 18 mesi.
Il 5 febbraio 2009 il Senato ha approvato l'emendamento della Lega al ddl sicurezza che elimina il divieto di denuncia da parte dei medici degli immigrati che vengono assistiti dal servizio sanitario nazionale e dà loro la facoltà di effettuare la denuncia stessa. L'emendamento proposto dal centrodestra al Testo Unico sull'Immigrazione e':
> contro l'art. 32 della Costituzione, in base al quale la salute è tutelata dalle istituzioni in quanto riconosciuta come diritto pieno ed incondizionato della persona in sé, senza limitazioni di alcuna natura, comprese - nello specifico - quelle derivanti dalla cittadinanza o dalla condizione giuridica dello straniero;
> contro il Nuovo Codice Deontologico dei Medici Italiani approvato nel 2006;
> contro la Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo;
Noi pensiamo che a tutto questo si debba non solo resistere, ma che sia arrivato il momento di reagire con la ferma denuncia di questo Stato di barbarie e soprattutto testimoniando la nostra partecipazione e la solidarietà attiva verso i migranti.
Medicina Democratica invita pertanto tutti gli operatori della salute:
> al rifiuto della denuncia degli immigrati clandestini
> alla esplicita disobbedienza civile.

Medicina Democratica invita inoltre alla mobilitazione i lavoratori, tutte le Associazioni, le Organizzazioni sindacali e i Cittadini contro questa politica di discriminazione e razzismo del governo Berlusconi per bloccare questo ddl affinché venga bocciato alla Camera.

NO AL RAZZISMO DI STATO SI' AL DIRITTO ALLA SALUTE PER TUTTI
Uniamo le forze per sensibilizzare l'opinione pubblica e far nascere un moto di sdegno in tutti i luoghi dove la gente si incontra.
Negli ospedali e nei distretti affiggiamo un manifesto che dichiari l'obiezione di coscienza degli operatori ,che sia scritto in più lingue perchè il primo obbiettivo è evitare che gli immigrati vedano le strutture sanitarie come trappole dalle quali fuggire .

Appello ai Presidenti delle Regioni e agli Assessori della Sanità

Richiesta ai Presidenti delle Regioni e agli Assessori della Sanità per emettere un decreto che ricordi ai medici l'obbligo costituzionale e deontologico a NON denunciare i migranti.

Obbiettivi:
1) Ottenere in tutte le Regioni ove possibile un atto formale di indirizzo a salvaguardia immediata dei clandestini
2) Raccogliere lo schieramento più ampio possibile intorno alla Campagna CLAN DESTINO DOC
3) Isolare le Regioni ideologicamente schierate
4) Aprire la strada ad un ricorso alla Corte Costituzionale e la messa in mora delle Regioni che rifiutassero di aderire.

Al Presidente delle Regione
E All'Assessore alla Sanità della Regione

Le sottoscritte Associazioni di Operatori della Salute, Associazioni di Migranti, Organizzazioni sindacali, Enti e Istituzioni

- ricordando che la cura degli immigrati clandestini e' incompatibile con la delazione che potrebbe essere introdotta da un emendamento al "Pacchetto Sicurezza", approvato il 5 febbraio al Senato, costringendo il medico prima a curare il clandestino malato e poi a denunciarlo alla polizia per l'espulsione, poiché i clandestini sarebbero costretti a non curarsi alla luce del sole, a danno della loro salute e di quella di tutti i cittadini, per eventuali malattie contagiose non trattate;

- segnalando che nei centri di cura dei migranti italiani l'afflusso dal 5 febbraio è già diminuito del 20% dimostrando l'irrazionalità e la pericolosità di una simile disposizione come da noi già indicato;

- ricordando che tale disposizione se dovesse diventare effettiva sarebbe contro:

- la Dichiarazione della Carta dei Diritti dell'Uomo adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 Dicembre 1948 e sottoscritta dall'Italia

- lo spirito e la lettera dell'art.32 della Costituzione, in base al quale la salute è tutelata dalle istituzioni in quanto riconosciuta come diritto pieno ed incondizionato della persona in sé, senza limitazioni di alcuna natura, comprese - nello specifico - quelle derivanti dalla cittadinanza o dalla condizione giuridica dello straniero;

- il nuovo Codice Deontologico approvato nel 2006 per gli art.1 e 2 e in particolare per l'art. 3
ove si dichiara:

- Doveri del medico -
Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia,in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.

E inoltre per quanto attiene l'art.4

- Diritti del medico
Libertà e indipendenza della professione -
L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione che
costituiscono diritto inalienabile del medico.
Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici della professione, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.
Il medico deve operare al fine di salvaguardare l'autonomia professionale e segnalare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale.

e inoltre

per gli obblighi derivanti al medico per quanto previsto dall'art.10 (Segreto professionale), l'art.11 (Riservatezza dei dati personali), l'art.14 (Sicurezza del paziente e prevenzione del rischio), l'art.20 (Rispetto dei diritti della persona) , art. 30 (Conflitto con la Pubblica Amministrazione), l'art.32 (Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili: vecchi, bambini e disabili tra i migranti), l'art. 34 (Informazione a terzi), art.70 (Qualità delle prestazioni)

chiediamo che:

1) la Regione X dichiari la proibizione della denuncia degli immigrati irregolari e dia precise e formali disposizioni perché in tutte le Aree della Medicina di base, Asl e distretti con rapporto regionale diretto o convenzionato o di qualsiasi altro tipo, al fine di consentire la continuità dell'assistenza agli extracomunitari, visto che l'accesso alla medicina generale e alle strutture specialistiche avviene attraverso il rilascio del codice STP che identifica lo straniero temporaneamente presente in Italia, questo divieto venga rigorosamente rispettato.

2) Il codice STP in nessun modo potrà essere tracciato o essere inserito/collegato in archivi, registri, database che non siano solo ed esclusivamente quelli identificati come indispensabili per l'assistenza e la cura dei migranti e il loro contenuto dovrà restare rigorosamente riservato allo stesso modo dei dati sensibili dei cittadini italiani nelle mani esclusive delle Direzioni Sanitarie.

3) Sarà l'Ordine dei Medici a rappresentare l'intera categoria e a stabilire i comportamenti dei medici coerenti con le norme contenute nel Codice Deontologico. La difesa della professione, la libertà e l'autonomia della stessa sono prerogative di tutti i medici e rappresentano un bene prezioso, oltre che un diritto al quale non può essere attribuito alcun colore di parte.

4) Per quanto loro attiene gli scriventi a loro volta si impegnano:
- a farsi parte attiva nel difendere in ogni modo questo bene di tutti i medici al fine di consentire che l'assistenza e la cura avvengano senza pressioni e condizionamenti di sorta verso tutti gli operatori della Salute;
- a farsi parte attiva affinché ai migranti clandestini sia garantito quel diritto alla salute senza denunce, ricatti o limitazioni di qualsiasi ordine e tipo, come dovuto ad ogni essere umano su questa Terra chiamata Italia.

Proposta di **Medicina Democratica**

sanità, affari e fede

LUOGOPARADIGMATICO DEL TEMPO CHE STIAMO VIVENDO

Accompagno Valentina presso l'Ospedale di San Giovanni Rotondo in Puglia. L'ospedale di Padre Pio.
Valentina eseguirà una terapia radiante perché deve preparare il suo corpo al trapianto del midollo che eseguirà a breve presso l'Ospedale Civile di Pescara.
Eviterò tuttavia di dire di lei e della sua speranza di vita: dirò invece di questo luogo di culto, di pellegrinaggio, di malattia, di tempo libero, di veloce sviluppo edilizio ovvero di gioia e dolore insieme, di piaceri dello spirito ma anche della carne poiché credo che San Giovanni Rotondo sia un luogo paradigmatico del tempo che stiamo vivendo, uno spazio grottesco ed assolutamente informato sin nei suoi più insignificanti dettagli, dalla dittatura liberista.
Padre Pio sta a San Giovanni Rotondo come Topolino sta a Disneyland o Hilton alla catena degli alberghi o Che Guevara a Cuba o la Ferrari alla Formula 1.

Padre Pio è il personaggio, il marchio, l'icona, lo sponsor di un sistema molto articolato che produce affari ma soprattutto immaginario.
Chi va a San Giovanni Rotondo, magari dopo aver vinto un soggiorno breve in uno dei concorsi a premi organizzato all' Ipercoop, può confessare i suoi peccati e commetterne degli altri al tempo stesso, può acquistare souvenir del Santo Pio e giocare al video poker nello stesso bar, può vincere denari o fare elemosina, assistere ad una funzione religiosa o farsi le analisi del sangue, la radioterapia, un intervento chirurgico, può utilizzare l'acqua santa per il segno di croce o bere una Heyneken gelata, può fare la comunione o mangiare un trancio di pizza al salmone.
E' facile passare dall'ascolto di una salsa o un merenghe al ristorante, all'ascolto del rosario diffuso dagli altoparlanti appena fuori.
Direi che non esiste una netta distinzione tra le informazioni, tra i messaggi. Anzi: tutto costituisce un unico messaggio e per questo, i clienti di San Giovanni Rotondo paiono essere molto felici del loro pellegrinaggio perché è un po' cura dell'anima e un po' del corpo, un po' preghiera ed un po' pik-nik.
San Giovanni Rotondo è un luogo assolutamente privo di un'architettura che ne racconti la storia nel corso dei secoli. Non ci sono case ma alberghi, pensioni, ristoranti. Non ci sono botteghe o giardini con le panchine o mercati rionali che dicano di una certa quotidianità; ci sono bancarelle con i souvenir, ci sono le piscine negli hotel, i menù turistici, i rondò, il trenino bianco che porta i turisti dal Santo Pio, proprio come a Gardaland.
E ci sono le telecamere per la video sorveglianza. E la Polizia con i Carabinieri in postazione. E c'è il 118 per le emergenze sanitarie. Ed il Pronto Soccorso. E la vigilanza privata armata che presidia, controlla, passeggia tra i clienti perché anche un luogo di culto, di cura e divertimento, concorre alla produzione di paura ed insicurezza, necessarie alle attività di Governo sui cittadini: anche questo luogo così lontano dalle aree metropolitane, informa i clienti che il pericolo è sempre alle porte e non risparmia neanche i malati, neanche i pellegrini.
L'ospedale domina una piana molto suggestiva; è un edifico sontuoso pieno di marmi colorati e preziosi ma anche pieno di immagini del Santo, di musei del Santo, di reliquie del Santo.
Ci sono anche i pazienti, c'è anche il personale medico ed infermieristico ma sembra solo un dettaglio in un edificio monumentale che celebra il Santo prima di produrre salute.
Il valore aggiunto di questo luogo di cura non è il livello scientifico degli interventi, non è la professionalità del personale ma il suo sponsor, il suo marchio di alta fedeltà: la possibilità che il Santo interceda tra paziente e Dio facilitando la guarigione dalla malattia, è un pensiero diffuso tra gli avventori, un pensiero sostenuto da una impressionante operazione mediatica da parte di radio e giornali locali, annunci pubblicitari, manifesti, volantini, altoparlanti, fotografie. Davvero un mare di comunicazione finalizzato a fidelizzare i suoi clienti.

Lorenzo Marvelli

Contro alcuni medici accusati di lesioni e truffa e, al tempo stesso, contro la clinica Santa Rita, santuario privato

MEDICINA DEMOCRATICA PARTE CIVILE NEL PROCESSO ALLA CLINICA SANTA RITA

Anche Medicina Democratica - Movimento per la Salute Onlus, assistita dagli avvocati Nadia Germanà e Giuliano Pisapia nel processo contro alcuni medici accusati di lesioni e truffa e, al tempo stesso, contro la clinica Santa Rita di Milano ove operavano.
MD, ha sottolineato il Tribunale, è un'organizzazione presente e operante su tutto il territorio nazionale, con alle spalle una notevole attività tecnica, scientifica e - soprattutto - sociale nel campo della salute.
Un riconoscimento importante e qualificante: non si tratta infatti solo di fare giustizia per atti medici inutili e dannosi (alcuni eseguiti "con crudeltà"), ma anche - come ha ricordato il Tribunale citando i convegni di MD sull'argomento - di mettere in discussione il sistema del finanziamento a prestazione (DRG) che è all'origine dell'azione della Casa di Cura e delle persone sotto accusa. In questo senso, pur senza le stesse aberrazioni, la Casa di Cura Santa Rita si trova in compagnia di molte altre strutture private denunciate per falsificazioni di diagnosi, oltre che per uso scorretto del suddetto sistema di finanziamento.
MD cercherà di fare in modo che nel corso del processo si entri nel merito di quella che è stata definita la mercificazione della sanità, perché in sede politica finalmente si giunga a porre il problema della trasformazione del sistema attuale che "paga la malattia", con un altro sistema "che paga la salute".

Ancora uno scandalo in sanità, questa volta nel Lazio. Considerazioni a margine del nostro lavoro di pubblici fannulloni, di fronte alle truffe di stakanovisti truffatori privati

Ricoveri taroccati, falsi rimborsi

Noi che lavoriamo nella sanità abbiamo la chiara percezione che questi meccanismi che sottraggono risorse alla salute delle persone siano una prassi diffusa.
Gli accreditati giocano al rialzo con le prescrizioni, per succhiare il sangue alla sanità pubblica, chiedono esami inutili, ne chiedono la ripetizione a breve periodo. Eseguono accertamenti di livello superiore su chiunque, esami diagnostici che dovrebbero, invece essere riservati ai veri malati.
Non rispettano standard di qualità, spessissimo, purchè la quantità sia garantita. Per un rimborso maggiore, ricoverano per più giorni per patologie che richiederebbero due ore. E quindi assumono, hanno personale, segreterie, divise.
Noi, nel servizio pubblico, strangolati dal debito, non abbiamo ore di straordinario per pagare i ferristi della sala operatoria, siamo costretti a chiudere i servizi se ci ammaliamo, abboffiamo di turni di notte gente che turna da 25 anni. 10 notti al mese, mi diceva la collega tre giorni fa, sai quante sono a 50 anni? I medici vanno in pensione, non si assume.
Gli infermieri escono dai turni per usura, gli altri li devono coprire.
Ma i privati assumono con contratti a termine personale spesso straniero, ricattabile. D'altronde riservandosi la parte leggera (quando non trasparente) della patologia, non hanno bisogno delle alte competenze che esprimono le professioni (infermieri, ostetriche) negli Ospedali pubblici.
Professioni che richiedono addestramento, cultura, fatica. Lavoro d'equipe per affiatarsi e ridurre i rischi. Il vizio di alzare il gomito prescrivendo esami riconosciuti dalla comunità internazionale come inutili è dominante comunque. I medici corretti, quelli che rispettano il paziente, le finanze dello Stato e che prescrivono solo ciò che serve, vengono calunniati: "Come non lo ha fatto? E' gravissimo!!" E i Medici di Medicina Generale discutono finchè possono con i pazienti: "Ma guardi che non le serve! Ma che lo fa a fare?"
L'illusione che misurarsi il colesterolo ogni tre mesi ci salvi la vita senza mangiare correttamente e muoversi è dura a scalfire. Che fare tante ecografie dia per forza un bambino sano, come conseguenza. Prevenire è meglio che curare. Ma fare tante analisi non previene un gran che. Sarebbe meglio smettere di fumare, o bere l'acqua del rubinetto, perchè dalle bottiglie di plastica trasudano sostanze tossiche. L'acqua minerale al posto dell'acqua del rubinetto. Una delle più colossali truffe, così riuscita da far si' che in una lettera a un giornale una donna si lamenti che non venga distribuita in ospedale... "Cosa deve fare chi non ha soldi? Morire di sete?" No, bere l'acqua del rubinetto, gentile signora, come fanno i ricchi.
Già perché sono i poveri a caricarsi quintali di acqua minerale. Fate la prova, mettetevi davanti a un Discount o davanti a un GS di un quartiere medio ricco. Contate i bottiglioni.
E ancora, pazienti che non hanno nulla, per i quali la sanità è l'unica cosa gratuita. Si prescrivono le analisi spesso con la segretaria del medico di base che "intanto" gli chiede un'ecografia, esami del sangue, quando non risonanze magnetiche.
Hanno visto un programma televisivo dove qualcuno, pagato da una casa farmaceutica che fabbrica una nuova tecnologia, pontifica sulla assoluta necessità, oserei dire sull'urgenza di fare un nuovo accertamento... pena la morte.
Altri lavoratori stanno in Pronto Soccorso, drenano il flusso incessante di malati.
Certo lo scoraggiamento non aiuta, si lavora male senza programmazione, senza investimenti, senza razionalità.
Ma qualche volta noi ci speriamo, che puniscano chi specula sui nostri soldi, sulla nostra fatica e sulla salute dei cittadini. Mentre cerca di illuderli che l'Assicurazione privata risolvera' tutto...

Elisabetta Canitano

pubblicato anche suwww.vitadidonna.it

Tutto il peggio di un sistema neo-patriarcale sembra all'opera qui e ora, in questo paese ormai narcotizzato. Il caso di Eluana Englaro: dalla vergognosa cagnara integralista in Parlamento alla spettrale e morbosa veglia del tg4. Un governo di santa inquisizione!

IL MIO TESTAMENTO BIOLOGICO

di Marco Cattaneo

A quanto riferiscono i quotidiani in rete, alle 20.38, ventotto minuti dopo la scomparsa di Eluana Englaro, il ministro del welfare ha dichiarato: "Comprendo le scelte del padre di Eluana Englaro anche se non abbiamo condiviso lo scopo". E, riporto da Repubblica (non siamo cronisti, noi, perciò riferiamo…), ha espresso l'auspicio "che l'Aula voglia procedere secondo il calendario affinché questo sacrificio non sia stato inutile del tutto e indichi la strada per il provvedimento."

Il testo portato in aula dal Governo è il seguente:

"DISEGNO DI LEGGE Atto Senato 1369 Art. 1.
1. In attesa dell'approvazione di una completa e organica disciplina legislativa in materia di fine vita, l'alimentazione e l'idratazione, in quanto forme di sostegno vitale e fisiologicamente finalizzate ad alleviare le sofferenze, non possono in alcun caso essere sospese da chi assiste soggetti non in grado di provvedere a se stessi."

Ora, signor Ministro, anziché accelerare i tempi di una legge che non risolve nulla – come essa stessa decreta nelle premesse, dato che è fatta "in attesa" – si prenda una vacanza, una pausa di riflessione dai temi della bioetica. Magari nel frattempo ricordandosi di mandare schizofrenicamente i NAS tre volte al giorno in tutte le cliniche private e negli ospedali pubblici, dove – lo sa – ogni giorno avvengono infrazioni. Se non dovesse avere gli indirizzi, chieda, chieda pure ai giornalisti della stampa medica. Qualche piccolo orrore l'abbiamo pur visto, in questi anni.
E magari, prima di legiferare con troppa fretta, prima di stendere poche righe senza riflettere, insieme all'autorevole consesso dei ministri della Repubblica, legga qualche libro. Di medicina, sì, ma anche di filosofia. Di etica. Insegnano molto, a cominciare dal rispetto.

Perché sa, ministro Sacconi, nel testo che vorrebbe ancora far approvare – anche se un emendamento di un parlamentare di maggioranza lo vorrebbe valido soltanto per 180 giorni, e allora a che pro? – c'è una frase sospetta: "l'alimentazione e l'idratazione in quanto forme di sostegno vitale e fisiologicamente finalizzate ad alleviare le sofferenze, non possono in alcun caso essere sospese da chi assiste soggetti non in grado di provvedere a se stessi". Quasi tutto, insomma, a parte la tremolante premessa.

Sa, signor ministro, non molto più tardi di un anno fa, nelle ultime dolorose settimane della sua esistenza, mio padre, malato terminale di cancro al pancreas con metastasi al fegato aveva una pancia così gonfia che un giorno sì e un giorno no i sanitari intervenivano con la paracentesi per eliminare i liquidi organici che andavano accumulandosi nell'addome.

Nei suoi ultimi giorni – uomo di un metro e ottanta ridotto a un sacco di pelle e ossa di nemmeno cinquanta chili – non aveva più la forza di alzarsi da solo dal letto. Io gli facevo visita, lo sollevavo, lo imboccavo perché portare un braccio alla bocca era una fatica troppo dura.

Il giorno prima di spegnersi, signor ministro Sacconi, mio padre non ha più voluto nemmeno l'omogeneizzato. Sì, signor ministro, l'omogeneizzato. Perché era ormai il solo alimento che riusciva a farsi strada in quel che restava del suo stomaco. Ma gli faceva troppo male, la pancia, per pensare di aggiungere altro peso, altra sofferenza. Ha allontatato la bocca dal cucchiaio con un gesto di disgusto, e mi ha chiesto di fargli la barba. Come suo padre aveva fatto con lui trent'anni prima.

E io? Io ho deposto il vasetto, signor ministro, consapevole che mio padre non si sarebbe alimentato. Ho preparato la crema (ridicolo no? Forse era l'ultimo a farsi la barba con il tubetto e il pennello) mescolandola pazientemente con l'acqua e ho cambiato la lametta al rasoio. Poi, in pochi interminabili minuti, ho fatto la cosa più difficile di tutta la mia vita.

Ecco, vede, ministro Sacconi? Ho sospeso l'alimentazione a un soggetto non in grado di provvedere a se stesso, e senza nemmeno il conforto di un parere medico. Ancora non ha approvato la sua legge e ha già il primo reo confesso. Ma adesso si dia pace, signor ministro. E ci pensi, se è il caso di negare a un individuo la libertà di rifiutare l'alimentazione, quello che per una persona sana è il più ordinario dei gesti ma per un malato terminale può diventare un'atroce tortura.

Io mi costituisco, signor ministro. Ma lei si sieda, respiri profondamente, ripensi alla sua battaglia. Riposo, soldato Sacconi.

Pubblicato su http://cattaneo-lescienze.blog

SSN promosso solo dal 54% degli italiani.

I risultati di un'indagine Anaao-Swg

Il Servizio sanitario nazionale raccoglie la fiducia del 54% degli Italiani ed è preferito alla sanità privata che, contrariamente a molti luoghi comuni, piace solo a 3 italiani su dieci. Tuttavia, l'Italia della salute sembra spaccata in due: una al Nord promossa a pieni voti e una al Centro-Sud, dove disfunzioni e carenze, in particolar modo organizzative e strutturali, fanno scendere il gradimento e la fiducia sotto la soglia del 50%. Sono questi i risultati principali dell'indagine promossa dall'Anaao Assomed e realizzata dalla Swg di Trieste su un campione rappresentativo della popolazione italiana di età superiore ai 25 anni. L'ospedale pubblico risulta comunque il punto di riferimento principale per l'assistito e sembra resistere come presidio di qualità cui gli italiani continuano a rivolgersi con soddisfazione, anche al Centro e al Sud del Paese. La qualità delle cure e delle prestazioni ospedaliere è infatti giudicata soddisfacente dal 72% degli intervistati. Una media che comprende la soddisfazione del Nord (82%) ma anche quella del Centro (68%) e del Sud (57%). Giudizi quasi analoghi sul personale medico e sanitario, che risulta promosso dal 70% degli italiani (80% Nord, 63% Centro e 60% Sud). Gli ospedali del Sud sono invece penalizzati per la gestione, con giudizi che scendono sotto la soglia del 50% quando si parla di comfort, vitto, organizzazione, servizi di informazione e igiene.

Dopo questa indagine facciamo una domanda: come mai in base alle valutazioni dell'OMS è il secondo SNN al mondo dopo quello francese?

STORIA DI SOLITUDINE E MALASANITA'

"Non sapevo nulla dell'esistenza della Sindrome del QT Lungo..."

Paura...della morte...della malattia...

Non sapevo nulla dell'esistenza della Sindrome del QT Lungo fino a che non ha colpito la mia famiglia...è morta mia sorella Moira il 28 Giugno 2005 in pochi secondi...
Per il medico legale la causa del decesso è stata "morte naturale" dal referto autoptico non sono state trovate tracce nè di droghe, nè di farmaci, nè d'alcool... (non nascondo che invece io speravo in un referto del tipo s'è drogata, voleva suicidarsi...avrei avuto un perchè...). Invece...niente: morte naturale...

...morte naturale...???...
...a 29 anni impossibile!!!

Una paura insopportabile mi ha invaso proprio da quel momento…paura… perchè non c'era un motivo, non c'era un perchè...paura che succedesse di nuovo e magari ai suoi figli (Daiana, ora ha un defibrillatore impiantato, Claudio è portatore silente ed è sotto controllo)...a me (prendo il betabloccante e sono sotto controllo), a nostra sorella (portatrice silente, mantenuta sotto controllo), ai nostri genitori (nostro padre ha un pacemaker dopo varie cardioversioni), etc etc etc...la lista è lunga...

...è cominciato tutto da lì...da quella paura insopportabile...ricerche in internet, colloqui con medici finchè ho trovato chi poteva darmi le risposte a quelle domande che solo il dolore in quel momento guidava in ogni direzione...:

- mio padre che era andato in arresto cardiaco mentre lo operavano in anestesia locale per una ciste;

- le forti emozioni (Moira era molto emotiva...aveva anche avuto attacchi di panico);

- la celiachia, altra malattia genetica presente nella nostra famiglia, stavolta per ereditarietà materna (Moira ne era affetta, come lo è Daiana) che guarda caso dà problemi di assorbimento col potassio (sale che fa parte dell'elettrofisiologia del cuore);

- il QT Lungo segnalato come ai limiti superiori della norma in vari elettrocardiogrammi sia di mia sorella che nostri... (... ma perchè nessuno s'era fatto queste domande prima ??? ...)

Il quadro si è composto e i nostri esami hanno confermato i sospetti...li avremmo potuti anche fare prima questi accertamenti...dall'episodio di mio padre (8 Marzo 2002)...per esempio...

Scusate la franchezza ma esistono regole non scritte che si leggono solo col sangue che ci scorre nelle vene, e a me quel sangue ribolliva letteralmente...dovevo dare un nome a quella "bestia" che aveva ucciso mia sorella...e magari anche delle responsabilità...

La sindrome del QT Lungo è silente e asintomatica; colpisce i giovani e molto spesso giovani atleti e sportivi amatoriali (per intenderci quelli della partitella di calcio della domenica mattina o del calcetto del dopolavoro in palestra...); spesso non è nemmeno d'obbligo il certificato medico...e quando lo è magari viene rilasciato dietro richiesta telefonica (giusto un proforma)...quando vengono invece fatte le visite spesso sono superficiali, infatti è capitato e capita ancora purtroppo che ci siano addirittura medici sportivi a cui sfuggono dei segnali che invece dovrebbero essere accertati (ne conosco molti di questi casi…vi lascio qualche nome - trovate articoli anche in questo blog - : Corinne, Luca, Giorgio...ragazzi che sono morti... per superficialità, negligenza, soccorsi inagueti)...

Eccolo un altro punto fondamentale...imparare le semplici manovre di rianimazione...

A prescindere dal motivo per cui un cuore smette di battere, chiunque deve essere in grado di fare una rianimazione cardio-polmonare nell'attesa dei soccorsi...solo preservando l'individuo colpito da arresto cardiocircolatorio...è possibile poi indagare sul/i motivo/i per cui quel cuore s'è fermato... (30 a 2 - trenta compressioni e due insufflazioni...da ripetere fino alla ripresa naturale o all'arrivo dei soccorsi...anche il vostro medico di base è in grado di istruirvi...)

Altro punto riguarda la perdita di sali minerali dall'organismo. (potassio, magnesio, calcio, sodio ...)... capita anche solo con l'influenza, forte sudorazione, disidratazione da dissenteria ... il medico prescrive un integrazione con i fermenti lattici (che a volte addirittura sono di autoprescrizione...) nulla viene detto sulla reintegrazione salina...
il battito cardiaco è generato da impulso elettrico che agisce sulla pompa meccanica (il cuore)...i sali sono gli artefici del battito cardiaco, fanno parte del suo "impianto" ...

Se sono carenti il cuore ne risente a prescindere da una patologia diagnosticata o presunta...e se si verifica la mancanza ecco il famigerato "corto circuito"...

Testimonianza di Sonia Francescato

Italia: tanti anziani e pochi infermieri

La popolazione italiana è una delle più vecchie al mondo: quasi il 20% supera i 65 anni di età e, secondo i dati Istat, nel 2050 circa l'8% degli italiani avrà più di 85 anni. Si calcola che la carenza di infermieri, già importante soprattutto al Nord, aumenti ogni anno a causa dello squilibrio tra i pensionamenti (17 mila all'anno) e le nuove assunzioni (8 mila all'anno). È quanto emerge dal Rapporto OCSE 2008 sulle risorse umane italiane in ambito sanitario. L'Italia ha meno infermieri che dottori, la maggior parte dei quali (70%) lavora in strutture pubbliche. Per risolvere la carenza cronica di infermieri, alcune Regioni hanno creato nuove figure professionali come quella dell'assistente sanitario, riducendo così il carico di lavoro degli infermieri specializzati che storicamente svolgono anche compiti di pulizia e movimento dei pazienti. La carenza di infermieri potrebbe essere in parte colmata dall'assunzione di personale proveniente dall'estero, ma a causa della competizione con i Paesi esteri, il numero di infermieri stranieri in Italia è ancora molto basso: 6.730 nel 2005, di cui un terzo proveniente dall'Unione europea. Nel 2004, secondo i dati Ocse, la maggior parte del personale straniero autorizzato a venire in Italia è stato assunto con contratti dai 12 ai 24 mesi. Gli infermieri che arrivano in Italia hanno mediamente tra i 20 e i 39 anni e provengono generalmente da Romania (circa 60%), Polonia (25%), Perù, Albania, Serbia e India.

questa italia .....oltre i luoghi comuni

Oltre il pregiudizio, per una reale tutela contro le insane politiche razziste

Immigrati e malattie infettive: la cattiva e deleteria semplificazione

Le malattie degli immigrati non sono "le malattie infettive": non è possibile identificare i problemi sanitari degli immigrati presenti in Italia con questo gruppo di patologie, anche se media, politici ed opinione pubblica fanno questa semplificazione. I dati pubblicati a livello nazionale identificano complessivamente una popolazione in buono stato di salute, con maggiore frequenza di patologie comuni, legate, oltre che alle condizioni di vita alla bassa età media, una percentuale estremamente alta di traumatismi ed infortuni ed il ricorso alle strutture per eventi fisiologici per gravidanza e parto. Recentemente è stata evidenziata anche una progressiva "transizione epidemiologica" da malattie acute e/o accidentali a patologie "cronico-degenerative", legate all'invecchimento, a stili di vita logoranti ed all'acquisizione di modelli comportamentali non salutari. Se è vero che alcune malattie infettive si evidenziano con maggiore frequenza tra gli immigrati, è anche vero che la causa è da ricercarsi soprattutto nei "determinanti sociali della salute" (lavoro, reddito, habitat, accessibilità ai servizi,…), sui quali è necessario intervenire con azioni di contrasto. Esemplificativo il caso della Tubercolosi, classica "malattia della povertà", che si può manifestare quando le difese immunitarie si indeboliscono a causa di condizioni di vita scadenti. Si tratta di una patologia in progressiva costante diminuzione nel nostro Paese, dove tra la popolazione italiana dal 1999 al 2006 si è registrato un calo del 33%. E' pur vero che l'incidenza dei casi registrati tra i cittadini stranieri sul totale dei casi è passata dal 22 al 46%, ma ciò è dovuto all'aumento della popolazione immigrata; non si può quindi parlare in nessun caso di allarme sanitario.

Realtà che fa a pugni con i luoghi comuni e le politiche razziste

GLI STRANIERI RESIDENTI IN ITALIA SONO PIU' SANI DI NOI

La popolazione straniera residente in Italia ha bisogni di salute abbastanza simili ai nostri, ma mediamente si trova in condizioni di salute migliore e questo per due motivi: i migranti giungono in Italia in cerca di lavoro con un buon capitale di salute e coloro che non godono più di buona salute tornano nel Paese d'origine. Lo afferma una ricerca Istat nell'ambito dell'indagine sulle "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari" relativa al 2005. Da notare però che la popolazione indagata è quella residente, che rispetto alla popolazione non regolarizzata vive in condizioni di salute meno precarie. Rispetto ai cittadini italiani la graduatoria delle patologie prevalenti è pressoché simile. Rispetto ai comportamenti di prevenzione, che risentono della forte eterogeneità di provenienza, le donne straniere fanno più controlli dei loro coetanei maschi, ma i livelli complessivi sono più bassi di quelli della popolazione italiana. Le donne straniere fanno meno ricorso agli screening dei tumori femminili, anche fra di loro il ricorso al pap test è meno diffuso fra quelle di status sociale più basso, sia per carenza di informazione, sia per fattori culturali. La popolazione straniera ricorre in minor misura a prestazioni specialistiche (visite e accertamenti diagnostici), ed in particolare alle prestazioni a pagamento, mentre il ricorso al ricovero avviene nella stessa misura dei cittadini italiani; più diffuso è invece il ricorso al pronto soccorso, in particolare per incidenti ed infortuni sul lavoro. Nel percorso della maternità le straniere sembrano usufruire di un'adeguata assistenza, con un maggior ricorso alle strutture pubbliche ed ai consultori familiari ed una minore medicalizzazione della gravidanza e del parto (il parto cesareo avviene nel 24,9% dei casi, contro una media generale del 35,9%).

Benny

Un dossier sullo stato sociale in questa Italia sempre meno vivivibile, e più gravoso, per chi è fuori dal benessere diffuso

SEMPRE PIU' PESANTE IL RICORSO ALLE TASCHE DEI CITTADINI

Un welfare che sta perdendo le sue caratteristiche di reale sostegno ai cittadini e alle famiglie e che impone sempre più il ricorso alla spesa privata, in particolare per disabilità e spese odontoiatriche, che sono cause sempre più frequenti di impoverimento. E' la fotografia che emerge dal Dossier sul welfare prodotto da Cittadinanzattiva su "Trent'anni di diritti a tinte forti. La rivoluzione civica": un servizio sanitario frammentato e disomogeneo, frutto di un federalismo distorto che pesa soprattutto sui più deboli. Gli ambiti nei quali risultano più evidenti gli effetti del federalismo sanitario e dei piani di rientro riguardano l'assistenza farmaceutica, l'assistenza ospedaliera ed in strutture extra ospedaliere (Rsa, Lungodegenze, Hospice), il settore della non autosufficienza, le liste di attesa, l'odontoiatria e le malattie rare. Il problema delle liste d'attesa è comune a gran parte delle regioni e delle Asl, ma i cittadini del Nord sono più garantiti di quelli del Sud: la Lombardia ha fissato i tempi massimi per 100 prestazioni, la Calabria solo per 33. Per l'assistenza alle persone non autosufficienti, anziani e disabili gravi in Rsa le rette più alte a carico dei cittadini si registrano in Emilia Romagna: 1554 euro mensili contro i 459 della Basilicata. Per l'assistenza ai malati terminali a fronte dei 200 p.l. in hospice dell'Emilia Romagna, ci sono i 40 posti della Calabria. I malati cronici sono circa il 39,2% (l'86,9% ha più di 75 anni) e la spesa è spesso insostenibile: il costo medio mensile per farmaci ed assistenza (badanti) sfiora i 1.500 euro. Inoltre, i costi medi per esami diagnostici e visite specialistiche in gravidanza, pur considerando le forme di esenzione, si aggirano fra gli 800 ed i 1.000 euro.

L'Ambulatorio Medico Popolare a Milano, un posto di salute per immigrati ed italiani, un luogo contro ogni razzismo

L'Ambulatorio Medico Popolare esiste ancora grazie alla lotta e alla solidarietà'

Il giorno 27 gennaio 2009 era previsto lo sfratto dell'Ambulatorio Medico Popolare ma una campagna di solidarietà ne ha impedito l'esecuzione.

Noi abbiamo intenzione di continuare ad opporci a questo sfratto ed a continuare a lavorare perché tutti possano essere curati indipendentemente dallo spessore del proprio portafoglio, dal colore della loro pelle e dal possesso di un permesso di soggiorno. La nostra presenza ha un valore particolare in un quartiere che sta diventando una delle palestre di lancio delle politiche securitarie attraverso presidi soffocanti di esercito e polizia che hanno l'unico scopo di un utilizzo politico del razzismo per nascondere il vero problema attuale, il progressivo impoverimento di larghi strati di popolazione.

In questo momento il nostro lavoro risulta particolarmente importante perché la destra al governo con il silenzio complice del "cosiddetto centro-sinistra" sta cercando di fare approvare una legge che permetterebbe al personale sanitario di denunciare alla polizia gli immigrati che hanno richiesto cure mediche in assenza del permesso di soggiorno.

Noi diciamo che questa proposta è una vergogna, una chiamata alla delazione e dichiariamo pubblicamente che nessuno dei nostri medici rispetterà questa norma, anche se dovesse diventare legge dello stato.

Nessuno dei nostri medici sarà mai un informatore della polizia di questo governo fascista o di altri che gli succederanno!

L'Ambulatorio Medico Popolare deve continuare a vivere perché rappresenta un posto sicuro per immigrati ed italiani, dove tutti possono rivolgersi per l'accesso alle cure mediche senza avere alcun tipo di timore. Perché questo posto continui ad essere aperto abbiamo però bisogno dell'aiuto di tutti, anche delle persone che sono state curate da noi. Siamo già riusciti una volta ad evitare di chiudere grazie alla solidarietà di tante persone. Alla prossima occasione dovremo essere ancora più numerosi davanti all'ambulatorio per scoraggiare l'arrivo della polizia e per continuare il nostro lavoro per la salute e contro il razzismo.

www.ambulatoriopopolare.org

3° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale

Se un bambino di una nostra città morisse per una semplice diarrea ne parlerebbero i giornali. Ma degli oltre due milioni di bambini che ogni anno muoiono per questo ordinario problema intestinale non ne parla nessuno. Se poi consideriamo altre malattie facilmente curabili, ad esempio la polmonite, il numero di quei morti sale a circa 9 milioni e mezzo.

Oltre a illustrare questo dramma, il libro – www.saluteglobale.it – analizza le politiche di aiuto sanitario rivolte ai paesi in via di sviluppo, cercando di rappresentare le diverse filosofie alle quali sono ispirate e criticandone alcuni aspetti.

Non è scontato cosa significhi aiutare qualcuno, lo si può fare in diversi modi. Si può operare "orizzontalmente", avendo come obiettivo il miglioramento dei sistemi sanitari già presenti nei paesi dove si interviene, oppure "verticalmente" creandone di nuovi e specifici, ma che dipendono direttamente – forse troppo – da chi dall'esterno porta un aiuto.

Come valutare l'efficacia di questi interventi? Si tratta di questioni complesse, ma di sicuro uno dei criteri da adottare è confrontare il denaro investito rispetto al numero di vite salvate.

Tuttavia, al di là delle scelte che vengono fatte, occorre maturare una consapevolezza generale del problema, perché, come si legge in un editoriale della prestigiosa rivista Lancet, molte persone "stanno morendo perché coloro che hanno il potere di prevenire quelle morti hanno scelto di non agire".

L'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale si propone di fornire a istituzioni, enti, organizzazioni della società civile e a tutti i soggetti interessati strumenti di analisi, valutazione e decisione per la definizione di strategie e azioni appropriate.

Uno scandalo tutto italiano

Cure odontoiatriche d'élite

Le cure dentarie in Italia si caratterizzano come assistenza d'élite, con un accesso condizionato dallo status sociale e dal titolo di studio, con la maggioranza dei cittadini costretta a pagare di tasca propria e a rivolgersi al dentista privato ed il Sud decisamente in posizione arretrata. E' questo il dato che emerge dal rapporto breve dell'Istat su "Ricorso alle cure odontoiatriche e salute dei denti in Italia", realizzato nell'ambito dell'Indagine multiscopo "Condizione di salute e accesso ai servizi sanitari", su un campione di 60.000 famiglie.

Il rapporto registra le disuguaglianze di accesso all'odontoiatria: il 10,9% della popolazione over 14 dichiara di non avere più in bocca un solo dente naturale, una condizione più diffusa al Nord, per il maggior ricorso a protesi ed impianti, e che interessa soprattutto gli over 44 (il 60% è ultra ottantenni), le donne e gli adulti di status meno elevato (il 29,4%, contro il 2,6% di chi ha titoli di studio più elevati).

Nemmeno il 39,7% della popolazione si era rivolto ad un dentista o ad un ortodonzista nel 2004 (il 47% al Nord, il 40,4% al centro e meno del 30% al Sud). L'accesso al servizio pubblico resta una chimera: solo il 12,5% ha usufruito di servizi pubblici o convenzionati, che curano clienti prevalentemente molto giovani o anziani, così come la gratuità delle cure, che riguarda solo i bambini fino a 5 anni e grandi anziani.

RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE

CHE FARE DI FRONTE AD UN ARRESTO CARDIACO IMPROVVISO...

Cittadini salvacuore.

Perchè non prevedere "presidi" cittadini ogni km, ad esempio, in attività commerciali segnalate da cartelli

MANUALE ALLA PORTATA DI MOLTI IN ATTESA DEL 118

a cura di Sonia Francescato

E' necessario che ogni cittadino abbia confidenza con le emergenze del cuore ed in particolare con la morte improvvisa cardiaca. Il cambiamento è possibile solo se ogni cittadino impara a fare la sua parte.

Cosa sappiamo della morte improvvisa da arresto cardiaco? La morte improvvisa da arresto cardiaco è una delle sfide maggiori per la medicina di oggi. E' certamente l'emergenza più drammatica in termini di tempo a disposizione per rianimare la vittima senza danno cerebrale residuo.

E' un evento frequente? Si stima che le morti improvvise cardiache nella popolazione sopra i 35 anni siano 1 ogni 1000 abitanti per anno.

Circa 50.000 per anno nel nostro paese considerando l'intera popolazione. Infatti, anche se più rare, non risparmiano neanche la popolazione più giovane.

Si stima inoltre che la morte improvvisa cardiaca costituisca il 15% delle morti totali, ed il 50% delle morti dei pazienti riconosciuti cardiopatici. Il 70% delle morti cardiache improvvise si verifica fuori ospedale.

Se in più della metà dei casi l'episodio colpisce chi è già noto come cardiopatico, negli altri casi si tratta spesso di persone apparentemente sane, nel pieno degli anni, nelle quali la morte avviene entro un'ora dai primi disturbi, ma spesso è istantanea e coincide con il primo sentirsi male.

Dell'arresto cardiaco sappiamo che, oltre che improvviso, è anche inatteso e determinato in prevalenza da un attacco cardiaco/minaccia di infarto cardiaco. Può però avvenire anche in seguito a trauma toracico, annegamento, soffocamento, folgorazione elettrica, intossicazione da farmaci o droghe.

Non infrequentemente è legato a malformazioni dell'impianto elettrico del cuore evidenziabili con accertamenti semplici come l'elettrocardiogramma.

L'aritmia che determina l'arresto cardiaco e quindi la morte improvvisa è più spesso la fibrillazione ventricolare, che trasforma in una vibrazione caotica la regolare azione di pompa del sangue da parte del cuore. La circolazione del sangue si arresta istantaneamente. La vittima perde coscienza, respiro e polso e cade a terra o si accascia inanimata.

Per un periodo di 4-5 minuti l'organismo consuma la sua riserva di ossigeno poi, se niente interviene a ripristinare il ritmo e quindi la circolazione, gli organi entrano in sofferenza, per primo il cervello. Oltre i 10-15 minuti la morte da apparente diviene definitiva.

Far ripartire il cuore: è possibile!

Con l'avvento del defibrillatore elettrico semiautomatico (DAE) e del defibrillatore impiantabile (ICD) è diventato possibile interrompere la fibrillazione ventricolare e salvare la vittima di arresto cardiaco.

Il DAE ed il defibrillatore impiantabile sono in grado di riconoscere la fibrillazione ventricolare ed erogano una scarica elettrica attraverso il torace o interna al cuore che, se tempestiva, interrompe la aritmia. L'attività elettrica del cuore viene azzerata per un momento e poi riprende con un ritmo spesso efficace e regolare.

DOMANDA: quanto tempo passa prima che arrivi un ambulanza???

In attesa della defibrillazione esterna, è utile eseguire la manovra di rianimazione cardiopolmonare, con la quale è possibile, specie nei casi di intervento oltre i 3 minuti, raddoppiare il tempo utile per intervenire senza danno successivo neurologico.

Con il DAE è diventato possibile l'intervento anche di personale non sanitario, purchè addestrato ed autorizzato.

Il defibrillatore elettrico semiautomatico (DAE)

Il DAE è un apparecchio in grado di riconoscere quelle situazioni di alterazione di frequenza o di qualità del battito cardiaco (tachicardia o fibrillazione ventricolare) che richiedono uno shock elettrico per evitare o risolvere un arresto cardiaco. E' in grado di guidare l'operatore con istruzioni vocali per la posizione delle placche e per premere il pulsante di scarica elettrica.

La legge 120/2001 ne consente l'uso, oltre che agli operatori sanitari, anche a soccorritori "laici" addestrati e abilitati. Questo rende più fitta la rete dei DAE e quindi aumenta la percentuale dei soggetti colpiti da morte improvvisa cardiaca che vengono salvati. Questa rete viene chiamata Pubblico Accesso alla Defibrillazione (PAD).

Il defibrillatore impiantabile (ICD)

In soggetti con cardiopatie note o con anomalie dell'attività elettrica del cuore che li rendono a rischio elevato di morte improvvisa cardiaca, è possibile l'impianto definitivo di un defibrillatore che entra automaticamente in azione in caso di tachicardia ventricolare o fibrillazione ventricolare, evitando così l'arresto cardiaco.

VINCERE LA SFIDA

Minuti preziosi come già detto, nella morte improvvisa da arresto cardiaco il cuore improvvisamente smette di contrarsi.

L'evento può colpire sia uomini che donne, giovani o anziani, ovviamente con diversa probabilità. Molte vittime di arresto cardiaco apparentemente non accusano sintomi né segni di allarme.

Va ribadito che l'unico modo per riavviare il cuore è la defibrillazione, cioè la erogazione di uno shock elettrico il più presto possibile da parte di un defibrillatore.

La prima cosa da fare di fronte ad una persona che cade a terra o si accascia è quella di saper verificare se è priva di coscienza e di respiro e in questo caso chiamare o far chiamare immediatamente il Sistema di Emergenza Medica 118, senza esitazioni!

Nei pazienti dotati di defibrillatore impiantabile (ICD) l'erogazione dello shock è automatica ed istantanea.

Per ogni minuto di ritardo prima che venga erogato lo shock elettrico con il DAE, si riduce la possibilità di sopravvivenza del 7-10%. Tanto più precoce è la defibrillazione elettrica tanto più probabile è la rianimazione.

In attesa dell'arrivo del DAE è utile ed efficace praticare la manovra di rianimazione cardiopolmonare (30 compressioni e 2 insufflazioni da ripetere fino all'arrivo dei soccorsi medici e/o paramedici).

Il sostegno delle funzioni vitali rappresenta la prima fase della rianimazione d'urgenza e consiste nei 3 passi successivi denominati ABC (dall'inglese Airway, Breathing, Circulation):

CONTINUA ALLA PAGINA SEGUENTE

CHE FARE DI FRONTE AD UN ARRESTO CARDIACO IMPROVVISO...

CONTINUA DALLA PAGINA PRECEDENTE

1. controllo delle vie aeree (Apertura della via aerea);
2. sostegno respiratorio, cioè ventilazione artificiale e ossigenazione dei polmoni (Bocca-bocca o bocca-naso)
3. sostegno circolatorio, cioè riconoscimento dell'assenza di polso e istituzione della "Circolazione artificiale" mediante il massaggio cardiaco esterno.

La catena della sopravvivenza L'insieme delle azioni per tentare di salvare una persona colpita da morte improvvisa cardiaca prende il nome di catena della sopravvivenza, costituita da quattro anelli tutti egualmente importanti.

Il primo anello è l'allarme immediato, cioè la telefonata di chi è testimone, anche occasionale, al 118.
La rapidità del soccorso è essenziale. Allertare il 118 rientra nei doveri di ogni cittadino di fronte ad una persona priva di coscienza e che non respira.

Il secondo anello è rappresentato dalla rianimazione cardiopolmonare precoce. Ognuno dovrebbe saper avviare questa manovra, che aumenta le possibilità di sopravvivenza della vittima di arresto cardiaco, ed è utile anche in diverse altre condizioni (svenimento, annegamento, soffocamento, folgorazione elettrica, intossicazione da farmaci o da droghe). In molti paesi è insegnata nella scuola o è obbligatoria per avere la patente di guida.

Il terzo anello è costituito dalla defibrillazione elettrica precoce, per ripristinare il più presto possibile un ritmo cardiaco efficace. L'erogazione dello shock elettrico tramite due placche applicate sul torace è fatta da operatori sanitari, ma anche da "laici" addestrati, autorizzati e dotati di DAE, soprattutto personale dei servizi di sicurezza (polizia di stato e locale, carabinieri, vigili del fuoco, protezione civile, addetti in luoghi di grande affollamento).La manovra viene eseguita secondo le indicazioni a voce dell'apparecchio.

Il quarto anello è relativo al soccorso avanzato (ACLS) prestato dal Sistema di Emergenza Medica 118. Infatti anche se efficacemente rianimata, la vittima deve essere monitorata, stabilizzata e trasportata in ospedale per le ulteriori cure del caso.

SENSIBILIZZAZIONE DELLA COMUNITA'

Gli anelli più deboli della catena della sopravvivenza sono fuor di dubbio il primo e soprattutto il secondo.

Senza la sensibilità e l'azione immediata di chiunque sia testimone di una morte improvvisa cardiaca, anche il più efficace dei sistemi di emergenza medica e la più fitta e organizzata rete di DAE non riusciranno ad andare al di là di una percentuale marginale di soggetti efficacemente rianimati, senza danno cerebrale residuo.
Occorre che l'intervallo di tempo fra l'evento e la chiamata del 118 sia il minore possibile (intervallo vicino a zero) cosicché il sistema di emergenza e il PAD abbiano a disposizione tutti i 10-15 minuti per un intervento efficace.

Per questo sono sufficienti tre cose:
a. riconoscere l'assenza di coscienza e di respiro
b. chiamare senza indugio il 118
c. verificare la presenza di un defibrillatore in zona e di qualcuno che lo sappia usare

Se tutti avessero la sensibilità di sentirsi potenziali "cittadini salvacuore" si potrebbe raggiungere un risultato favorevole almeno in un caso su quattro.

Questo significherebbe 12.000 vite salvate l'anno nel nostro Paese! Attualmente nella maggior parte delle aree italiane la sopravvivenza è soltanto marginale, cioè dell'1-3%.

Creare il cambiamento

Per quanto abbiamo detto è importante sapere cos'è la morte improvvisa cardiaca e cosa si può fare per farvi fronte. E' giusto sottolineare come, specie dopo la legge 120/2001 e la realizzazione di reti di defibrillatori, sia possibile affrontare efficacemente la sfida della morte improvvisa da arresto cardiaco.
E' importante diventare cittadini salvacuore.

E' importante ancora che i decisori pubblici in particolare si facciano carico di questa azione di sensibilizzazione.
L'obbiettivo è di far si che dovunque nel nostro Paese sia realizzata la rete dei defibrillatori (DAE) in postazioni mobili, o fisse in luoghi di grande affollamento.
L'obbiettivo ideale da raggiungere sarebbe quello in cui l'ambulanza giunga sul posto quando una persona addestrata abbia già attivato sul soggetto in arresto cardiaco un defibrillatore della rete PAD.

Il cambiamento è possibile solo se ogni cittadino testimone dell'evento fa, tempestivamente, la sua parte.

MALASANITA'?
Finanziamo la tua causa

Chiunque ritiene di essere stato vittima di un caso di malasanità, e non è in grado di affrontare il giudizio per il risarcimento dei danni, sarà aiutato dall'associazione, previa valutazione del caso e ad insidacabile giudizio del competente comitato, a reperire i fondi necessari per sostenere le spese medico/legali.

contattaci su WWW.MALASANITA.IT

una tazzina nutriente
gusto qualità solidarietà
cafè rebelde

10 kg 116,16 Euro
spese spedizione incluse
tel. 0267074141 - cell. 3202160435
www.yabasta.itinfo@caffezapatista.it
sostieni la salute e l'alimentazione in Chiapas

Conferenza di Vienna 2009: la Lila a tutte le associazioni, ONG, privati cittadini ed operatori, per

cambiare la politica italiana sulle droghe

In Italia le politiche in campo di sostanze psicotrope sono seriamente in contrasto con le indicazioni provenienti da tutti i Paesi all'avanguardia nella lotta alla droga, come è stato dimostrato ampiamente nell'ultima Conferenza mondiale sulla riduzione del danno tenutasi a
Barcellona (maggio 2008). La politica repressiva dei vari Governi Berlusconi e la scarsa azione dei Governi Prodi ha creato, in questi ultimi dieci anni, solo marginalità, aumento delle carcerazioni e del sommerso, esponendo migliaia di consumatori al rischio di contagio con i virus dell'HIV/HCV/ HBV .
Il nostro Paese è oggi all'ultimo posto nella prevenzione ed ha una legge in netto contrasto con la politica europea che, con il documento Catania approvato dal Parlamento Europeo, raccomanda il rafforzamento dei servizi a bassa soglia e l'incremento dei progetti di riduzione del danno.
I fondi a disposizione per implementare o avviare progetti di prevenzione e di riduzione del danno sono prossimi a scomparire e non solo non si riesce a sperimentare programmi sperimentali per il panorama nazionale (pill testing, safe room, ecc.) ma anche quei presidi storici di democrazia e tutela della salute pubblica presenti stanno andando a scomparire (unità di strada, centri a bassa soglia, ecc).
Solo attraverso una drastica inversione di rotta si può pensare di contrastare il rischio di riprodurre gli anni bui dei primi anni '90, quando il 70% dei consumatori di sostanze psicotrope per via iniettiva erano anche persone sieropositive; trend preoccupante invertito solo da forti interventi di riduzione del danno, come d'altra parte dimostrato dalle esperienze internazionali.
Il problema principale oggi risiede nell'applicazione delle Convenzioni (anche se lacunose), poiché
spesso succede il contrario di quanto indicato, con interpretazioni che vanno verso il senso più restrittivo e repressivo. Tutta l' azione si concentra appunto sulla repressione e - nelle situazioni più illuminate di discutibili campagne di prevenzione - "dimenticando" la riduzione del danno, quando non contrastandola apertamente. È riprovevole constatare che la dichiarazione sulla riduzione della domanda è rimasta fino ad oggi una "intenzione morta" e non ha sortito alcuna inflessione sulla comprensione e l'applicazione delle Convenzioni. L'applicazione della politica dell'ONU pone oggi dei gravi problemi di diritti umani.

La LILA chiede un riequilibrio delle priorità sul tema delle droghe e, nell'ambito della politica attuale basata sull'azione di contrasto dell'offerta, di rispettare le disposizioni fondamentali sui diritti umani. Riguardo a questo è importante sdottolineare che i "trattamenti" più degradanti messi in atto nei regimi totalitari, come la pena di morte per semplice consumazione, non siano mai stati messi in questione dagli organismi dell'ONU.
Al contrario, le azioni che seguono delle strade come i programmi di scambio di siringhe o i programmi di trattamento attraverso sostanze antagoniste (metadone, subutex, ecc.) sono regolarmente messi in discussione.
Oggi in alcuni Paesi la pena di morte può essere la sanzione legata a crimini concernenti il consumo o il piccolo commercio di sostanze psicotrope. Sui 64 Stati che prevedono la pena capitale circa la metà contemplano la sua applicazione per problemi di droga. È con ogni evidenza una grave violazione del patto delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici, che definisce molto chiaramente l'applicazione della pena di morte tra i crimini più gravi nell'articolo 6.2. Nella concezione dell'ONU la nozione di "crimini gravi" esclude tutti i delitti che non sono intenzionali, che non risultano a danno di terzi o che non sono perpetrati per ragioni economiche.
Date le conoscenze attuali sulla dipendenza da droghe non è possibile giustificare tale sanzione per scelte personali come sono quelle di consumare sostanze psicotrope. Siamo quindi davanti ad una
violazione dei diritti umani dove le verità scientifiche sulle dipendenze, peraltro conosciuta da decenni, sono volontariamente ignorate per fini ideologici.

La Lila, che da anni combatte per la difesa dei diritti umani e in primis quello alla salute,invita tutte le associazioni, ONG, privati cittadini ed operatori del settore a sostenere questo documento per
chiedere al Governo italiano di impegnarsi a fondo all'interno dei lavori dell'Assemblea di Vienna 2009 per:

- Far abolire la pena di morte per reati di droga in tutti quegli Stati in cui è ancora presente.

- Modificare radicalmente la linea di intervento europeo in tema di droga e adeguare la politica europea a quella dei Paesi più avanzati sul tema (Svizzera e Paesi Bassi su tutti) portandola al livello di quella in tema di Hiv, basata sulla prevenzione e sulla riduzione del danno in tutto il mondo, ivi compreso nei documenti delle varie Agenzie dell'UE.

- Far terminare il piano di eradicazione forzata delle coltivazioni , piano che ha come unica conseguenza l'impoverimento e l'abbandono dei terreni e delle case da parte di migliaia di contadini senza, peraltro, interferire minimente sulla produzione mondiale in costante aumento;

- Riconoscere gli usi tradizionali di alcune sostanze per le culture indigene, esempio classico la coltivazione della pianta di coca per alcune popolazione sudamericane.

SALUTE E SICUREZZA: TANTA MALAINFORMAZIONE

"Drogati" al volante o informazione drogata?

Un'analisi scientifica dei test per accertare la guida sotto l'effetto delle sostanze psicoattive.

Sempre più frequentemente i mezzi di informazione riportano casi di incidenti dovuti all'uso di sostanze stupefacenti. Il problema è certamente rilevante: gli incidenti sulla strada costituiscono la prima causa di morte in età giovanile, morti evitabili agendo sui fattori di rischio.

Fra questi l'uso di psicofarmaci, alcol e sostanze stupefacenti occupa un posto di rilievo, assieme ad altri, quali la velocità, l'affaticamento, il mancato rispetto di altre regole per la sicurezza (casco, cintura , etc.).

Le sostanze d'abuso alterano le funzioni necessarie per la corretta conduzione degli autoveicoli, agendo principalmente sul sistema nervoso. Esse, una volta introdotte nell'organismo (per via orale, intranasale, inalatoria, endovenosa), si diffondono nei vari organi e apparati, cervello incluso, attraverso la circolazione sanguigna. La durata degli effetti dipende dal tipo di sostanza. Considerando le più frequentemente utilizzate (alcol, cocaina, eroina e cannabis) si tratta di qualche ora (da una a otto). La durata d'azione dipende anche dalla dose: maggiore sarà la quantità di sostanza che arriva al cervello e più potenti e duraturi saranno gli effetti. Le sostanze vengono quindi eliminate, sempre per mezzo del sistema circolatorio, e parzialmente modificate, prevalentemente attraverso i reni con le urine e il fegato con le feci.

Eccetto che nel caso dell'alcol, la cui eliminazione è più rapida, la presenza delle sostanze o dei loro metaboliti (spesso inattivi) nell'organismo si rileva per lungo tempo dopo la cessazione degli effetti. Nelle urine, che vengono solitamente utilizzate per i controlli tossicologici, il metabolita della cocaina si trova per 2-4 giorni, quello dell'eroina per 3-5 giorni, i cannabinoidi fino a 4-6 settimane. Nei capelli, poi, è possibile rilevare la presenza di sostanze assunte nei mesi precedenti.

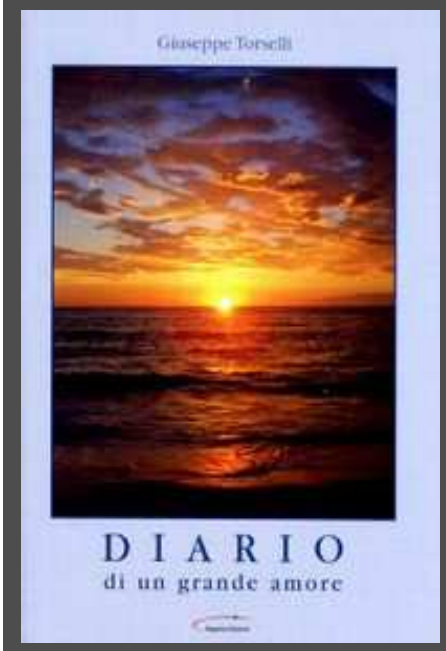
Urine e capelli non forniscono, tuttavia, indicazioni attendibili sulle capacità attentive, cognitive, sui tempi di reazione, etc. dell'individuo esposto agli effetti delle sostanze d'abuso. Per poter avere indicazioni valide sullo stato psicofisico della persona nell'arco di tempo nel quale le sostanze esplicano i loro effetti, il materiale biologico più utile è, infatti, il sangue. Ciò in quanto le concentrazioni ematiche delle sostanze d'abuso correlano molto meglio con quelle del cervello. Nel caso dell'alcol, che è la sostanza più studiata, sono state costruite addirittura delle curve che descrivono l'entità della compromissione psicofisica e dell'aumento del rischio di incidenti per l'aumento delle concentrazioni dell'alcol nel sangue. Queste curve ci dicono, ad esempio, che con l'aumento della concentrazione nel sangue da 0,2 g/l (corrispondente all'incirca ad un bicchiere di vino) a 0,8 g/l, il rischio di incidenti aumenta di 3-5 volte. Sulla base di questi ragionamenti sono state stabilite le soglie legali per l'adozione delle sanzioni penali per chi guida sotto l'effetto dell'alcol.

L'utilizzo delle concentrazioni dell'alcol nel sangue, per valutare l'idoneità alla guida, è entrato nella pratica comune per almeno due ragioni: la prima è la facilità dell'esame, in quanto la concentrazione del sangue può essere determinata attraverso l'analisi dell'aria espirata (con la prova del "palloncino"); la seconda è che, trattandosi di una sostanza legale ampiamente diffusa, era fondamentale poter discriminare fra un uso consentito ed uno dannoso per la guida.

Per quanto riguarda le altre sostanze, la plausibilità scientifica dell'utilizzo delle concentrazioni ematiche quale indicatore dell'idoneità alla guida, non si è, per ora, tradotta nella disponibilità di metodiche e tecnologie attendibili di facile uso e di indicazioni normative conseguenti.

2. Avviare una seria valutazione delle politiche pubbliche, mettendo come primo punto all'ordine del giorno la valutazione della legge 49/2006 e in particolari i suoi effetti sulla carcerazione.Frequentemente si continua, invece, a derivare la definizione di "drogato al volante" dalla presenza di metaboliti, spesso inattivi, rinvenuti nelle urine ad una distanza di tempo sconosciuta dalla esposizione/cessazione degli effetti della sostanza alla quale si tende, tuttavia, ad attribuire la responsabilità dell'incidente.

Pier Paolo Pani
Medicina delle Tossicodipendenze



Diario di un grande amore

Il Gruppo Assistenza Ustionati (G.A.U.) è un'associazione senza fini di lucro (o.n.l.u.s.) nata nel giugno 1999 per iniziativa di un gruppo di persone ustionate, sotto l'egida del Centro Grandi Ustionati di Torino e con il supporto dell'Azienda Ospedaliera C.T.O./C.R.F./ Maria Adelaide di Torino. Ciò che ha fatto nascere questa associazione di autoaiuto è stato il bisogno delle persone ustionate di condividere con altri, che avevano subito lo stesso trauma, i problemi burocratici e le traversie che incontravano dopo la dimissione ospedaliera, le esperienze dolorose vissute e le difficoltà legate al difficile percorso di riabilitazione.

Realizzato da Arcoiris Torino

www.ustionati.it
www.gruppoabele.org

Sul tema della dislessia abbiamo pubblicato nello scorso numero di Lavoro e Salute un articolo della professoressa Margherita Pellegrino "Dislessia lo zampino della lobby del farmaco?" e un contributo di Silvia Falco - fisoterapista asl TO2 - "Dislessia, le nostre storie".
La discussione prosegue con l'intervento di medico logopedista.

Dislessia e farmaci "non credo a un disegno di qualche lobby"

Valentino Franchitti

Gent.le Redazione di Lavoro e Salute in riferimento all'intervento della Prof.ssa Margherita Pellegrino " Dislessia lo zampino della lobby del farmaco", apparso sul Vostro Periodico (novembre 2008 n°5 anno 24°), ritengo opportuno precisare quanto segue: la diagnosi di Dislessia, o meglio di Disturbo dell'Apprendimento DSA -(vedi DSM- IV), viene fatta secondo criteri rigidi, in base a precisi modelli neuropsicologici, riconosciuti dalla ComunitÃ Scientifica internazionale.
Non credo che sia frutto di qualche disegno plutocratico di qualche lobby.
In generale quando si esamina una condizione segnalata come sintomo di DSA ci si trova davanti ad un'ampia varietà di ipotesi diagnostiche, che vanno affrontate in modo da rispondere al motivo d'invio e in modo da non gravare il bambino con un numero eccessivo di indagini cliniche e prove psicometriche.
Il processo di valutazione del DSA si avvale della collaborazione di diversi professionisti sanitari (neuropsichiatri infantili, psicologi, neuropsicologi, logopedisti, foniatri).
In pratica la diagnosi di DSA può essere fatta se: la compromissione dell'abilità è significativa, ovvero di almeno 2 deviazioni standard rispetto alla norma attesa per l'età e la classe frequentata. Il livello intellettivo è nei limiti di norma, ovvero non inferiore a meno 1 deviazione standard rispetto ai valori attesi per l'età (Q.I. di 85).
Vi sono poi altri fattori utili da valutare e tenere in considerazione: Il carattere evolutivo di questi disturbi, cioè¨ non secondario a lesioni organiche acquisite. Il fatto che si esprima diversamente a seconda della fase evolutiva dell'abilità in questione. La frequente associazione con altri disturbi (comorbilità). Il fatto che determini un impatto negativo profondo rispetto all'adattamento scolastico e ad alcune attività quotidiane

Queste sono le procedure diagnostiche necessarie per ciascuno dei disturbi specifici:
1. Dislessia evolutiva: somministrazione di prove standardizzate di lettura a più livelli; lettere isolate, parole, non-parole, brano, valutando insieme i parametri di correttezza e rapidità .
Per porre diagnosi di dislessia tali prove devono essere di due deviazioni standard inferiori ai valori medi attesi per la classe frequentata. L'età a cui fare una diagnosi dovrebbe coincidere con il completamento della seconda classe della scuola elementare, poichè essa coincide con il completamento dell'istruzione formale del codice scritto, e si riduce l'alta variabilità inter-individuale presente nel periodo precedente. Nonostante ciò è bene tenere presente, già nel corso delle prime due

classi elementari, un'eventuale discrepanza tra competenze cognitive generali e apprendimento di lettura e scrittura, in concomitanza di altri specifici indicatori diagnostici, quali un pregresso disturbo del linguaggio e una familiarità accertata per il disturbo di lettura. In questi casi è bene formulare un'ipotesi diagnostica prevedendo successivi momenti di verifica .
2. Disortografia e disgrafia: anche in questo caso è necessario somministrare prove standardizzate. Nella disortografia si valuta la correttezza, costituita dal numero di errori. Nella disgrafia si valutano la fluenza e la qualità del segno grafico. Il valore critico si situa sempre intorno alle due deviazioni standard sotto la media prevista per la classe frequentata.
3. Discalculia: come nei casi precedenti per la diagnosi di discalculia è¨ previsto l'uso di prove standardizzate, che valutino correttezza e rapidità, applicando il criterio della differenza di due deviazioni standard dai valori medi attesi.
La diagnosi non può essere formulata prima della terza classe elementare, anche se è possibile un'individuazione precoce di soggetti a rischio, tramite la rilevazione di un'eventuale discrepanza tra abilità cognitive generali e l'apprendimento del calcolo numerico.

Accanto ai test standardizzati che valutano le abilità specifiche, la valutazione deve prevedere un'anamnesi accurata, con particolare attenzione allo sviluppo uditivo e visivo del bambino, alle tappe dello sviluppo motorio, prassico e del linguaggio, all'eventuale presenza di disturbi neurologici e/o psichiatrici e alla presenza o meno di familiarità per dislessia, discalculia o disortografia.
Dopo l'analisi delle abilità specifiche, la valutazione delle componenti dell'apprendimento si amplia e si approfondisce, includendo altre abilità (linguistiche, percettive, prassiche, attentive, mnestiche). Particolare attenzione va posta ai fattori ambientali e alle condizioni emotive e relazionali del bambino.
In seguito, per la conferma diagnostica, può essere necessario fare indagini cliniche che escludano la presenza di anomalie sensoriali, neurologiche, cognitive, e di gravi psicopatologie.
Alle famiglie ed agli insegnanti del soggetto dislessico viene consigliata l'adozione delle misure compensative e dispensative (tra cui il computer e la calcolatrice) in quanto nei DSA, che ricordo essere una disabilità di origine congenita e di natura neurobiologica, vi è l'impossibilità di automatizzare i processi necessari per gli apprendimenti curriculari.
Nel caso specifico della Dislessia Evolutiva ricordo che per poter studiare con successo è necessaria un velocità di lettura di 3 sillabe al secondo. Se questo parametro non viene soddisfatto è necessario adottare gli strumenti compensativi e dispensativi e non somministrare particolari farmaci (tra l'altro sarebbe interessante sapere quali).

Questi sono strumenti che consentono al ragazzo di compensare le carenze funzionali determinate dal disturbo poichè, svolgendo la parte automatica della consegna, permette al ragazzo di concentrare l'attenzione sui compiti cognitivi più complessi. Inoltre non incidono sul contenuto cognitivo, ma possono avere importanti ripercussioni sulla velocità e/o la correttezza dell'esecuzione della consegna.
Un'altra cosa è, a mio avviso, il caso dell'alunna filippina citato sempre nello stesso articolo. Mi sento però di rassicurare la professoressa Pellegrino ricordando che anche per la diagnosi di Ritardo Mentale esistono criteri molto precisi e rigidi. Inoltre la valutazione psicometrica dell'intelligenza può essere fatta mediante strumenti che non richiedono competenze linguistiche particolari (la scala Scala Leiter R) uno dei tanti strumenti costruiti a questo scopo).

Dr. ***Valentino Franchitti*** Asl2 Torino

amianto il nostro nemico blu

LA VERGOGNA DI ESSER MALATI

Un tempo era la peste, poi è stato il mal sottile (la TBC), oggi l'AIDS e tutte quelle malattie a prognosi infausta. Mali terribili, con nomi differenti ma accomunati da una sorta di omertà che li circonda, spingendo chi ne viene affetto a non farne menzione, contribuendo quasi a sminuirne la gravità. Già: sminuire, nascondere, esorcizzare col silenzio, senza rendere alcuno partecipe del proprio dolore. Un atto di eroismo per taluni, di vigliaccheria per altri dipende in quale punto della fila che ci conduce all'inevitabile siamo (o crediamo) di essere collocati.
Creare un proprio personale lazzaretto non serve a nessuno: parlare, denunciare responsabilità (quando ve ne sono) diffondere cattive ed anche buone notizie è la strada da intraprendere per aiutare la ricerca e dare un po' di speranza a chi soffre. Una proposta?
Un contatore, posto in basso sul teleschermo durante i principali TG, una sorta di banner pubblicitario aggiornato in tempo reale, recante il numero - certamente alto, dei caduti ma che comprenda anche un elenco di quanti hanno sputato in faccia alla morte e sono riusciti a risollevarsi. Questo sì gioverebbe a diffondere la cultura della prevenzione, ravvivando la fiammella della speranza in quelli che già soffrono. Le armi della medicina sono sempre piu' precise e, con l'aiuto di tutti, questa è una guerra che si può e si deve vincere.

MORTI "BIANCHE" SU ORIZZONTI NERI
Ci sono giorni.....

Ci sono giorni nei quali alla fine del turno di lavoro, mi ritrovo a guardarmi le mani. Sono mani che una volta hanno lavorato in prima linea, ora lo fanno ancora ma spesso si trovano a tichettare sui tasti del pc per gran parte della giornata, sono mani che danno l'idea del tempo che passa... Vedo delle piccole macchie brune, ma non mi dispiaccio affatto per l'età che avanza.
C'è stato un tempo in cui ero quasi certo che non sarei neppure arrivato fino a qui.Questo è vivere con il nemico blu, questo intendo quando parlo di una vita passata nel suo mirino. Ogni giorno ci penso, magari soltanto per un attimo, prima di addormentarmi oppure quando semplicemente guardo i miei figli e sono grato di essere loro accanto, ANCORA.
Oggi fuori risplende il sole, questo blog tutto nero è forse un po' in contrasto con la voglia di leggerezza che spesso chi viaggia sul web ha voglia di incontrare. La vita però è fatta di realtà e - sempre di più - sento di non potermi esimere dal raccontare quello che ho vissuto.
Vedo che tanti di voi, come me, vivono lo stesso incubo per sè o per qualcuno che amano. Se continuiamo uniti, forse davvero non accadrà mai più!

vignetta esclusiva per LavoroeSalute - di Tubal

racconto

Luciano, non ancora 30 anni.....

di Gigi Moroni

Luciano, non ancora 30 anni, sano e forte e con tanta voglia di lavorare per procurare benessere alla propria famiglia, per caso trova l'annuncio di un concorso che cambierà la sua vita. Inaspettatamente, passa la selezione con un ottimo punteggio e gli si aprono le porte di una nuova vita.
Il tanto atteso lavoro sicuro, che dovrebbe portare stabilità al giovane uomo, rivela però ben presto un rovescio della medaglia che potrebbe presentargli un conto salatissimo da pagare.
Lo presenterà magari fra molti anni, se avrà fortuna forse mai, ma se accadesse Luciano sa che sarebbe un conto con tanto di interessi da liquidare.
In quella nuova realtà lavorativa, tanto diversa dalla vecchia rassicurante fabbrica in cui era stato occupato fino ad allora, Luciano si trova per la prima volta nella sua vita di fronte alla micidiale sostanza, a cui in quei giorni si era cominciato a guardare con paura: l'amianto. Che fare adesso?
Mollare tutto e tornare a casa, spiegando ai suoi cari che è meglio essere vivi e insieme piuttosto che avere un posto sicuro? Oppure meglio tacere tutto (per non impensierire moglie e figlio) e continuare a giocare quella mano di poker con la vita?
Luciano, forte della sua giovinezza e della voglia di non mollare, sceglie di andare avanti e per 5 lunghi anni svolge con attenzione la mansione che gli viene assegnata.
Ma la paura…quella si infila sotto la trama delle tute di protezione ed il respiro imbottigliato dalle maschere con il filtro si fa pesante, in una situazione al limite della sopportazione.
Il peso del rischio è talmente pressante che ogni volta, alla fine del suo turno, Luciano deve riprendere fiato e colore; di fatto durante quelle interminabili ore di gioco fra lui ed il suo avversario (il "Nemico Blu") egli si è abituato a fare solo brevi respiri, per paura di inalare anche una soltanto di quelle fibre, tanto minuscole quanto micidiali per la sua salute.
Oggi, 20 anni dopo, l'azienda ha rivisto la sua figura professionale, Luciano ha perfino fatto carriera e gli anni dell'esposizione al rischio sono ormai lontani ma vicina, esattamente come allora, resta purtroppo, ogni notte, la paura.
E' la paura che non lo lascia mai, il timore che il Nemico Blu non abbia finito di giocare la sua partita a poker con lui e che sia in attesa di giocare la sua ultima mano, con un finale, decisivo, terribile bluff…

Racconto a margine del caso Eluana Englaro

Contributo al Dibattito su Fine Vita e Accanimento Terapeutico

Riflessioni sul caso di Davide Marasco

di Giuseppe R. Gristina,
U.O. Rianimazione 1 dell'Ospedale San Camillo Forlanini di Roma.

Davide Marasco, nato il 28 aprile agli Ospedali Riuniti di Foggia, è morto il 19 luglio. Era affetto dalla sindrome di Potter: agenesia di reni, ureteri e altre malformazioni. Attraverso dolorose procedure invasive si può tentare di vicariare la funzione renale sottoponendo questi piccoli pazienti alla dialisi, ma la complessità e la gravità della malattia non possono essere contrastate dai trattamenti oggi disponibili. Non si può pensare di rimanere in dialisi dalla nascita fino a 70-80 anni come fosse niente.

La dialisi è una procedura salva-vita ma ha i suoi prezzi specialmente in età neonatale o pediatrica; i piccoli insufficienti renali lo sanno. Il trapianto non è uno scherzo, su due reni è improbabile e, comunque, bisogna arrivarci. Così, tutti coloro che fino ad oggi sono nati portatori di questa sindrome sono morti, con una sopravvivenza media che non ha mai superato i 30-35 giorni. Vi è quindi piena coscienza, nel sapere medico, dell' inutilità di ogni terapia.Non c'è spazio per le opinioni, non si sta discutendo sul miglior risultato terapeutico che si può ottenere usando un farmaco o un altro. Che ancora oggi della sindrome di Potter si muoia è una consolidata evidenza. Dunque, se non si può discutere sulla qualità della prognosi, soltanto un medico fariseo o uno sciacallo possono indurre un profano a credere nel contrario.

Questo, in estrema sintesi, sul piano scientifico.
Sul piano umano la nascita di un figlio è per lo più una gioia, e deve essere davvero terribile l' esperienza di chi è costretto a spegnerla subito, la gioia, per far spazio al dolore e alla preparazione in tutta fretta di un lutto fino a quel momento impensato. Non credo vi possa essere sufficiente lucidità per affrontare questa situazione. Non tutto può essere chiaro, non tutto può risultare comprensibile e, forse, vi è una resistenza a comprendere, tanto più forte quanto più è insopportabile sentirsi dire che non c'è scampo. Nessuno accetta l' idea della morte quando la vita è all' inizio; apparentemente è un non-senso.

Ai genitori di Davide non è stato dato neppure il tempo di comprendere; essi sono stati subito privati della patria potestà proprio perché avevano indugiato.

Se il rapporto costo umano/beneficio non sarà positivo, non converrà evitare a Davide inutili strazi?
Questa era la domanda. Ma non c' era tempo da perdere; bisognava agire prima che la malattia uccidesse Davide e, cosa peggiore, lo uccidesse mentre si discuteva, delineando l' ipotesi della negligenza di fronte al giudice. Così Davide è stato sottoposto delle tutte le cure del caso e alla fine, dopo 42 giorni di calvario terapeutico, è morto. Era scritto. Io, come uomo, avrei voluto tacere su questa storia perchè quando qualcuno muore, e male, è meglio tacere.

Chiacchiere e dolore non vanno bene insieme.
Ma come medico non posso tacere, e me ne scuso con i signori Marasco. Come medico non posso non considerare con quanto cinismo abbiamo agito. I medici sanno che la biologia non è regolata da leggi "sentimentali" ma dal codice genetico che comprende una terribile, banale verità: ciascuno nasce e muore, la morte è un fatto naturale, è parte della vita come la nascita.

I medici debbono portare questa conoscenza; sono i depositari di questo sapere, ed è loro obbligo morale affermare la verità soprattutto quando questa implica l'impotenza terapeutica. Il semplice fatto che i malati siano neonati o bambini non significa che non debba essere permesso loro di morire quando è il loro momento, perchè questa è la legge biologica.

Quando la morte è inevitabile il medico deve fermarsi accanto al piccolo malato, preservarne la dignità, rendere l' esperienza quanto più significativa possibile per i genitori. Per questo, oltre alle funzioni di diagnosi e cura, vi è anche l'obbligo di delineare la prognosi che, lungi dall'essere un' opinione, rappresenta ciò che più sta a cuore ai genitori: sapere se il loro figlio soffrirà e quanto, se guarirà o no, se morrà. Per poter fare un bilancio e cercare di affrontare il destino.

Poi, nel caso di Davide e dei suoi genitori, noi medici abbiamo trascurato un altro obbligo: quello della "pietas", la disposizione d'animo a sentire una dolorosa e premurosa partecipazione all'infelicità altrui (Devoto-Oli). Perché dire che un essere umano si gioverà o non si gioverà di un trattamento non è soltanto un giudizio medico; è affermare anche un giudizio morale, di valore, che deve includere necessariamente la valutazione di quanta sofferenza e quanto danno si possono sopportare per considerare la vita ancora degna di essere vissuta. In tal senso essa appartiene ineludibilmente ai genitori che, insieme al neonato, porteranno il peso della decisione. Per questo all'obbligo della prognosi corrisponde quello della sincerità. Per questo con la famiglia Marasco siamo stati codardi.

Abbiamo poi commesso anche un altro tragico errore: abbiamo rinunciato a combattere contro coloro che ritengono di poter sostituire al sapere esperto del medico un qualsiasi credo. Abbiamo abdicato alla nostra funzione, che è sempre stata quella di insegnare che la vita è sacra per il valore ed il significato che noi tutti riusciremo a dargli.

Così, come medico, sento oggi il dovere di chiedere scusa ai signori Marasco per come sono stati trattati dai medici.
E non vale qui dire: non siamo tutti così.

Pubblicato su www.timeoutintensiva.it
Per gentile concessione de:
Il Pensiero Scientifico Editore
http://www.pensiero.it/

SCIENZA COMMERCIALE

RICERCATORI O PRESTIGIATORI

Hanno creato un modello animale del morbo Creutzfeldt-Jakob Dai topi la cura dei mali? Ennesima, inutile balla

Puntuale come un orologio svizzero, è passata sui mass media la notizia dell'ennesimo animale manipolato geneticamente che sarà in grado, secondo alcuni ricercatori, di fornire risposte a quesiti scientifici fino ad ora irrisolti.
Il 26 novembre scorso l' Ansa annunciava che alcuni ricercatori italiani avevano «creato il primo modello animale di una forma ereditaria del morbo di Creutzfeldt-Jakob che rispecchia fedelmente tutti i sintomi della malattia umana e permetterà di compiere ricerche e testare farmaci e metodi diagnostici contro questo male per cui ancora non si conosce cura».
Sempre l' Ansa ci faceva sapere che si tratterebbe di un "topolino", come spesso accade è stato utilizzato proprio questo diminutivo che induce tanta tenerezza nelle persone e stimola l'idea di qualcosa di allegro e leggero. Nella realtà questi topi andranno incontro ad una fine terribile, se è vero che presentano tutti i sintomi del morbo di Creutzfeldt-Jakob. Tuttavia si può immaginare che i ricercatori, come sempre accade, si affretteranno ad affermare che gli animali saranno trattati benissimo e non soffriranno, anche se non si è mai visto un nostro simile nelle corsie d'ospedale non soffrire se è ammalato gravemente. Sembra però che questa condizione miracolosa di malattia senza sofferenza sia una prerogativa proprio dei tanto fortunati animali da laboratorio.
Da sottolineare anche un aspetto curioso che possiamo trovare nel comunicato citato. Dopo avere affermato che questo topo transgenico è il primo modello animale del morbo di Creutzfeldt-Jakob, poche righe dopo si affermava che "esistono solamente due modelli animali della versione ereditaria del morbo di Creutzfeldt-Jakob, ma questi non sono ottimali perché presentano solo alcune delle caratteristiche della malattia". Ma allora è il primo modello animale o il terzo? E se gli altri sono così imperfetti, perché fino ad ora sono stati utilizzati e, verosimilmente, decantati come il nostro nuovo "topolino"?
Una riflessione deve inoltre essere fatta sulla solita illusione legata alla sperimentazione sugli animali. In questo caso si lascia intendere che avendo manipolato geneticamente questi topi, ossia avendoli resi più simili a noi, abbiamo creato un modello sperimentale perfetto per questa malattia. Come sempre, però, abbiamo creato solo un modello che mima alcuni sintomi, o forse anche tutti i sintomi della malattia umana, ma il topo continuerà ad essere un topo e ad avere un assetto genetico differente dal nostro. Continuerà, ad esempio, a metabolizzare i farmaci che studiamo in base alle sue caratteristiche di specie e agli enzimi che possiede. Inoltre manipolare geneticamente un animale significa "umanizzarlo", ossia aggiungere geni umani che non possiede o togliergli geni che invece noi non possediamo.
E allora proprio in questo tipo di ricerche c'è la migliore dimostrazione che l'antivivisezionismo ha ragione: se dobbiamo "umanizzare" gli animali significa che, ci piaccia o meno, le scoperte scientifiche si possono raggiungere solo studiando la nostra specie, purché gli studi siano condotti in maniera etica.
Sinceramente questa notizia del topo transgenico che si ammala del morbo di Creutzfeldt-Jakob non mi rallegra né come essere umano, né tanto meno come medico. Meglio sarebbe interrogarsi sulle colpe che abbiamo per quanto riguarda la diffusione di questa malattia e puntare sulla prevenzione, anziché affidarsi alle illusioni da prestigiatore di quanti ci considerano tanto simili ai topi da studiarli per capire le nostre malattie e tanto dissimili dai topi da mandarli volutamente incontro ad atroci sofferenze.

Dr. Stefano Cagno

lettera appello dal veneto

PER IL DIRITTO ALL'ANALGESIA EPIDURALE GRATUITA E GARANTITA

Ho dato alla luce il mio bellissimo bambino a settembre di quest'anno all'ospedale Civile di Venezia. Avevo fatto tutti gli esami per l'epidurale e appena entrata in ospedale avevo comunicato questa mia scelta al medico di guardia. Ma l'analgesia (...)

Trattamento che al momento della somministrazione mi è stato presentato come "qualcosa che mi aiutava a spingere".La rabbia e l'indignazione che sto provando ora che la sbornia da felicità per il mio cucciolo è passata, mi sta dando la forza e il coraggio per combattere. Per dire basta a questo trattamento indegno che le partorienti italiane subiscono nei pubblici ospedali.

Il primario di anestesia e rianimazione del Civile di Venezia, dal 2002 si batte per il diritto delle donne che lo chiedono ad avere assicurato un parto in analgesia. Dal 2002 il dottor Maurizio Morgantin è solo in questa battaglia di civiltà, boicottato dai colleghi e ignorato dalla regione Veneto che a Venezia non stanzia un euro per l'analgesia epidurale.

I pochi fondi che ci sono provengono dal Casinò di Venezia e sono stanziati grazie alla cocciutaggine del dottor Morgantin.

Io e una mia amica, Leonilde Scarciafratte, stiamo tentando di diffondere questa petizione: www.firmiamo.it/analgesiaepiduralegratuitaegarantita

Di dar voce alle donne in questo blog http://epidurale.blogspot.com

E di organizzarci in un gruppo "epidurale garantita e gratuita" per ora attivo solo su facebook.

PS

Il trattamento che le donne venete subiscono è indegno e fuori dalla legge, visto che l'articolo 1 della legge regionale n25/2007 recita:

1. Nel rispetto del diritto di libera scelta della donna sulle modalità e sullo svolgimento del parto, la Regione del Veneto con la presente legge favorisce il parto fisiologico, promuove l'appropriatezza degli interventi, anche al fine di ridurre in modo consistente il ricorso al taglio cesareo, e riconosce ad ogni donna in stato di gravidanza il diritto ad un parto fisiologico che le eviti o le riduca la sofferenza usufruendo gratuitamente di tecniche antalgiche efficaci e sicure ed in particolare della partoanalgesia epidurale.

Paola Banovaz

L'associazione "Obiettiamo gli obiettori" su Lavoro e Salute

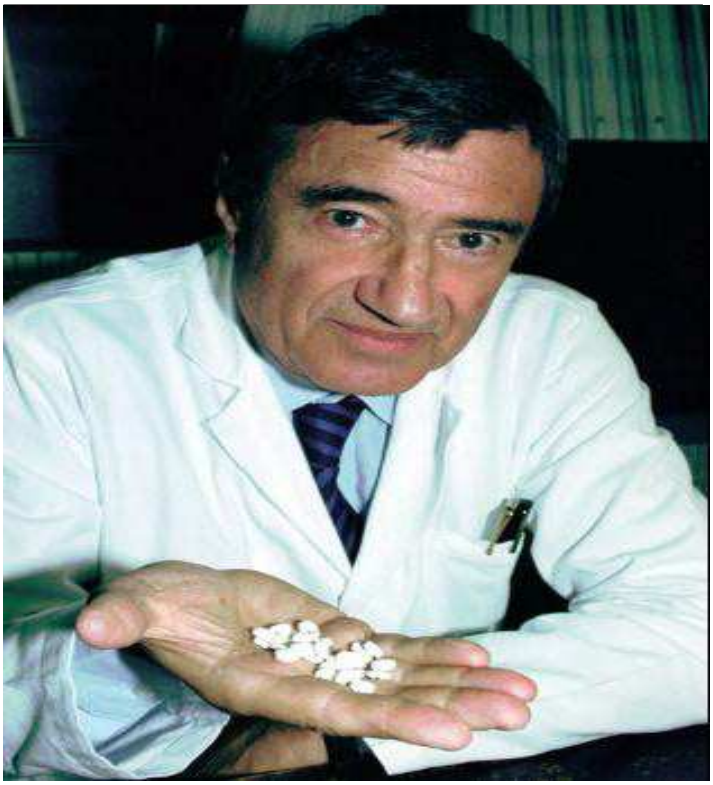
Breve storia della RU486

Per scelta non abbiamo riportato qui l'ammorbante dibattito delle ultime settimane sull'introduzione della RU486 in Italia; preferiamo proporre la lettura di questa intervista al suo 'inventore' che ripercorre vent'anni di fatti e misfatti.
La nostra posizione rimane, per altro, quella di ribadire l'importanza della sessualità consapevole come miglior mezzo per prevenire gravidanze indesiderate e, di conseguenza, l'aborto.

http://ogo.noblogs.org/

Il "Dottor Pillola" "La mia Ru486 vi spiego perché va difesa"

Parla Emile-Etienne Baulieu, il padre della pillola abortiva che dall'anno prossimo arriverà, tra le polemiche, anche in Italia



PARIGI - Nel caos organizzato del suo ufficio, l'opera completa di Pasteur e le ultime riviste scientifiche si mischiano ai frivoli schizzi della pittrice Niki de Saint Phalle. Per entrare bisogna superare pile di libri a terra. Sulla scrivania, accanto ai figli e ai nipoti, c'è la fotografia di Gregory Pincus, padre della pillola contraccettiva. All'età di ottantadue anni appena compiuti, Emile-Etienne Baulieu dovrebbe già essere in pensione. Ma continua ad occupare attivamente una stanza all'Inserm di Parigi,l'istituto nazionale per la ricerca, dove dirige e smista consulenze, ricerche,conferenze. E' l'inventore della pillola abortiva. Mister Ru486. Ovvero l'acronimo tra la casa farmaceutica (Roussel-Uclaf) e il numero della molecola di mifepristone. La pillola della discordia, "kill pill" per i nemici,che in Italia non è mai stata approvata. "Non mi faccia polemizzare" premette subito lui, dopo essersi inchinato per un desueto baciamano. In realtà, Baulieu è abituato a fare l'avvocato di se stesso.

"La Ru486 è un simbolo che il Vaticano non ama perché - sostiene - la scienza si è alleata con il femminismo". Completo scuro, pochissimi capelli bianchi, sguardo diretto e un sorriso ammiccante,quest'uomo sembra non voler invecchiare. Ha presieduto l'Accademia delle Scienze fino al 2004, ed è ancora una centrale di potere e affari del mondo medico francese. In questi giorni chiede spesso alla segretaria una rassegna stampa dal nostro paese. "I problemi di coscienza sull'aborto - commenta - sono vecchi quanto l'umanità. Non sarò certo io a poterli risolveredefinitivamente". Baulieu fa spallucce. "Nella mia vita ho subìto anatemi, minacce, assalti.

Per parlare al College de France, vent'anni fa, dovettero darmi la scorta. Quando arrivai a Washington, negli anni Novanta, trovai cartelli che mi paragonavano a Mengele. Ma è acqua passata, ormai. L'Italia mi sembra incredibilmente in ritardo: vuole riaprire un dibattito che altrove non esiste più da decenni". Prende da un cassetto una cartella di fogli."Quando viaggio per conferenze cito spesso questa frase: "In fondo nessuno può essere sicuro di quando comincia la vita umana". E' di Joseph Ratzinger, quando era a capo della Congregazione per la Dottrina e la Fede. Come intellettuale lo rispetto molto, ma è ovvio che adesso siamo su fronti opposti".

La scoperta della pillola avvenne quasi per caso nel 1982. "Cercavamo un sistema per inibire i ricettori del progesterone,l'ormone della gravidanza - racconta Baulieu - Assunto entro le prime settimane dal concepimento, il mifepristone impedisce all'ovulo fecondato di impiantarsi nell'utero, provocando un aborto spontaneo. Alcune delle pazienti sulle quali l'abbiamo sperimentata in Svizzera - ricorda - già dopo qualche giorno andavano a sciare senza problemi". L'aborto chimico è comunque doloroso. Due giorni dopo aver preso la pillola va assunta un'altra sostanza (la prostaglandina) che provoca le contrazioni per l'espulsione dell'embrione.

"Non dico certo che sia piacevole, né facile: nessuna pillola e nessun medico potranno alleviare il dramma di un aborto. Io - continua Baulieu - ho voluto soltanto offrire la possibilità di scegliere. La Ru486 permette di vivere questo brutto momento a casa propria, nell'intimità,aiutate da famigliari e amici. Ma conosco molte donne che mi hanno confessato di non voler pensare a niente e lasciare tutto al lavoro dei medici: in questo caso anche io consiglio l'anestesia e l'operazione".

La Ru486 è autorizzata in quasi tutto il mondo. Viene usata ogni anno da tre milioni di donne, secondo alcune stime. E' un farmaco approvato dall'Unione europea, vietato soltanto in Irlanda, Portogallo e Italia. L'ultimo rinvio della nostra Agenzia per il Farmaco non coglie di sorpresa Baulieu. "In fatto di retorica voi italiani siete molto forti.Posso solo replicare con i fatti" commenta con una smorfia ironica. In Francia, dove la Ru486 è commercializzata dal 1989, metà delle donne (il 46%) sceglie l'aborto chimico. Nel settore pubblico la percentuale è leggermente più alta (49%) ed è in continuo aumento. La pillola "anticongestionale",come la chiama Baulieu, non ha spostato le statistiche dell'aborto che, negli ultimi trent'anni, rimangono stabili. E' venduta in India e in Cina come farmaco generico.

Dall'anno scorso, il ministro della Salute francese ha deciso che può essere prescritta anche fuori dalle strutture ospedaliere, da medici autorizzati o presso consultori famigliari. La Ru486 è permessa fino al quarantanovesimo giorno dal ciclo mestruale: dopo è possibile unicamente l'aborto chirurgico. Il protocollo, i dati. Baulieu ha un atteggiamento impassibile. Si scalda soltanto quando, con un moto d'orgoglio, rivendica i risultati della sua invenzione. "Il successo clinico è del 95% - spiega - e i rischi di complicazioni vengono considerati minimi, comunque non superioria quelli che comporta l'asportazione chirurgica dell'embrione".

La storia della Ru486 non assomiglia a quella di nessun altro farmaco. Baulieu conserva ritagli di giornali, spezzoni di trasmissioni."E' stato così fin dall'inizio. Il vecchio cardinal Lustiger disse che sitrattava di "un'arma chimica contro il feto". E la campagna di demonizzazione ha quasi funzionato. Nel 1988 stavo parlando a un convegno in Brasile quando salirono sul palco per avvertirmi che la commercializzazionedella pillola era stata bloccata in Francia.

CONTINUA NELLA PAGINA SEGUENTE

"La mia Ru486 vi spiego perché va difesa"

CONTINUA DALLA PAGINA PRECEDENTE

Il gruppo farmaceutico aveva deciso di rinunciare al nuovo prodotto per paura dei boicottaggi: una cosa incredibile, no? Il proprietario del brevetto, Wolfgang Hilger, era un fervente cattolico. Ma il governo socialista - continua Baulieu - costrinse la multinazionale tedesca a fare retromarcia: la pillola abortiva tornò dopo pochi giorni sul mercato. "Quella medicina è proprietà morale delle donne" disse il ministro Claude Evin. Ecco, mi piace pensare che la Ru486 è delle donne, sono loro a dover decidere. Io d'altra parte non ho più nessuna partecipazione economica con la società produttrice".

La battaglia industriale si ripeté anche negli Stati Uniti, con lo stesso copione. Alla fine, Clinton decise di far registrare il brevetto a una Ong, il Population Council. "Il ritardo dell'Italia mi addolora - commenta lo scienziato - Il mifepristone è una sostanza che potrebbe anche avere altre indicazioni, come la cura di alcuni tumori, ma questo non viene mai ricordato". Baulieu è nato Emile Blum da una famiglia ebrea dell'Alsazia. Durante l'occupazione nazista cambiò nome e divenne partigiano."Sono stato iscritto a lungo al Partito comunista, poi ho capito che potevo essere utile in altro modo". Negli anni Sessanta ha vissuto in America, lavorando con Pincus. L'altra sua scoperta, l'ormone Dhea che dovrebbe rallentare l'invecchiamento, ha acceso speranze ma con risultati deludenti."Monsieur longue vie" ha scritto Le Monde nel ricordare la sua "vita vissuta" tra belle donne, artisti e mondanità. "Ho capito che quello che veramente mi rimproverano - aggiunge - è di aver privato i medici del loro potere di condizionamento sull'universo femminile". E' la tesi di un vecchio pamphlet americano, La pillola che può fermare le guerre sull'aborto e perché le americane non ce l'hanno di Lawrence Lader, scritto nelpieno del dibattito sulla registrazione della pillola negli Stati Uniti, già quindici anni fa.

Monsieur Ru486 non porta sulla coscienza il peso di milioni di "bambini mai nati". "Anche gli spermatozoi sono vivi eppure ne vanno persi milioni senza nessun problema etico". Quando un ovulo fecondato diventa un bambino? L'anziano medico risponde senza esitazioni. In automatico. "Ho due risposte. La prima è a partire dal momento in cui gli altri cominciano a riconoscerlo come tale. Nel caso della società a partire dalla sua nascita. Tuttavia, la seconda risposta mi sembra più precisa: tutto dipende dalla donna, dal momento in cui la donna comincia a sentire questo embrione come un nuovo essere. Quando una donna ha un ritardo, lo esprime giustamente così: "Ho un ritardo". Alcune settimane dopo, comincia a dire: "Sono incinta". Però ha bisogno di un tempo considerevole per dire: "Aspetto un bambino". E' soggettivo. E' tutta una questione psicologica".

intervista di ANAIS GINORI (23 dicembre 2008)

come risparmiare sui preservativi

consiglio daalle nostre amiche dell'associazione "sos famiglie numerose"

Fare l'amore non ha prezzo... ma i preservativi si!!
Certo, quando si parla di sesso l'ultima cosa a cui viene da pensare è il risparmio.
Se però il preservativo è il vostro unico metodo contraccetivo ed avete dei ritmi "sostenuti", ecco che anche questo piacere può essere una fonte di spesa non indifferente.

Scendiamo nel dettaglio:

- 3 rapporti settimanali (che non è certo una media esagerata)

- costo di una scatola da 6 pezzi= 9• (prezzo medio in farmacia per preservativi di marca)

Costo totale in un anno = 234•

Sono sicuramente i soldi meglio spesi del vostro budget, quindi lungi da me consigliarvi di non fare l'amore per risparmiare.

In rete ho però scoperto che in Inghilterra, noto paese della comunità europea (quindi non in Cina), vendono i "condoms" a un quarto del prezzo italiano.
Un esempio? 36 Durex "PleasureMax" potete acquistarli a 8,70£ che sono circa 12•. In Italia costerebbero 54•.

Potete trovarli su:
http://www.johnnysinajiffy.com
http://stores.ebay.it/thejohnnyshop
http://stores.ebay.it/Condom-Queens-Cheap-and-Fast

oppure su Ebay digitando "condoms" o la vostra marca di preservativi preferita.

Importante!!

Accertatevi che la confezione esponga il marchio CE, l'unico che vi garantisce il rispetto degli standard produttivi europei.

Lavoratori e Psicofarmaci

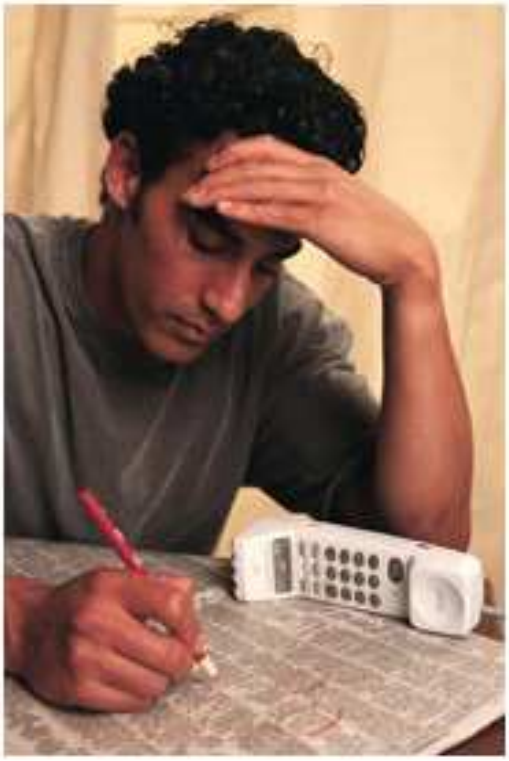
in altri paesi studiano i disagi del mondo del lavoro ma in italia con il record europeo di precarietà, insicurezza sul lavoro, attacco ai diritti dei lavoratori c'è un silenzio mortale

E-MAIL A LAVORO E SALUTE

Gentile redazione, Vorrei portare l'attenzione sulle patologie e sulle situazioni di malessere che colpiscono coloro che lavorano negli uffici. In questi ultimi anni nell'attività di ufficio si sono riconosciuti, in maggiore o minore concentrazione, fattori di nocività diversi dotati di potenzialità lesiva sull'organismo umano.

In Germania, in 2 milioni abusano di medicine per sostenere ritmi di lavoro e insicurezza. Da noi non ci sono ancora studi in merito ma seguendo tante storie di disagio la realtà è ben peggiore

Che si potesse essere drogati di lavoro - workoholic dicono gli esperti - era cosa più o meno risaputa. Ma che ci fossero anche drogati per il lavoro, e che il loro numero fosse così alto, in Germania erano in pochi a immaginarlo.



Cresce a ritmo sostenuto tra i lavoratori l'uso di psicofarmaci, divenuti l'argine che molti tentano di alzare contro i disturbi legati alla vita professionale. Due milioni di lavoratori almeno una volta, ottocentomila più regolarmente, hanno abusato di psicofarmaci per sostenere i ritmi sempre più incalzanti del loro lavoro.
Lo rivela uno studio condotto su un campione di 3mila assicurati tra i 20 e i 50 anni della Dak, una delle più importanti compagnie tedesche.

Qual è la ragione per "doparsi" sulla scrivania dell'ufficio? In particolare in tempi di crisi, spiega il direttore della Dak Herbert Rebscher, da una parte aumentano le insicurezze e la paura di perdere il posto di lavoro, dall'altra l'accresciuta concorrenza porta a ritmi sempre più intensi. La maggior parte di quei due milioni di persone non avrebbero bisogno, dal punto di vista clinico, di psicofarmaci. Ma li prendono ugualmente per sostenere lo stress. E il 20% non ci trova niente di male.

Le vittime più frequenti dell'abuso di psicofarmaci sono tra coloro che devono sopportare grandi carichi di lavoro, tra i precari, o tra quelli sottoposti a una forte concorrenza. Gli psicofarmaci sono particolarmente popolari anche tra gli accademici, che in genere cominciano a farne uso sin da studenti.

Più diffusi tra gli uomini gli stimolanti e i preparati per la memoria, mentre le donne assumono più tranquillanti o antidepressivi.

Ma sono anche comuni i farmaci contro la demenza e i disturbi di concentrazione. Per entrare in possesso dei medicinali, la maggior parte degli intervistati ha ammesso di non passare attraverso i canali classici - prescrizione del medico e farmacia - ma di procurarseli illegalmente, attraverso parenti, amici, colleghi o internet. Un inutile rischio per la salute, considerato che l'assunzione di farmaci inappropriati aumenta il rischio di effetti collaterali. Senza considerare che "chi ingoia una pillola per ogni situazione, dimentica come risolvere da solo i propri problemi", ha ricordato Rebscher.

Il doping può magari "funzionare" per un periodo limitato di tempo. Ma lo "psicofarmaco fai da te" alla fine non ce la fa a sostenere lo stress: negli ultimi dieci anni la percentuale dei lavoratori finiti in malattia per disturbi legati alla psiche è cresciuta dal 6,6% al 10,6% del monte totale. Le assenze per problemi psichici, nel 2008, sono aumentate del 7,9% rispetto all'anno precedente, piazzandosi al quarto posto nella tabella per assenze da malattia.

I dati sono ancora più significativi se si considera che rispetto al 2007 il monte dei giorni di malattia è cresciuto complessivamente solo dello 0,1%. Cioè dentro un quadro che rimane complessivamente stabile i problemi psichici diventano una causa di disagio sempre più frequente. E il prossimo futuro non lascia ben sperare. Rebscher prevede - non è difficile credergli - un ulteriore aumento del fenomeno.

*Matteo Alviti**

** inviato del quotidiano Liberazione a Berlino*

DI LAVORO SI MUORE ANCHE SENZA INFORTUNI TRAUMATICI

"Ogni 10 tumori da lavoro solo 1 e' riconosciuto"

Se n'e' parlato al convegno nazionale ''Cancerogenesi professionale'' organizzato dal Dipartimento di medicina del lavoro di Torino con l'ospedale Cto - Maria Adelaide e l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro (Ispels).

L'Inail riconosce mille casi l'anno di tumori sviluppati durante il lavoro, ma - secondo le stime epidemiologiche - i casi sono almeno 10 volte in piu'. I tumori causati da sostanze cancerogene o mutagene sarebbero il 2-4% del totale dei tumori, cioe' fra 10mila e 20mila l'anno solo in Italia.

''I tumori professionali insorgono dopo anni, quando magari si e' in pensione, percio' sono di rado riconosciuti come tali'', spiega Enrico Pira, direttore del Dipartimento di medicina del lavoro di Torino.

Tra i materiali piu' pericolosi, oltre l'amianto, ci sono le polveri di legno e cuoio, gli idrocarburi dalla combustione del petrolio, cromo, nichel.

LETTERA DI UN RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI AL MINISTRO SACCONI

Sicurezza sul lavoro: proroghe del governo, morti sul lavoro

Come c'era da aspettarsi, questo Governo, sta continuando nella sua opera di distruzione (è una parola forte, ma purtroppo è così) del Dlgs 81 del 9 Aprile 2008 (T.U. sicurezza sul lavoro).
A Gennaio 2009, dovevano entrare in vigore una parte delle misure varate dal precedente Governo Prodi nel TU, ma l'attuale Governo Berlusconi ha pensato bene di prorogarle.
Con il Decreto Legge Milleproroghe, approvato il 18 dicembre 2008, ha rinviato di altri sei mesi, alcune misure del TU, cioè, la valutazione dello stress lavoro-correlato e l'obbligo di assicurare data certa al documento sulla valutazione dei rischi (con relative sanzioni).
Ma non finisce qui, è stata rinviata al 16 maggio 2009 anche l'entrata in vigore del divieto di visite preassuntive da parte del medico competente, ossia di effettuare visite mediche preventive, prima ancora di assumere un lavoratore.
Un punto particolarmente delicato, quest'ultimo, perché - secondo i sindacati - la pratica delle visite preassuntive viola lo Statuto dei lavoratori (Legge 300 del 1970). Infine, slitta anche l'obbligo di comunicazione allÂ'Inail degli infortuni di durata superiore a 1 giorno.
Sarebbe questo il "piano straordinario per la sicurezza sul lavoro", di cui parlava il Ministro del Lavoro Maurizio Sacconi, dopo la strage sul lavoro al depuratore di Mineo in Sicilia, dove persero la vita sei operai? Mi dispiace Ministro Sacconi, ma non ci siamo assolutamente, perchè io alle parole dò un peso e una misura, e qui invece di aumentare la sicurezza nei luoghi di lavoro, si sta andando nella direzione opposta.
E' vero, il TU non basta per ridurre drasticamente gli infortuni e le morti sul lavoro, ma smontarlo pezzo per pezzo, in modo da distruggere anche quel poco di buono che era stato fatto dal Governo Prodi per la sicurezza sul lavoro, non è una bella cosa.
Lo capisce questo, oppure no?
E' vero, i dati "definitivi" Inail, ci dicono che gli infortuni mortali sul lavoro sono in calo: 1207 morti, rispetto ai 1341 del 2006, cioè un 10% meno.
Io prendo sempre con le "molle" questi dati, cmq sia, 1207 ammazzati sul lavoro, le sembrano pochi? A me no!!!
Io vorrei, inoltre, che ci fosse più rispetto per i morti sul lavoro, anche da parte del suo governo e del resto del mondo politico, smettendola di chiamarle "morti bianche", perchè come ho detto più volte, chiamarle così, è un insulto alle vittime del lavoro e ai loro familiari.
Chiamatele come si deve: omicidi sul lavoro. Inoltre, ho letto una cosa che mi fatto rabbrividire: "Sacconi, tanti infortuni provocati dal comportamento degli operai. Bisogna investire sulle competenze".
Questa sua affermazione mi indigna, è chiaro che una parte della colpa degli infortuni sia anche dei lavoratori, ma dire che molti infortuni dipendono dal comportamento degli operai mi sembra, sinceramente eccessivo.
E' più probabile invece, che dipenda da come è organizzata l'azienda, se le macchine sono a norma, se ai lavoratori sono stati consegnati i DPI, se i carrelli elevatori sono a norma, ecc. Non si può dare la maggior parte delle colpe agli operai come fa lei. Sembra quasi che le imprese non abbiano mai colpa, ma non sta così ministro Sacconi, molte delle colpe sono degli imprenditori che se ne fregano della sicurezza sul lavoro: troppo costosa per le loro tasche!!!

E quando vengono dichiarati colpevoli per la morte di un lavoratore, non ci finiscono minimamente in galera (tranne rarissimi casi), anzi la vedono con il binocolo!!! Si è mai messo nei panni di una madre, di un padre, che hanno perso un figlio sul lavoro?
Sa cosa significa, perdere un figlio, come è successo alla sig.ra Graziella Marota: il suo Andrea, di soli 23 anni, è morto il 20 giugno del 2006, con la testa schiacciata in una pressa tampografica. Sa cosa significa per Graziella, sapere, che per la morti di suo figlio, gli imputati responsabili (amministratore delegato Asoplast e amministratore delegato ditta costruttrice della pressa), hanno avuto una condanna a soli 8 mesi di condizionale, con sospensione della pena?E' come se suo figlio fosse stato ucciso una seconda volta.
Inoltre, adesso dovremo pagare anche 103,30 euro per aprire una causa di lavoro: prima erano gratuite.
Tutto questo, grazie ad un emendamento nell'articolo 26 del disegno di legge in materia di lavori usuranti collegato alla Finanziaria
Il Governo Berlusconi si deve vergognare!!!

Marco Bazzoni - Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza

Da "Epicentro" Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute"

Epicentro è uno strumento di lavoro per gli operatori di sanità pubblica, messo a punto dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità, nell'ambito del progetto per un osservatorio epidemiologico nazionale. È un portale di epidemiologia che offre aggiornamenti rapidi su differenti argomenti di salute e di strumenti, per esempio progetti che hanno funzionato in altri contesti, questionari, immagini, depliant.
Sul numero 276 di EpiCentro. Il futuro del progetto Simi. Dal 1° gennaio 2009 le attività del Simi si fondono con quelle di altri progetti: i dettagli sul nuovo grande tema malattie infettive On line anche l'argomento di salute dedicato alla gonorrea. Sistema di sorveglianza Passi. Oltre alla sintesi del rapporto nazionale, sul sito del sistema di sorveglianza Passi è possibile consultare i risultati delle Regioni: scarica report e slide dell'Emilia Romagna e i rapporti di Piemonte e Sicilia. L'andamento dell'influenza. Per seguire l'andamento dell'epidemia di influenza, leggi il bollettino dello European Influenza Surveillance Scheme e dell'Ecdc. Per l'Italia c'è l'aggiornamento settimanale di Influnet. Okkio alla salute. Sul sito del progetto OKkio alla Salute, è possibile guardare le diapositive del convegno nazionale di presentazione del primo anno di indagini e i rapporti sin qui pubblicati dalle Regioni. Ondate di freddo. D'inverno malattie croniche, affezioni dell'apparato respiratorio, sindromi influenzali e problemi cardiovascolari possono essere acuiti da situazioni meteo difficili: per saperne di più, leggi il focus freddo. Salute nei luoghi di lavoro. Efficacia degli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro relativi a fumo di sigaretta, alimentazione scorretta, scarsa attività fisica e abuso di alcol: i risultati di uno studio. Salute degli stranieri immigrati. Solo la metà delle donne immigrate effettua gli screening oncologici. Secondo l'indagine Istat 2005 sulla salute della popolazione immigrata residente, gli stranieri fanno poca prevenzione.

http://www.epicentro.iss.it/default.asp

Governo e confindustria ritengono che gli infortuni siano responsabilità dei lavoratori. Scandaloso? no, è la loro malanatura!

I morti sul lavoro non sono un problema per lorsignori

L'Italia è il Paese europeo nel quale si muore di più sul lavoro. L'ultimo rapporto Censis segnala che il numero di incidenti sul lavoro è, nel nostro Paese, il doppio della Francia e il 30% in più rispetto a Germania e Spagna. Se si escludono i cosiddetti infortuni "in itinere" (ad esempio quelli avvenuti nel tragitto casa-luogo di lavoro), sebbene non siano rilevati in modo omogeneo in tutti i Paesi europei, si registrano - nell'ultimo anno - 918 casi in Italia, 678 in Germania, 662 in Spagna, 593 in Francia. E si tratta di un problema strutturale.

Al 2004, l'Eurostat riporta che, in termini assoluti, l'Italia fa registrare 944 vittime contro le 804 della Germania; l'Italia conta un numero di vittime sul lavoro in rapporto alla popolazione per centomila residenti pari 1,62 contro una media UE dello 0,97; in termini di occupati si calcola una percentuale di 4,21 vittime contro il valore medio europeo del 2,24 per centomila lavoratori. Recenti ricerche condotte presso l'Università del Sannio, in particolare da Emiliano Brancaccio e Domenico Suppa, hanno messo in evidenza che le 'vittime per unità di prodotto' ammontano, in termini percentuali, allo 0,68 in Italia a fronte dello 0,36 in Germania. Eppure, a fronte di questa evidenza, autorevoli esponenti di Confindustria continuano a sostenere che la numerosità degli incidenti sarebbe in Italia circa uguale a quella registrata in Germania.

Alcuni esponenti del Governo, e non pochi commentatori vicini a Confindustria, ritengono che gli infortuni siano responsabilità dei lavoratori, poco attenti a utilizzare le misure di sicurezza che pure le imprese mettono a loro disposizione. E le recenti campagne televisive del Governo riflettono esattamente questa impostazione, rendendo esplicito che la causa delle morti bianche sta nella scarsa informazione dei lavoratori sul funzionamento dei dispositivi di sicurezza, assumendo che questi esistano e siano efficaci. E' una congettura piuttosto singolare, almeno nel senso che attribuisce ai lavoratori un'attitudine masochistica, o una propensione al rischio talmente alta da mettere a repentaglio la propria salute per un presunto eccesso di fedeltà all'azienda.

A ben vedere, e come è stato mostrato, fra gli altri, da Riccardo Realfonzo sulle colonne del Corriere della sera, l'elevato numero di incidenti in Italia deriva dal fatto che la struttura produttiva delle nostre imprese è tipicamente associata all'utilizzo di tecnologie di retroguardia. E' ben noto che le imprese italiane - di dimensioni medio-piccole - cercano di fronteggiare la concorrenza internazionale comprimendo i costi di produzione, a fronte del fatto che le proprie concorrenti competono innovando. Comprimere i costi significa ridurre i salari nella misura del possibile, avvalersi di lavoro precario, ridurre le spese di formazione, ricorrere al lavoro irregolare e, non da ultimo, accrescere l'intensità del lavoro mediante l'accelerazione dei tempi di produzione.

Ora, appare del tutto evidente che in prima istanza accelerare i tempi di produzione, con tecnologie di retroguardia, non può non determinare un aumento della probabilità di incidenti. In più, la precarizzazione del lavoro, che 'disciplina' gli occupati mediante la minaccia di licenziamento, contribuisce certamente ad aggravare il problema: se il rinnovo del contratto è subordinato a un elevato rendimento, è chiaro che l'intensità del lavoro tende ad aumentare. Ma l'aumento dell'intensità del lavoro - nelle condizioni date - può significare, e - come si è visto - significa, ulteriore aumento della probabilità di incidenti.

Occorre poi prendere atto che la sequenza di effetti che porta agli infortuni non parte dalle politiche aziendali di compressione dei costi. Queste ultime, a loro volta, sono state accentuate - negli ultimi anni - dagli indirizzi restrittivi delle politiche fiscali e monetarie, in ambito nazionale ed europeo.

In primo luogo, gli elevati tassi di interesse - per effetto delle scelte 'conservatrici' della BCE - e il razionamento del credito, soprattutto nel Mezzogiorno, accrescendo le passività finanziarie delle imprese e/o riducendo la possibilità di espandersi, incentivano, di fatto, il ricorso alla precarizzazione, al lavoro irregolare e all'aumento dell'intensità del lavoro, in una condizione nella quale - è necessario ribadirlo - la propensione a innovare è sostanzialmente nulla. In secondo luogo, le politiche fiscali restrittive, riducendo la domanda interna, costringono ulteriormente le imprese a ricorrere a strategie di compressione dei costi per mantenere almeno inalterati i propri margini di profitto.

Se il neoliberismo - pur rivisto e corretto alla luce della crisi in atto - riconosce la necessità di una maggiore regolamentazione dei mercati, non può ancora rimuovere il tabu delle politiche fiscali espansive: così come non può rimuovere i tabu della regolamentazione del mercato del lavoro, della lotta al sommerso, delle azioni di contrasto alle morti bianche. In questo contesto, non appare singolare la proposta del Ministro Castelli di escludere dal computo delle 'morti bianche' quelle che non si verificano direttamente in azienda, ma che, per esempio, si determinano per spostamenti durante la giornata lavorativa. Per lui non vale l'obiezione che si tratta comunque di erogazione di forza-lavoro: a rigor di logica, se l'argomento di Castelli fosse accettato, la morte di un operaio inattivo ma presente sul luogo di lavoro non sarebbe un incidente sul lavoro. Per Castelli, come per Confindustria, non sono più gli incidenti sul lavoro a costituire un problema: lo è semmai la metodologia utilizzata per calcolarli. Il funereo rimpallo di cifre che ne deriva - o soltanto il semplice tacere - serve a evitare di 'legare le mani' alle imprese, lasciandole così libere di non investire sulla sicurezza sul lavoro, e - cosa di non poco conto - a ridurre le spese per gli indennizzi.

di *Guglielmo Forges Davanzati*
EconomiaePolitica.it del 09/02/2009

Sul nuovo, stile anni 50, modello contrattuale

Berlusconi e industriali fanno il pieno e Cisl, Uil saltano definitivamente il fosso

Non si fa gran fatica a dimostrare l'assurdità dell'accordo separato firmato da Cisl, Uil e Confindustria.

COORDINAMENTO NAZIONALE RSU

Da oggi il riferimento non sarà più l'inflazione programmata (che già faceva acqua da tutti i buchi) ma un'altra cosa che però ancora non si capisce bene cosa sia ... infatti l'accordo dice:

"per la dinamica degli effetti economici si individuerà un indicatore della crescita dei prezzi al consumo assumendo per il triennio - in sostituzione del tasso di inflazione programmata - un nuovo indice previsionale costruito sulla base dell'IPCA (l'indice dei prezzi al consumo armonizzato in ambito europeo per l'Italia), depurato dalla dinamica dei prezzi dei beni energetici importati. L'elaborazione della previsione sarà affidata ad un soggetto terzo"

Ciò che appare comunque evidente è che il riferimento all'inflazione reale (già ridotta a richiamo solo nominale da quando è stata abolita la scala mobile) è andata definitivamente a farsi benedire ... scomparsa anche dal lessico sindacalese.

I nostri salari potranno forse recuperare qualcosa dell'aumento del costo della vita, ma non tutto in quanto depurato dagli effetti dei prezzi dei beni energetici importanti (elettricità e petrolio si presume) sull'inflazione ... ossia da quanto incide per almeno la metà sui processi inflazionistici.

L'accordo ci dice inoltre che a decidere di quanto dovranno aumentare i nostri salari sarà d'ora in poi un "soggetto terzo" che, da quanto si capisce, non sarà più il Governo tramite le leggi finanziarie (e già così la prendevamo in quel posto) ma probabilmente un soggetto di ricerche economiche, magari (sicuramente) un ufficio studi che sicuramente già lavora per banche e per diversi degli imprenditori iscritti a Confindustria.

L'altra perla dell'accordo è che il salario variabile legato alla contrattazione decentrata sarà ancor più di prima (dell'accordo del 23 luglio) subordinato ai risultati di produttività, redditività, recupero efficienza delle imprese e con l'aggiunta che la sua erogazione viene ora esplicitamente subordinata ad un'azione del Governo che garantisca per ogni lira di salario variabile erogato corrispondenti sgravi fiscali e risparmi contributivi a favore delle imprese (e quindi .. a carico della collettività).

Cisl, Uil e Ugl cantano vittoria ma non si capisce su cosa, e sarà difficile che vengano a spiegarcelo nei luoghi di lavoro. Se pensiamo alle urla di dolore di Bonanni di solo pochi mesi fa riguardo all'insorgere di una "emergenza salariale" ci rimane difficile pensare con quali argomentazioni il segretario della Cisl potrebbe venire a convincerci in assemblea.

Non certo con il suo famoso e recente "Basta col salario a prescindere"

Certo non con gli argomenti di Angeletti che, in piena overdose di entusiasmo ha declamato ..."per la prima volta si considera il salario non come la derivata di rapporti politici tra sindacati, imprese e governo, ma come la derivata del lavoro" ... che è come dire che il salario non deve corrispondere ai bisogni che il lavoratore deve soddisfare ma a quanto lavoro è disponibile a fare in più .

Neppure con gli argomenti della Polverini (UGL) che dichiara come ... "L'accordo raggiunto sulla riforma del modello contrattuale rappresenta un contrbuito che le organizzazioni dei lavoratori danno per la risoluzione della crisi".... come dire che la questione dell'emergenza salariale era tutta una bufala e che il problema principale è solo lavorare di più ed accontentarsi.

In fin dei conti non esiste alcun ragionamento propriamente "sindacale" che loro riescono ad sciorinare per giustificare la bontà e l'urgenza di questo accordo. L'unica cosa che spiega questa loro decisione è quanto da loro stessi dichiarato e cioè che si è finalmente liquidato il sindacato conflittuale a favore di una scelta partecipativa e collaborativa.

Una considerazione assai peregrina in realtà. Un rapporto non conflittuale ma collaborativo sottintende l'esistenza di un rapporto paritetico tra le parti. Orbene l'accordo firmato da Cisl, Uil e Ugl ha come obiettivo principale il sostegno alla produttività e redditività di impresa. Il lavoro, e le sue aspettative normative e salariali compaiono nell'accordo solo come elementi subordinati all'impresa ed ai suoi obiettivi. Difficile quindi pensare ad un rapporto collaborativo tra due interessi, dei quali il secondo è esplicitamente dichiarato subordinato al primo.

Già in partenza l'accordo sancisce, anche sul piano concettuale, l'evidenza di uno scambio diseguale.

Verificata la debolezza e la non sussistenza di ragioni "sindacali" (anche delle più moderate) viene fuori lampante ciò che veramente Cil, Uil e Ugl apprezzano dell'accordo e cioè il riconoscimento di ruolo che viene dato alle loro burocrazie da Governo e Confindustria.

Cisl, Uil e Ugl aderiscono (per interesse loro) ad un modello negoziale imperniato sulla progressiva eutanasia del contratto nazionale, sulla riduzione programmata dei salari, su una contrattazione integrativa limitata ad un'area ristretta di lavoratori e di lavoratrici, subordinata ad un aumento della fatica, delle ore lavorate e legata alle performance dei bilanci aziendali e a defiscalizzazioni concesse dallo Stato.

Coscientemente aderiscono alla rampante deriva neocorporativa che impone anche la trasformazione dei modelli sindacali, compromettendone l'autonomia, prefigurando un sindacato consociativo che sostituisce la contrattazione con una rete infinita di commissioni bilaterali che escludono la partecipazione diretta dei lavoratori alla discussione ed alla decisione su come affrontare e risolvere i loro bisogni, delegando invece tutto ad una presunta specializzazione degli apparati e delle burocrazie di cui i lavoratori saranno chiamati (solo) a fidarsi.

Buon per tutti che la Cgil non ha firmato questo accordo e ciò lascia presumibilmente aperta una possibilità di invertire quella rotta che il patto neocorporativo tra Padroni, Cisl, Uil e Ugl vorrebbe affermare.

(.....)

ambienteesalute

IL PUNTO

Incenerimento bipartisan in Piemonte

Quella che si respira a Torino è una strana aria politica, sembra meno pesante di quella del contesto nazionale ma in realtà ha un suo peso specifico e mortifero per la trasparenza, e per la salute se parliamo della prevista costruzione degli inceneritori.

E' di questi giorni la notizia che l'imprenditore Enzo Papi, per la cronaca già investito nella storica tangentopoli da otto condanne tutte patteggiate dietro collaborazione con i magistrati di Mani Pulite, a capo di Termomeccanica Ecologia Spa, società consociata ha vinto la gara che gestirà la costruzione del termovalorizzatore torinese. E da subito ha promesso di portare la filosofia "del fare" che "non rompa con le esperienze passate". Inquietante!

Un'altra notizia aveva già portato scompiglio nella politica torinese e piu' precisamente nel PD, il partito al governo di Regione, Provincia e Comune di Torino. Un parlamentare del Pd torinese, Stefano Esposito, ai primi di dicembre assieme ad altri colleghi di partito (tra i quali Antonio Boccuzzi sopravvissuto alla strage ThyssenKrupp) e di An e della Lega ha avuto la promessa dal Governo di portare a Torino una ventina di milioni di euro all'anno per quindici anni in forma di ex-CIP6 (ora Certificati Verdi, a detta di molti una vera truffa ai danni dei cittadini) per la costruzione dell'inceneritore Gerbido di Torino.

Dalle cronache di queste settimane in Italia leggiamo atti che segnalano che il gioco bipartisan sulle politiche ambientali delle amministrazioni locali è sotto tiro della magistratura ma questo stato di cose presenti pare non preoccupi i promotori inceneritoristi piemontesi che anzi rivendicano orgogliosamente la "buona politica bipartisan".

A sostegno delle forti perplessità sulla costruzione di inceneritori è utile ricordare che l'Italia è sotto infrazione dall'Unione Europea proprio per i Certificati Verdi, unico paese che incentiva gli inceneritori per la parte non biodegradabile dei rifiuti, falsando in questo modo le condizioni di concorrenza con gli altri paesi comunitari. Infatti in tutti i paesi europei gli inceneritori non solo non sono incentivati ma gli impianti pagano le tasse come qualsiasi altra attività imprenditoriale.

Ed è dal 1992 che l'incentivo per gli inceneritori viene sottratto come imposta agli italiani per "energie rinnovabili o assimilate". «Da quella data ad oggi - scrivono Legambiente e ProNatura in una lettera al Presidente della Provincia Saitta e al Sindaco di Torino Chiamparino - si calcola che circa l'80% dei 53 miliardi di euro ricavati per incentivare le fonti energetiche rinnovabili siano finite nelle tasche dei vari Moratti, Marcegaglia, Garrone ecc. insomma tutti coloro che smaltivano i residui delle loro attività industriali facendo profitti a spese della collettività».

Infine, è risaputo che gli inceneritori ricevono gli incentivi e scaricano sulla collettività i costi delle sanzioni, oltre ai costi di salute per i cittadini e quindi una domanda viene spontanea a noi ingenui fuori dalle alchimie dei professionisti dell'alta politica amministrativa: chi pagherà le sanzioni che riceveremo dall'Europa per questa nuova proroga? Misteri del gioco bipartisan in politica e in economia.

franco cilenti

Effetti sulla salute umana

Nelle popolazioni esposte alle emissioni di inquinanti provenienti da inceneritori sono stati segnalati numerosi effetti avversi sulla salute sia neoplastici che non. Fra questi ultimi si annoverano: incremento dei nati femmine e parti gemellari, incremento di malformazioni congenite, ipofunzione tiroidea, diabete, ischemie, problemi comportamentali, patologie polmonari croniche aspecifiche, bronchiti, allergie, disturbi nell' infanzia.

Inceneritori e diossine negli alimenti

Da dove viene la diossina nella carne? Ci dicono dai mangimi. E nei mangimi come ci arriva? Solo, "accidentalmente" da olii contaminati? E gli animali contaminati dove vanno a finire? Chi ci assicura che non diventeranno nuovi mangimi direttamente o ancor più con l'incenerimento? La notizia che anche questa volta non è stata data nella vicenda dei "maiali (e non solo) alla diossina" è che la diossina proviene per la maggior parte dall'incenerimento di rifiuti urbani, ospedalieri ed industriali.

Da qui la follia di di volere costruire nuovi inceneritori ed ampliare quelli esistenti con la inevitabile conseguenza di aumentare la diossina che va a finire nei nostri piatti.

Medicina Democratica ribadisce la sua assoluta contrarietà a questi impianti nocivi, costosi ed assolutamente inutili.

Medicina Democratica denuncia, inoltre, come pericoloso il consumo di alimenti di qualsiasi tipogià contaminati essendo la diossina un contaminante persistente che si accumula nei viventi.

In particolare non esiste una esposizione "accettabile" alle diossine o ad altri inquinanti cancerogeni al di sotto della quale non vi sia rischio per le persone.

Medicina Democratica

RICERCA DEI MEDICI DELL'ISDE

Associazione italiana medici per l'ambiente

Nell'aria 100mila nuove sostanze chimiche

"Negli ultimi 50 anni sono state state immesse nell'ambiente circa 100 mila nuove sostanze chimiche" che hanno avuto un forte impatto sull'ambiente e soprattutto sull'uomo, "predisponendo le persone a malattie e tumori". Lo denuncia l'Associazione italiana medici per l'ambiente (Isde - Italia) che lamenta "l'inadeguatezza del concetto di 'valore limite' per le singole sostanze inquinanti" e chiede "la tutela dell'ambiente come prima responsabilità nei confronti della salute dei pazienti".

L'Isde - Italia sottolinea che "negli ultimi 50 anni sono state immesse nell'ambiente in particolare fertilizzanti, diserbanti, prodotti derivanti dall'uso di combustibili fossili, dall'incenerimento dei rifiuti, dalla produzione di energia derivante dal nucleare e dal carbone". Queste sostanze, "una volta rilasciate nell'ambiente, in relazione alla loro composizione, alla loro modalità di azione e alle loro dimensioni, dell'ordine dei micron e dei nanometri, possono interagire con il nostro sistema genetico ed epigenetico, alterandone l'espressione e quindi predisponendo le persone a malattie e tumori". I primi soggetti esposti a rischio, sottolinea l'Associazione italiana medici per l'ambiente (Isde -Italia), i bambini: "è stato evidenziato - afferma l'associazione - come l'esposizione in utero e nei primi anni della vita può determinare i danni maggiori, infatti i bambini sono più suscettibili all'azione dei contaminanti tossici ambientali per l'effetto combinato di livelli di esposizione relativamente più elevati, per una minore efficienza metabolica e una più intensa proliferazione cellulare".

In particolare, "preoccupa fortemente il costante aumento dei tumori in età pediatrica in Italia". C'è quindi "la necessità di prendere in considerazione l'effetto di sinergia tra i vari inquinanti e l'inadeguatezza del concetto di 'valore limite' per le singole sostanze inquinanti". "i 'valori limite' sono sempre il frutto di un compromesso tra necessità economiche di produrre ed impiegare determinate sostanze, l'incapacita' e l'eccessivo costo per rimuoverle, ma ovviamente non esistono evidenze scientifiche che sostanze tossiche, presenti anche con valori al di sotto di quelli fissati per legge, siano innocue per la salute e l'ambiente". Per l'Associazione italiana medici per l'ambiente si avverte poi un'altra necessità, quella "dell'applicazione di una corretta pratica di smaltimento dei rifiuti incentrato sul recupero e riciclo dei rifiuti, evitando le dannose pratiche dell'incenerimento e del conferimento in discarica".

Due pratiche che, prosegue, "determinano inquinamento dell'aria e contaminazione dei terreni e delle falde acquifere". L'inquinamento delle acque potabili è infatti una ulteriore fonte di preoccupazione: "questo problema ha ormai raggiunto dimensioni mondiali ed è il risultato dell'estesa contaminazione ambientale, come anche dei mancati controlli e dell'insufficiente adozione di sistemi per l'abbattimento degli inquinanti in essa presenti". I medici si sono poi soffermati sulla 'questione carbone': si avranno "conseguenze sanitarie, anche in termini di costi economici, derivanti dalla cura e spesa farmaceutica per le persone che si ammaleranno se dovesse essere attivata una centrale che bruciando carbone immetterà nell'atmosfera anidride carbonica, ossidi di azoto, ossidi di zolfo, polveri sottili ed ultrasottili, metalli pesanti e radionuclidi".

POLITICHE AMBIENTALI? IN EUROPA 21MILA DECESSI PREMATURI

GLI EFFETTI DELL'OZONO SULLA SALUTE SECONDO UN RAPPORTO DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' (OMS)

Si stima che circa 21 mila decessi prematuri all'anno siano associati a livelli di ozono che superano i 70 µg/m3 nell'Europa a 25 Paesi. Si stima anche che la lieve diminuzione dell'ozono, attesa a seguito della nuova legislazione e delle politiche sui cambiamenti climatici, ridurrà la mortalità prematura di solo 600 casi l'anno, tra il 2000 e il 2020.

All'ozono sono associati anche i 14 mila ricoveri ospedalieri per malattie respiratorie, che si registrano ogni anno nei 25 Paesi dell'Unione europea. Un problema dunque che influisce sulla salute di vaste popolazioni, in termini di giorni di lavoro persi e di utilizzo di farmaci per tosse e malattie dell'apparato respiratorio (specialmente per i bambini).

Un nuovo rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) Europa analizza in particolare le conseguenze dell'ozono sulla salute.

Gli studi effettuati indicano che i livelli di ozono che si possono trovare in molte zone del mondo inducono alterazioni funzionali e biochimiche, per lo più del tratto respiratorio dell'uomo. Anche se esposizioni graduali all'ozono provocano diversi livelli di adattamento, è plausibile che lesioni multiple e gravi possono causare danni permanenti agli organi a rischio. Recenti studi epidemiologici hanno confermato che l'ozono è associato a effetti sulla salute acuti e negativi, sia in termini di morbilità che di mortalità.

Un'esposizione cronica all'ozono comporta cambiamenti significativi nelle vie aeree al livello dei bronchioli. La reversibilità di questo tipo di lesioni è un punto che deve essere ancora chiarito. Le prove epidemiologiche di effetti cronici sono meno forti, soprattutto a causa dell'assenza di studi dedicati.

Le indagini disponibili forniscono evidenza degli effetti a lungo termine dell'ozono sulla funzionalità delle vie aeree e probabilmente sull'asma.

Dal momento che l'ozono è una sostanza diffusa all'aria aperta e ha poche sorgenti indoor, ci si aspetta che gli effetti sulla salute non dipendano dall'origine delle emissioni dei gas precursori dell'ozono. I livelli riscontrati sono comunque più alti nelle zone rurali e isolate.

PER CHI VUOLE APPROFONDIRE

Il rapporto OMS completo
http://www.euro.who.int/Document/E91843.pdf

Effetti sulla salute umana degli impianti di incenerimento di rifiuti

A cura della d.ssa Patrizia Gentilizi, oncologa, Associazione dei Medici per l'Ambiente, I.S.D.E. Italia

Nelle popolazioni esposte alle emissioni di inquinanti provenienti da inceneritori sono stati segnalati numerosi effetti avversi sulla salute sia neoplastici che non. Fra questi ultimi si annoverano: incremento dei nati femmine e parti gemellari, incremento di malformazioni congenite, ipofunzione tiroidea, diabete, ischemie, problemi comportamentali, patologie polmonari croniche aspecifiche, bronchiti, allergie, disturbi nell' infanzia.

Ancor più numerose e statisticamente significative sono le evidenze per quanto riguarda il cancro: segnalati aumenti di: cancro al fegato, laringe, stomaco, colon-retto, vescica, rene, mammella. Particolarmente significativa risulta l' associazione per cancro al polmone, linfomi non Hodgkin, neoplasie infantili e soprattutto sarcomi, patologia "sentinella" dell' inquinamento da inceneritori. Studi condotti in Francia ed in Italia hanno evidenziato inoltre conseguenze particolarmente rilevanti nel sesso femminile. I rischi per salute sopra riportati sono assolutamente ingiustificati in quanto esistono tecniche di gestione dei rifiuti, alternative all' incenerimento, già ampiamente sperimentate e prive di effetti nocivi.

Premessa

Gli impianti di incenerimento rientrano fra le industrie insalubri di classe I in base all'articolo 216 del testo unico delle Leggi sanitarie (G.U. n. 220 del 20/09/1994 , s.o.n.129) e qualunque sia la tipologia adottata (a griglia, a letto fluido, a tamburo rotante) e qualunque sia il materiale destinato alla combustione (rifiuti urbani, tossici, ospedalieri, industriali, ecc) danno origine a diverse migliaia di sostanze inquinanti, di cui solo il 10-20% è conosciuto.
La formazione di tali inquinanti dipende, oltre che dal materiale combusto, dalla mescolanza assolutamente casuale delle sostanze nei forni, dalle temperature di combustione e soprattutto dalle variazioni delle temperature stesse che si realizzano nei diversi comparti degli impianti, come è stato descritto anche recentemente.
Fra gli inquinanti emessi dagli inceneritori possiamo distinguere le seguenti grandi categorie: Particolato - inalabile (PM10), fine (PM2.5) ed ultrafine (inferiore a 0.1 micron) - metalli pesanti, diossine, composti organici volatili, ossidi di azoto ed ozono. Si tratta in molti casi di sostanze estremamente tossiche, persistenti, bioaccumulabili; in particolare si riscontrano: Arsenico, Berillio, Cadmio, Cromo, Nichel, Benzene,Piombo, Diossine, Dibenzofurani, Policlorobifenili, Idrocarburi Policiclici Aromatici (IPA) ecc.

Le conseguenze che ciascuno di essi, a dosi anche estremamente basse, esercita sulla salute umana sono documentate da una vastissima letteratura e nuovi effetti sono stati descritti recentemente per molti di essi. Tali effetti possono essere diversi e più gravi in relazione alla predisposizione individuale e alle varie fasi della vita e sono soprattutto pericolosi per gli organismi in accrescimento, i feti e i neonati. Metalli pesanti e diossine rappresentano le due categorie più note e studiate di inquinamento prodotto da inceneritori, anche se un recente articolo richiama l' attenzione anche sulla pericolosità del particolato ultra fine che si origina dagli inceneritori. I metalli pesanti sono considerati un "tracciante" specifico dell'inquinamento di tali impianti: anche il recente studio " Patos" della regione Toscana - che ha raccolto e tipizzato il particolato atmosferico di diverse centraline dislocate nel territorio - attribuisce la maggior variabilità di metalli pesanti riscontrata a Montale, territorio rurale, proprio alla presenza di un impianto di incenerimento per varie tipologie di rifiuti. Arsenico, Berillio, Cadmio, Cromo, Nickel, sono cancerogeni certi (IARC 1) per polmone, vescica, rene, colon, prostata; Mercurio e Piombo sono classificati con minor evidenza dalla IARC (livello 2B) ed esplicano danni soprattutto a livello neurologico e cerebrale, con difficoltà dell'apprendimento, riduzione del quoziente intellettivo (QI), iperattività.

Si calcola che ogni anno nascano negli U.S.A. da 316.000 a 637.000 bambini con un livello di mercurio nel sangue ombelicale superiore a 5,8 mcg/litro, livello che determina diminuzione significativa del Quoziente Intellettivo (Q.I.); la perdita di produttività negli U.S.A. conseguente all'aumento di popolazione con minor Q.I. è calcolato in 8,7 miliardi di $. Per il Piombo si è calcolato che nel 1997 il costo per i danni sui bambini sia ammontato a ben 43.4 miliardi di dollari! Per quanto riguarda le diossine gli inceneritori risultano essere la II fonte di emissione di diossine in Europa, dopo le acciaierie ed una recente revisione ne ha ribadito il ruolo.

Le diossine, la cui tossicità si misura in picogrammi (miliardesimi di milligrammo), sono liposolubili e persistenti (tempi di dimezzamento 7-10 anni nel tessuto adiposo, da 25 a 100 anni sotto il suolo), vengono assunte per il 95% tramite la catena alimentare in quanto si accumulano in cibi quali carne, pesce, latte, latticini, compreso il latte materno, che rappresenta il veicolo in cui esse maggiormente si concentrano. La più tristemente nota è la TCDD (2,3,7,8-tetraclorodibenzo-p-dioxin) (tetraclorodibenzodiossina) che, a 20 anni dal disastro di Seveso, è stata riconosciuta nel 1997 dalla Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) a livello I, ossia come cancerogeno certo per l'uomo ed il cui ruolo è stato anche di recente rivisitato. Del tutto recentemente, inoltre è stato individuato e descritto un altro possibile meccanismo di azione di queste sostanze: la formazione di enzimi atipici che interferiscono con i fisiologici meccanismi di degradazione delle proteine.

Le diossine, esplicano complessi effetti sulla salute umana in quanto sono in grado di legarsi ad uno specifico recettore nucleare - AhR - presente sia nell'uomo che negli animali, con funzione di fattore di trascrizione. Una volta avvenuto il legame fra TCDD e recettore con la formazione del complesso ARNT/HIF-1B, la trascrizione di numerosi geni - in particolare P4501A1 - viene alterata sia in senso di soppressione che di attivazione, con conseguente turbamento di molteplici funzioni cellulari, in particolare dell'apparato endocrino (diabete, disfunzioni tiroidee), dell'apparato riproduttivo (endometriosi, infertilità, disordini alla pubertà), del sistema immunitario e, soprattutto, con effetti oncogeni, con insorgenza

CONTINUA PAGINA SEGUENTE

Effetti sulla salute umana degli impianti di incenerimento di rifiuti

CONTINUA DALLA PAGINA PRECEDENTE

soprattutto di linfomi, sarcomi, tumori dell'apparato digerente, tumori del fegato e delle vie biliari, tumori polmonari, tumori della tiroide, tumori ormono correlati quali cancro alla mammella ed alla prostata.

Dati di letteratura

Gli inquinanti emessi dagli inceneritori esplicano i loro effetti nocivi sulla salute delle popolazioni residenti in prossimità degli impianti o perché vengono inalati, o per contatto cutaneo, o perché, ricadendo, inquinano il territorio e quindi i prodotti dell'agricoltura e della zootecnia. Questo è il caso in particolare delle diossine. Non a caso, il Decreto Legislativo 228 del 18/05/2000 stabilisce che non sono idonee ad ospitare inceneritori le zone agricole caratterizzate per qualità e tipicità dei prodotti. In diversi paesi europei (Olanda, Spagna, Belgio, Francia) sono state segnalate contaminazioni da diossine, specie di latte e suoi derivati, in aziende agricole poste in prossimità di tali impianti. Non va dimenticato inoltre che gli alimenti eventualmente contaminati possono essere distribuiti e consumati altrove, per cui la popolazione esposta può essere ovviamente molto più numerosa.
La stima dell'esposizione di fondo (TCDD e similari) nei paesi dell'Unione Europea è compresa fra 1,2-3.0 pg/WHO TEQ/kg pro capite; tali limiti sono già ampiamenti superati in diverse realtà e, se pensiamo che l'UE raccomanda come dose massima tollerabile 2pg/TEQ/kg.day, è ovvio che qualsivoglia ulteriore esposizione porterebbe facilmente a superare ciò che la stessa Unione Europea raccomanda!

La letteratura medica segnala circa un centinaio di lavori scientifici a testimonianza dell'interesse che l'argomento riveste. Fra questi, diverse decine sono costituiti da studi epidemiologici condotti per indagare lo stato di salute delle popolazioni residenti intorno a tali impianti e/o dei lavoratori addetti e, nonostante le diverse metodologie di studio applicate ed i numerosi fattori di confondimento, sono segnalati numerosi effetti avversi sulla salute, sia neoplastici che non. Prima di esporre i dati a nostro avviso più eclatanti, appare comunque opportuno ricordare come anche di recente sia stato ribadito quanto pesantemente gli interessi economici influenzino la salute pubblica e come errori negli studi epidemiologici, sia nella selezione dei casi come dei controlli, possano sottostimare le conseguenze sulla salute. Di recente questo è stato ribadito per i rischi occupazionali, ma non si vede perché ciò non possa anche essere vero in epidemiologia ambientale, in cui le variabili in gioco sono ancora maggiori.

Gli effetti non neoplastici più segnalati sono ascrivibili soprattutto agli effetti di diossine (e più in generale degli endocrin disruptor) ed all'emissione di particolato e ossidi di azoto. Sono stati descritti: alterazione nel metabolismo degli estrogeni, incremento dei nati femmine e parti gemellari, incremento di malformazioni congenite, ipofunzione tiroidea, disturbi nella pubertà, ed anche diabete, patologie cerebrovascolari, ischemiche cardiache, problemi comportamentali, tosse persistente, bronchiti, allergie.

Un ampio studio condotto in Giappone ha analizzato lo stato di salute di 450.807 bambini da 6 a 12 anni della prefettura di Osaka - ove sono attivi 37 impianti di incenerimento per rifiuti solidi urbani (RSU) - ed ha evidenziato una relazione statisticamente significativa fra vicinanza della scuola all'impianto di incenerimento e sintomi quali: difficoltà di respiro, mal di testa, disturbi di stomaco, stanchezza.
Ancor più numerose e statisticamente significative sono comunque le evidenze emerse per quanto il cancro e più che analizzare i singoli studi sembra più utile riportare quanto segue:
la revisione di 46 studi, selezionati in quanto condotti con particolare rigore, evidenzia un incremento statisticamente significativo nei 2/3 degli studi che hanno analizzato incidenza, prevalenza, mortalità per cancro (in particolare cancro al polmone, linfomi Non Hodgkin, sarcomi, neoplasie infantili). Segnalati anche aumenti di cancro al fegato, laringe, stomaco, colon-retto, vescica, rene, mammella.

L'indagine francese "Etude d'incidence des cancers à proximité des usines d'incenèration d'ordures ménagerer" dell'Invs. Departement Santè Environnement 2006 ha esaminato 135.567 casi di cancro insorti negli anni 1990-99 su 25.000.000 persone/anno residenti in prossimità di inceneritori. In questo studio è stato considerato come indicatore l'esposizione alle diossine e passando dal minor al maggior grado di esposizione si registra un aumento statisticamente significativo ($p<0.05$) di rischio per: tutti i cancri nelle donne dal +2.8% al +4%, cancro alla mammella dal +4.8% al +6.9%, linfomi dal +1.9% al +8.4, tumori al fegato dal +6.8% al +9.7%; per i sarcomi il rischio passa dal +9.1% al +13% ($p=0.1$).
Le neoplasie che più appaiono correlate all'esposizione ad inquinanti emessi da inceneritori sono i linfomi non Hodgkin (LNH), i tumori polmonari, le neoplasie infantili ed i sarcomi; i dati a questo riguardo saranno pertanto analizzati più in dettaglio.

Linfomi Non Hodgkin

Si tratta di patologie di cui si è registrato un preoccupante aumento sia di incidenza che di mortalità nonostante i grandi progressi registrati dal punto di vista terapeutico. Il ruolo che inquinanti - peraltro normalmente presenti nelle emissioni degli inceneritori - hanno nella loro patogenesi è stato anche di recente ribadito.
Per quanto attiene i linfomi NH, alcuni degli studi più recenti che hanno evidenziato tale relazione sono:
lo studio condotto a Besancon in cui è risultato un RR di incidenza di LNH pari a 2,3 nella popolazione residente in prossimità di impianto di incenerimento per rifiuti ed il cui impatto ambientale è stato anche di recente riconsiderato alcuni studi condotti in Toscana che hanno evidenziato eccessi di mortalità in conseguenza dell'inquinamento da diossine per la presenza di inceneritori. Questi risultati sono poi stati confermati in un'analisi condotta su 25 comuni d'Italia ove sono attivi impianti di incenerimento: da essa emerge un eccesso di mortalità in media dell'8% nel sesso maschile. Nel comune di Forlì ad es., negli anni 1981-2001 si sono riscontrati 80 decessi invece dei 70 attesi .

Neoplasie polmonari

Per quanto attiene le neoplasie polmonari il rischio rappresentato dall'inquinamento ambientale è ormai fuori dubbio; esso risulta in particolare correlato all'esposizione a metalli pesanti ed al particolato ultrafine: per quest'ultimo si calcola che per ogni incremento di 10 microgrammi/m3 si abbia un incremento del 14% di mortalità per cancro al polmone. Per quanto attiene il Rischio Relativo di mortalità per neoplasie polmonari in persone residenti in prossimità di impianti o in personale addetto, esso è risultato variabile da 2 a 6.7.

CONTINUA PAGINA SEGUENTE

Effetti sulla salute umana degli impianti di incenerimento di rifiuti

CONTINUA DALLA PAGINA PRECEDENTE

Neoplasie Infantili

Le neoplasie infantili sono, fortunatamente, patologie relativamente rare, di cui tuttavia si sta registrando un costante aumento che non può non destare allarme: secondo i dati riportati su Lancet infatti i tumori infantili sono aumentati in Europa negli ultimi trenta anni di circa l'1.2% /per anno da 0 a 12 anni e dell' 1.5% dai 12 ai 19 anni. Numerosi fattori sono stati invocati per spiegare questi dati epidemiologici, non ultimo che si tratti di aumenti "fittizi", legati alle migliori capacità diagnostiche della Medicina.

Tali osservazioni sono state oggetto di vivaci disquisizioni scientifiche, ma, di fatto, l'aumento delle neoplasie infantili è un dato ormai universalmente riconosciuto ed attribuibile, verosimilmente, alla sempre maggior presenza nell'ambiente di agenti tossici ed inquinanti.
Gli studi epidemiologici condotti in Gran Bretagna dal Prof E.G. Knox sulle neoplasie infantili in quel paese sono, a questo riguardo, di particolare interesse; in prossimità di impianti di incenerimento segnalano un aumento di mortalità per neoplasie infantili con RR variabile da 2 a 2,2. Del tutto recentemente questo ricercatore ha confermato che le neoplasie insorte nell'infanzia sono correlate con esposizione a cancerogeni atmosferici noti quali quelli provenienti da combustioni industriali, Composti Organici Volatili (VOCs), composti esausti del petrolio e da altri agenti quali 1-3 butadiene, diossine e benzopirene. Il rischio è risultato statisticamente significativo per i bambini con indirizzo alla nascita entro 1 km dalla fonte di emissione.

Sarcomi dei Tessuti Molli

Da numerose segnalazioni proprio i sarcomi vengono ritenuti patologie "sentinella" del multiforme inquinamento prodotto da impianti di incenerimento e sono stati correlati in particolare all'esposizione a diossine. Fra questi ricordiamo l'indagine condotta a Besancòn (Francia) in prossimità di un impianto con emissione di elevati livelli di diossine, che ha riscontrato un aumento di rischio di incidenza di sarcomi del +44% e lo studio condotto a Mantova, in prossimità di un inceneritore per rifiuti industriali che ha evidenziato un Odds Ratio, di incidenza di sarcoma dei tessuti molli nei residenti entro 2 km dall' impianto pari a 31.4.
Di grandissimo interesse risulta poi il recente studio sui sarcomi in provincia di Venezia che ha dimostrato un rischio di sviluppare la malattia 3.3 volte più alto fra i soggetti con più lungo periodo e più alto livello di esposizione ed ha evidenziato jnoltre come il massimo rischio sia correlato, in ordine decrescente, alle emissioni provenienti rispettivamente da rifiuti urbani, ospedalieri ed industriali.

Dati di Forlì: cosa risulta dallo studio Enhance Health

Del tutto recentemente (marzo 2007) è stato presentato a Forlì lo studio Enhance Health, reperibile sul web nel sito di un consigliere comunale. Si tratta di uno studio, finanziato dalla Comunità Europea, i cui obiettivi erano:
- dare una visione globale del possibile impatto sulla salute in aree ove sono ubicati inceneritori attraverso studi pilota sintetizzare i risultati dei 3 studi pilota condotti nelle vicinanze di inceneritori in Ungheria, Italia, Polonia (di quest'ultimo non vengono forniti dati in quanto l' impianto non è ancora attivo) - fornire spunti valutativi per l'implementazione di un sistema di sorveglianza integrato (ambientale e sanitario) i cui elementi fondanti vengono individuati in: monitoraggio dello stato di salute con dati di mortalità e morbilità e monitoraggio dell'inquinamento dell'aria.

Nel Report finale sono disponibili i dati relativi alle indagini effettuate in Ungheria ed in Italia e in entrambe, a nostro avviso, non mancano elementi di preoccupazione. Purtroppo le metodologie usate nei due paesi sono state diverse e questo rende i risultati non confrontabili fra loro (in palese contraddizione con le premesse, che letteralmente recitano "il Partner Ungherese, il Partner Polacco, l'ARPA e l'AUSL per l'Italia, hanno condotto l'attività di sperimentazione assicurando la comparabilità dei risultati al fine di garantire la "trasferibilità" nonché correttezza scientifica del progetto").

Ungheria: Dorog

Per quanto attiene l' Ungheria, l'indagine è stata condotta a Dorog - ove è presente un inceneritore per rifiuti tossici che dal 1980 al 1996 ha trattato 30.000 ton/anno. E' stato valutato lo stato di salute della popolazione residente entro 30 km dall' impianto attraverso l'analisi di dati di mortalità e morbidità. Le analisi sono state condotte per anelli concentrici di 5 km rispetto all'impianto, aggiustate per sesso ed età sia per la mortalità che per la morbilità e confrontate con i dati nazionali.
Per quanto riguarda la mortalità sono state analizzate le seguenti cause:
Tutte le cause, tutti i tumori, cancro al polmone, leucemie, cancro al colon-retto, malattie cerebrovascolari, malattie respiratorie croniche, malattie ischemiche cardiache.

I risultati sono:

nel sesso maschile si registrano i seguenti aumenti statisticamente significativi di SMR (standardized mortality ratio): +38% per cancro al colon-retto, +65% per eventi cardiaci, +35% per eventi cerebrovascolari, +42% per malattie polmonari croniche.
nel sesso femminile si registra un aumento statisticamente significativo di SMR del +49% per eventi cerebrovascolari.
Particolarmente significativa è anche la mortalità per patologie polmonari croniche in funzione della distanza, in cui è evidente il progressivo incremento fino a 15 km dall' impianto.
Per quanto riguarda la morbilità infantile, in particolare, si registra un incremento di problemi delle alte e basse vie respiratorie, di bronchiti e polmoniti sia in funzione dei livelli di PM 10 che di monossido di carbonio.

Italia: Forlì

Ancor più interessanti sono tuttavia i dati che emergono dallo studio di Forli, ove sono attivi due impianti: uno per rifiuti ospedalieri ed uno per RSU. L'indagine è stata condotta con metodo Informativo Geografico (GIS) ed ha riguardato l'esposizione a metalli pesanti (stimata con un modello matematico) della popolazione residente per almeno 5 anni entro un'area di raggio di 3.5 km dagli impianti. Sono stati analizzati dati di mortalità (per tutte le cause e per singole cause, per tutti i tumori e per singole neoplasie), di incidenza per i tumori ed i ricoveri ospedalieri per singole cause. Il confronto è stato fatto prendendo come popolazione di riferimento quella esposta al minor livello stimato di ricaduta di metalli pesanti.
Per il sesso maschile non emergono differenze per quanto attiene la mortalità complessiva e la mortalità per tutti i tumori, ad eccezione del cancro a colon retto (come già a Dorog) e prostata, che presentano entrambi un RR statisticamente significativo pari a 2.07 nel terzo livello di esposizione. Si fa notare comunque che gli stessi estensori, nella Discussione dei Risultati, letteralmente affermano:

CONTINUA PAGINA SEGUENTE

Medicina Democratica
movimento di lotta per la salute
RIVISTA BIMESTRALE IN LIBRERIA E IN ABBONAMENTO
www.medicinademocratica.it

Effetti sulla salute umana degli impianti di incenerimento di rifiuti

CONTINUA DALLA PAGINA PRECEDENTE

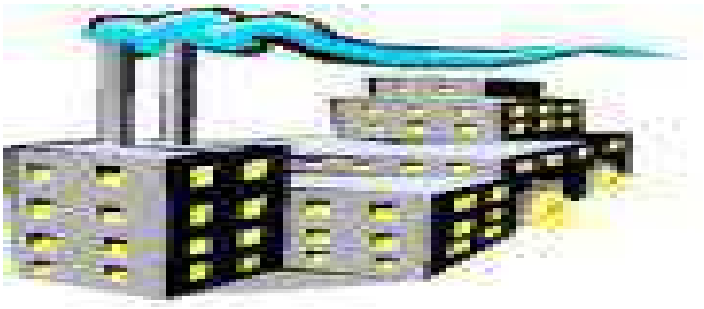
"l'analisi dei ricoveri ospedalieri mostra un aumento nella frequenza di angina, BPCO e asma negli uomini residenti nell'area più vicina agli impianti"

Per il sesso femminile i risultati che emergono sono invece, a nostro avviso, particolarmente inquietanti. Si registrano infatti eccessi statisticamente significativi sia nella mortalità complessiva che nella mortalità per tumori. Nello specifico risulta nelle donne un aumento del rischio di morte per tutte le cause, correlato alla esposizione a metalli pesanti, tra il +7% e il +17%.
La mortalità per tutti tumori aumenta nella medesima popolazione in modo coerente con l'aumento dell'esposizione dal +17% al +54%. In particolare per il cancro del colon-retto il rischio è compreso tra il + 32% e il +147%, per lo stomaco tra il +75% e il +188%, per il cancro della mammella tra il + 10% ed il +116%.
Questa stima appare particolarmente drammatica perché si basa su un ampio numero di casi (358 decessi per cancro tra le donne esposte e 166 tra le "non" esposte) osservati solo nel periodo 1990-2003 e solo tra le donne residenti per almeno 5 anni nell'area inquinata.

Tali risultati potrebbero essere ancora di ancora maggior rilievo, qualora la popolazione di riferimento fosse realmente non esposta: infatti il livello minimo di esposizione preso come riferimento corrisponde ad una ricaduta stimata dei metalli pesanti compresa tra 0,61 e 1.9 ng/m3, valore certo non nullo né trascurabile.
Davvero singolari appaiono pertanto le conclusioni dell'indagine in cui letteralmente si afferma "lo studio epidemiologico dell'area di CF nell'analisi dell'intera coorte per livelli di esposizione ambientale potenzialmente attribuibili agli impianti di incenerimento (tracciante metalli pesanti) con aggiustamento per livello socio-economico della popolazione, non mostra eccessi di mortalità generale e di incidenza di tutti i tumori." Aggregando insieme il sesso maschile (in cui non si registrano eccessi) ed il sesso femminile si ottiene una "diluizione" dei risultati emersi e una sottostima di quelle che sono le reali condizioni di salute della popolazione esaminata. Le nostre preoccupazioni sembrano tuttavia, almeno in parte, condivise dagli stessi estensori del Report che più oltre affermano: "Tuttavia, analizzando le singole cause, sono stati riscontrati alcuni eccessi di mortalità e incidenza da considerare con maggior attenzione. Infatti è stato riscontrato nelle donne un eccesso di mortalità per tumori dello stomaco, colon retto mammella e tutti i tumori".

Per i sarcomi possono farsi analoghe considerazioni. Anche in questo caso emergono - a nostro avviso - dati inquietanti: sono infatti elencati nella tabella riassuntiva n° 6 ben 18 casi di sarcoma, di cui si perde in qualche modo traccia nelle tabelle generali, in cui sono disaggregati per sesso. Trattandosi di patologie rare, disaggregando per sesso si perde di significatività, con l' effetto di togliere rilievo ad un dato altrimenti particolarmente significativo in quanto riferito a una patologia "sentinella" dell'inquinamento da inceneritori. Anche in questo caso, tuttavia, gli stessi estensori dello studio non possono fare a meno di annotare nella discussione (pag. 42) che "gli eccessi di mortalità per sarcoma dei tessuti molli sono degni di nota" affermando, a pag. 39, che, "si osserva un aumento statisticamente significativo della mortalità nel livello più elevato di metalli pesanti (RR = 10.97, IC 95%=1.14-105.7, 3 casi) per la coorte di tutti i residenti".

L'informazione dipendente, dai fatti!
Liberazione
QUOTIDIANO IN EDICOLA
su internet: *www.liberazione.it*



Conclusioni

L'impressione che rimane, dopo un'attenta lettura del Report di Enhance Health come di tanta altra letteratura, è che le informazioni che di volta in volta potrebbero apparire per lo meno inquietanti, vengano poi immediatamente smentite, attenuate o corrette con intento tranquillizzante: la finalità delle indagini condotte sembrerebbe pertanto non quella di evidenziare i rischi per la salute delle popolazioni esaminate, ma quella di non destare allarme. A nostro avviso, viceversa, i risultati che emergono dallo studio Enhance Health sono fortemente preoccupanti ed in linea con quanto riportato dalla letteratura precedentemente esaminata e soprattutto con l'indagine francese che registra i maggiori danni alla salute proprio nel sesso femminile, che appare essere particolarmente vulnerabile e più sensibile all' inquinamento ambientale.

Questi dati sono ancora più allarmanti se li si considera alla luce del contesto geografico del nostro territorio. La Romagna è situata nella Pianura Padana, area fra le più inquinate non solo d'Europa ma dell'intero pianeta: si consideri che il comunicato del 10 ottobre 2007 dell' Agenzia Europea dell' Ambiente ha stimato una perdita di speranza vita alla nascita variabile dai 9 ai 36 mesi per i livelli di PM 2.5 di origine antropica emesso nel 2000! Nella nostra regione si registra inoltre una delle più alte incidenze di cancro di tutto il paese.
Per quanto attiene il sesso maschile la Romagna è al 1° posto per incidenza di cancro nella nostra regione e al 4° posto in Italia dopo Friuli Venezia Giulia, Veneto e Varese. Dai dati del Registro Tumori della Romagna pubblicati e riferiti al quinquennio 1998-2002 risulta infatti una incidenza di 498,2 casi/anno per 100.000 abitanti nel sesso maschile (tutti i tumori escluso cute), contro una incidenza in Italia di 470,3 casi /anno per 100.000 abitanti. Sembra inoltre che da noi non si stia verificando il rallentamento generalmente segnalato nell'incidenza di cancro nel sesso maschile: l'aumento in percentuale nel nostro territorio è infatti del 6,14% rispetto al quinquennio precedente (1992-1997), contro un incremento medio in Italia dell' 1,4%.

Per quanto riguarda il sesso femminile si registrano dati per certi versi ancora più preoccupanti: l'incidenza di cancro nelle donne è infatti in Emilia Romagna la più alta d'Italia: la Romagna è al 3° posto in Italia dopo Parma e Ferrara per incidenza di cancro nelle donne con 425,2 casi/anno per 100.000 donne (tutti i tumori escluso cute) vs una incidenza in Italia di 398,70 casi/anno e l'incremento percentuale che si è registrato rispetto al quinquennio precedente (1992-97) è del 10,50% vs una media in Italia del 4,79%.
I dati sopra esposti vengono spesso attribuiti al buon livello di assistenza sanitaria e di diagnosi precoce (certamente presente e di cui non possiamo che rallegrarci), ma ancora una volta sembra che non si voglia indagare su altre possibili cause, in primis l'assenza di efficaci interventi di Prevenzione Primaria che appaiono indifferibili dato l'elevatissimo grado di inquinamento che ci caratterizza.
Una buona occasione di fare Prevenzione Primaria è a nostro avviso quella di scegliere metodi di gestione dei rifiuti alternativi all'incenerimento, evitando di costruire impianti che emettono pericolosi inquinanti, tra cui anche sostanze classificate come cancerogeni certi per l'uomo. Sotto questo profilo appare moralmente inaccettabile continuare ad esporre le popolazione a rischi assolutamente evitabili.

Tutto quanto sopra ci rammenta e conferma l'amara verità di Irwin Bross: "quando (..il governo e la classe dirigente medica e scientifica…) dicono che qualcosa è sicuro e buono per te, ciò che questo significa veramente è che è sicuro o buono per loro. A loro non importa quello che succede a te (…) Se c'è qualcuno che proteggerà la tua vita e sicurezza, quel qualcuno non potrai essere che tu."

AMBIENTE E SALUTE: IL "CHE FARE" DI NOI MEDICI

Tutela del diritto individuale e collettivo alla salute e ad un ambiente salubre. Inquinamento atmosferico urbano, stili di vita e salute.

"Per l'ambiente gli uomini sono responsabili, i medici due volte"

Dal momento che i rischi per la salute sono largamente legati al degrado ambientale e ai modelli di vita, i medici devono orientare il loro ruolo professionale e civile per promuovere la salute anche attraverso scelte di tutela ambientale.
La dimostrazione che molti processi patologici trovano una loro eziopatogenesi in cause ambientali, quali l'accumulo di inquinanti nell'aria, nell'acqua, nel suolo e nel cibo, e l'esistenza su scala mondiale di gravi e irreversibili dissesti ambientali, hanno sollecitato una crescente attenzione verso questi temi.
Ambiente degradato, esposizioni occupazionali a sostanze nocive e modelli di vita scorretti sono responsabili del 75% delle patologie e delle cause di morte. Da decenni nei convegni medici si discute di salute, rischi da lavoro, ambiente e inquinamento e i ricercatori si impegnano per evidenziarne le correlazioni.

(.....)

Complessivamente l'inquinamento ambientale urbano è responsabile di effetti nocivi sull'apparato respiratorio e cardiovascolare, di effetti oncogeni e dell'aumento della mortalità generale. I principali studi condotti in Europa ed U.S.A. sulla correlazione fra inquinamento atmosferico e cancro al polmone sono concordi nel valutare che per ogni 10 µg/m3 di PM 2.5 si registra un incremento tra l'8% ed il 14% di neoplasie polmonari. Si ricorda che l'OMS ha stimato la quota di decessi attribuibili a valori di PM10 oltre 20µg/m3 in 13 città italiane con oltre 200.000 abitanti sulla base dei valori di PM10 registrati negli anni 2002-2004.

La stima è di 8220 morti/anno di cui 742 morti/anno per cancro del polmone.
Da studi recenti emerge, altresì, che i decessi che si misurano o si stimano come effetto dell'inquinamento atmosferico non sono una semplice anticipazione di eventi che sarebbero comunque accaduti ma rappresentano un effetto netto di una mortalità che sarebbe stata evitata se i livelli di inquinamento fossero stati inferiori.

E' noto che i principali determinanti della qualità dell'aria sono la mobilità motorizzata, i sistemi di riscaldamento e le immissioni in atmosfera di sostanze chimiche da insediamenti produttivi e dagli inceneritori. E' dunque su tutti questi elementi che si deve agire se si vuole migliorare la qualità dell'aria.

(.....)

Proposte operative

Il nuovo codice di deontologia medica ha dedicato un articolo, il numero 5, alla "Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente" che recita "Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini. A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile. Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva."

Noi medici siamo i primi osservatori di questi fenomeni in tutte le nostre professionalità:
Come operatori delle Aziende Sanitarie dei Dipartimenti di prevenzione contribuiamo a rilevare la frequenza e distribuzione delle malattie ed osserviamo il progressivo consolidamento dei dati che indicano un aumento delle patologie e della mortalità da inquinamento atmosferico.

Come medici di medicina generale constatiamo direttamente nei nostri ambulatori la diffusione sempre maggiore di patologie tumorali e soprattutto l'abbassamento dell'età di incidenza (K mammari, Linfomi ecc.)

Come pediatri vediamo aggravarsi nei bambini residenti in zone più inquinate o più trafficate patologie come l'asma, il raffreddore primaverile, le bronchiti, le broncopolmoniti e soprattutto i tumori (in Europa negli ultimi 30 anni si è registrato un incremento dell'1,2 % annuo dei tumori fra 0 e 14 anni e dell'1,4% tra i 14-19 anni)

Come medici specialisti in tutte le branche vediamo il costante aumento delle patologie cronico-degenerative tra cui quelle cardiocircolatorie e respiratorie che rappresentano le cause principali di mortalità e di ricovero o di disturbi nello sviluppo del sistema nervoso centrale legati all'esposizione a un vasto spettro di inquinanti chimici ambientali

Come dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale vediamo le risorse indirizzarsi prevalentemente verso la cura, la riabilitazione e la diagnosi precoce piuttosto che verso la prevenzione primaria.

Come medici universitari e ricercatori studiamo le correlazioni tra patologie ed ambiente insalubre e le portiamo a conoscenza degli studenti.

Tutto questo comporta:

che i medici siano fortemente impegnati nella programmazione e nella messa in opera di programmi per la comunicazione del rischio, nella promozione di progetti integrati di prevenzione primaria, nella formazione, nella valutazione d'impatto ambientale e sanitario di piani, programmi e degli strumenti di pianificazione urbanistici, nella verifica di efficacia dei provvedimenti adottati. A questi fini i medici si propongono per il supporto tecnico-sanitario ai vari livelli di governo (nazionale, regionale e locale) che esercitano competenze politico-amministrative, normative e regolamentari, nei vari processi di pianificazione che incidono sulla salute collettiva. Per l'esercizio di queste funzioni, cui si aggiungono quelle prettamente sanitarie di "sorveglianza epidemiologica" e "comunicazione del rischio", i medici intendono instaurare costanti relazioni funzionali con le Agenzie Regionali per l'Ambiente, al fine di assicurare l'integrazione tra politiche sanitarie, ambientali ed energetiche prevista dall'art. 7-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992.

la predisposizione di un piano d'azione condiviso da portare avanti in maniera sistematica su tutto il territorio nazionale che comprenda attività di formazione informazione (distribuzione di materiali informativi negli studi e nei presidi medici sui rischi derivanti dall'inquinamento atmosferico, interventi nelle scuole per sensibilizzare insegnanti e genitori), attività di coordinamento di tutte le figure mediche del territorio (Medici di Medicina Generale, Pediatri di famiglia, Medici che lavorano nei Dipartimenti di prevenzione o comunque nei settori della sanità pubblica, epidemiologi, ospedalieri ecc.), pressione nei confronti delle istituzioni locali per una valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte di tipo urbanistico in senso lato.

stralci del documento d'intenti
FNOM CeO – ISDE Italia www.isde.it/

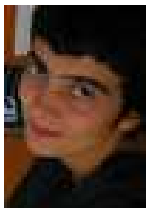
CINEMAMBIENTE
ENVIRONMENTAL FILM FESTIVAL

Via Montebello 15 - 10124 Torino -Tel. +39 011 81 38 860 - Fax +39 011 81 38 896 - festival@cinemambiente.it

Staff

Direttore **Gaetano Capizzi**
capizzi@cinemambiente.it

Segreteria **Erica Girotto**
girotto@cinemambiente.it



Ricerca film **Silvia Taborelli**
taborelli@cinemambiente.it

Comunicazione **Silvana Brunero**
brunero@cinemambiente.it

Documentazione **Giulio Pedretti**
pedretti@cinemambiente.it

12° ENVIRONMENTAL FILM CINEMAMBIENTE
8/13 OTTOBRE 2009 TORINO

acqua pubblica: politiche di salute e.....

Senza scopo di lucro

Non c'è bene più sacro ed essenziale, ma al tempo stesso più dimenticato, dell'acqua che esce dai nostri rubinetti di casa e dalle fontanelle pubbliche. Perché fa parte di quei servizi che diamo a tal punto per scontati che solo quando mancano, o non hanno più quella qualità "standard" cui siamo abituati, ci accorgiamo che esistono, e magari che ce li stanno portando via.
Ogni tanto ce ne ricordiamo quando vediamo in televisione, nei documentari, le donne africane fare chilometri ogni mattina con le giare fino al pozzo o, più in piccolo ma sulla nostra pelle, quando ci manca l'acqua in casa per qualche ora.
Eppure non c'è dubbio che tutte le meraviglie tecnologiche di cui ci riempiamo la casa ci apparirebbero immediatamente come superflue chincaglierie se non disponessimo più di acqua corrente per bere, cucinare, lavarci e lavare. Acqua corrente e potabile, come dovremmo ricordare sempre prima di comperare chili di minerale costosa, meno salubre ed inquinante.

Il servizio di fornitura di acqua potabile mediante acquedotto, denominato servizio idrico integrato quando comprende quello di fognatura e depurazione delle acque reflue, in Italia è stato gestito da aziende municipalizzate, diretta emanazione dei Comuni, fin dai primi anni del Novecento, quando il liberale governo Giolitti affidò ai Comuni un servizio prima gestito da aziende private; si era capito infatti che il privato "portava l'acqua" solo dove ciò era remunerativo, lasciando larghi strati della popolazione in condizioni medioevali. Ma poiché le epidemie non facevano distinzione di censo, questo stato di degrado si rifletteva anche sulle classi abbienti. Per questo si decise che certe garanzie di universalità ed economicità del servizio idrico potevano essere assicurate solo dal pubblico. Da allora, fino alla metà degli anni '90, nel bene e nel male, il servizio idrico è stato esteso alla stragrande maggioranza dei cittadini con acqua di buona qualità in gran parte della penisola e con tariffe molto economiche tanto da non pesare molto sul portafoglio - anche perché parte dei costi sono sostenute dalla fiscalità generale.
Ma il vento privatizzatore che ha consegnato, con risultati sotto gli occhi di tutti, le nostre aziende pubbliche al gotha dell'imprenditoria italiana, non poteva lasciare immune l'acqua.

A partire dalla legge Galli del 1994, un susseguirsi di interventi legislativi hanno prima reso possibile e poi incoraggiato la privatizzazione che si è diffusa a macchia di leopardo. Fino al Tremonti di questi mesi, che lasciate ai salotti ed ai libri da vendere le chiacchiere antiliberiste della sua presunta metamorfosi, con l'art.23 bis della legge n.133 del 2008 afferma con protervia che tutti i servizi pubblici locali, acqua compresa, devono essere messi sul mercato e gestiti da società private o miste, lasciando in piedi l'opzione di affidamento diretto ad aziende pubbliche, cosiddetta "in house", con tali e tanti vincoli da renderla quasi impraticabile. E' appena il caso di ricordare che per la Corte di Giustizia Europea, le regole europee consentono ad un'autorità pubblica "la possibilità di adempiere ai compiti di interesse pubblico ad essa incombenti mediante propri strumenti, senza essere obbligata a far ricorso ad entità esterne non appartenenti ai propri servizi".

I movimenti popolari, in questi anni, non sono stati a guardare. Non hanno accettato il principio che l'acqua sia una merce come le altre e che dovessimo lasciare il patrimonio idrico del pianeta nelle mani di poche grandi multinazionali. Così in America Latina si sono combattute battaglie anche sanguinose a difesa dell'acqua - che nella cultura indigena ha un valore di sacralità che si è perso quasi del tutto in Occidente - fino ad ottenere vittoriose ripubblicizzazioni in Bolivia e Uruguay. In tutta Europa si sperimenta il ritorno al pubblico, dopo aver visto i disastri delle gestioni private, ed è di queste settimane l'annuncio che Parigi allo scadere del 2009 riprenderà in mano pubblica la gestione dell'acquedotto.

Anche da noi, nonostante il livello della classe politica attuale, grazie alle pressioni ed alle iniziative dal basso, si collezionano piccole vittorie sui territori e si sperimentano forme di resistenza all'arroganza del privato, come a Latina, dove gli agguerriti comitati locali aiutano i cittadini a praticare, in via di disobbedienza civile, l'autoriduzione della bolletta ai livelli della precedente gestione comunale ed il pagamento di questa al Comune invece che al gestore Acqualatina SpA.

E' nato un Forum Italiano dei Movimenti per l'acqua che oltre a connettere e incoraggiare le campagne locali ha raccolto nel 2007 quasi 500.000 firme (di cui 20.000 solo a Torino) per una legge popolare di ripubblicizzazione che adesso è in discussione nelle Commissioni parlamentari.
La battaglia per l'acqua pubblica ha assunto quindi uno straordinario valore simbolico, ma vi sono fondati motivi di ordine tecnico-economico a sostenere la scelta rigorosa della gestione pubblica anche a prescindere, come non si deve fare, dalla specialità unica del bene acqua.

A sostegno della tesi secondo cui il servizio idrico dovrebbe migliorare con la privata gestione si portano comunemente due argomenti ricorrenti:

1) Se il prezzo dell'acqua è troppo basso, come attualmente, l'utente finale è indotto allo spreco. Tariffe proporzionate al reale valore del bene costituirebbero un incentivo al risparmio.
2) La gestione aziendale del servizio raggiungerà risultati di maggiore efficacia ed efficienza.

Il gestore può perseguire tre strade, anche simultanee, per l'incremento dei propri utili: l'aumento della tariffa entro i limiti consentiti dal mercato, la riduzione dei costi di gestione e l'aumento delle "vendite" (ossia del fatturato).
Ma la tariffa, ad oggi, è ancora stabilita dagli enti locali sulla base anche di criteri sociali. Nel caso, non così remoto, che in futuro essa sia affidata al mercato (il Forum dell'Aja del marzo 2000 dichiarava la necessità di affidare al mercato la definizione del "giusto prezzo" dell'acqua considerata come bene economico), per poter sperare di ottenere le riduzioni di consumo previste nella prima argomentazione, allora ci si deve domandare: di quale mercato si tratta? Poiché un qualunque cittadino è vincolato a ricevere l'acqua dalla rete locale, non ha possibilità di scelta: si tratta di una situazione di "monopolio naturale".
Chiunque dovrebbe concordare che, data l'ineliminabilità del monopolio, conviene ai cittadini che esso sia pubblico e non privato, quantomeno perché, se il monopolio è privato, l'impresa che ne beneficia "fa" il prezzo entro ampi limiti (per tacere di altre ragioni). Ma c'è di più: l'aumento delle tariffe, già sperimentato in varie sconcertanti gestioni nazionali, colpirebbe ovviamente soprattutto i ceti

CONTINUA PAGINA SEGUENTE

Senza scopo di lucro

CONTINUA DALLA PAGINA PRECEDENTE

sociali disagiati, che potrebbero essere costretti a razionare un bene di primaria importanza per la vita. Questi soli sarebbero indotti a diminuire i consumi, mentre i ceti alti, il cui consumo d'acqua pro capite è per di più maggiore, sarebbero ben poco toccati. Ancor meno lo sarebbero le aziende "idrovore", come ad es. le cartiere, che si riforniscono spesso direttamente dalla falda. Senza contare che, in assenza di controllo pubblico, le tariffe potrebbero essere differenziate dall'azienda in modo da penalizzare gli utenti di quelle zone lontane o poco densamente popolate che incidono in maggiore misura sul costo.

La seconda opzione a disposizione dell'azienda (la riduzione dei costi) avrà probabilmente come naturale conseguenza, oltre alle politiche di tagli già sperimentati ampiamente in altri settori privatizzati (pensate a Ferrovie dello Stato e Poste Italiane), l'abbandono a se stessa della rete idrica causata dall'abbattimento dei costi di manutenzione. Infatti l'impresa guadagna sul volume d'acqua prelevato dagli utenti, mentre non paga l'acqua che la natura convoglia alla rete di acquedotto.
Non è credibile che le maggiori spese di pompaggio, unica voce di costo variabile ad essere incrementata dalla presenza di perdite nella rete, possano superare i costi di manutenzione della stessa (gli acquedotti italiani, come si sa, non versano in buone condizioni) e quindi indurre l'azienda a fare piani d'investimento in tal senso.
Questo elemento porterebbe quindi ad un progressivo aumento degli sprechi, anziché alla loro diminuzione. D'altra parte la corretta ed efficiente gestione della rete, in quanto concausa di un miglior servizio offerto, sarebbe per l'azienda conveniente per ottenere la soddisfazione del cliente e la sua fidelizzazione: ma questo, di nuovo, avrebbe senso in regime di libera concorrenza, non nel caso di monopolio privato, in cui il cliente è vincolato nella scelta entro ampi limiti. E se nel caso di poste e ferrovie l'utente può almeno scegliere differenti modalità di comunicazione o, rispettivamente, di trasporto, ciò non è possibile per il servizio idrico.

Rimane poi da esaminare la terza opzione: l'aumento del fatturato. Ma per un'azienda erogatrice di una risorsa, aumento del fatturato equivale ad aumento dei consumi di quella risorsa. Perciò per seguire questa strada l'azienda dovrebbe incentivare la massimizzazione del consumo d'acqua e non la sua razionalizzazione.
Insomma, si tratta di argomentazioni funzionali ad aprire nuovi ghiotti mercati per i colossi del settore pronti a rivendicare, direttamente o per bocca di forze politiche, la necessità di liberalizzare ciò che resta dei servizi pubblici locali.

In questo contesto il Comitato torinese per l'acqua pubblica propone al Comune ed alla città intera di affermare nello Statuto comunale il principio fondamentale che l'acqua è un servizio da gestire senza scopo di lucro.
Una definizione semplice e pulita: sull'acqua non si specula, nessuno deve trarre profitto dal servizio pubblico più importante e vitale. Una gestione virtuosa del servizio, da perseguire con intransigenza e scelte oculate, deve produrre esclusivamente benefici economici per la comunità locale.
Con una tale dichiarazione, seguono logici i commi successivi che proponiamo di inserire nello Statuto: la gestione della rete idrica, la cui proprietà deve rimanere pubblica e inalienabile, e l'erogazione del servizio sono da affidarsi ad enti o aziende pubbliche. Un nuovo modello di pubblico, che faccia tesoro delle gestioni migliori del passato e del presente compresa l'esperienza di SMAT, aprendo però alla partecipazione di rappresentanti della società civile e dei lavoratori del servizio stesso alle scelte di gestione.

Infine proponiamo che venga stabilito e garantito un minimo vitale gratuito per ciascuno, perché il diritto all'acqua valga per tutti.
I Consiglieri e il Sindaco raccoglieranno questa sfida, con cui "offriamo"a Torino la chance per porsi, sull'acqua, all'avanguardia in Italia, sull'esempio di Parigi e - potremmo dire - ben prima della rivale di sempre Milano?
Dipende anche da tutti noi: se andremo a firmare ai banchetti in tantissimi, nei prossimi mesi, questa utopia così concreta potrà farsi reale e aprire la strada alla ripubblicizzazione dell'acqua nel Paese.

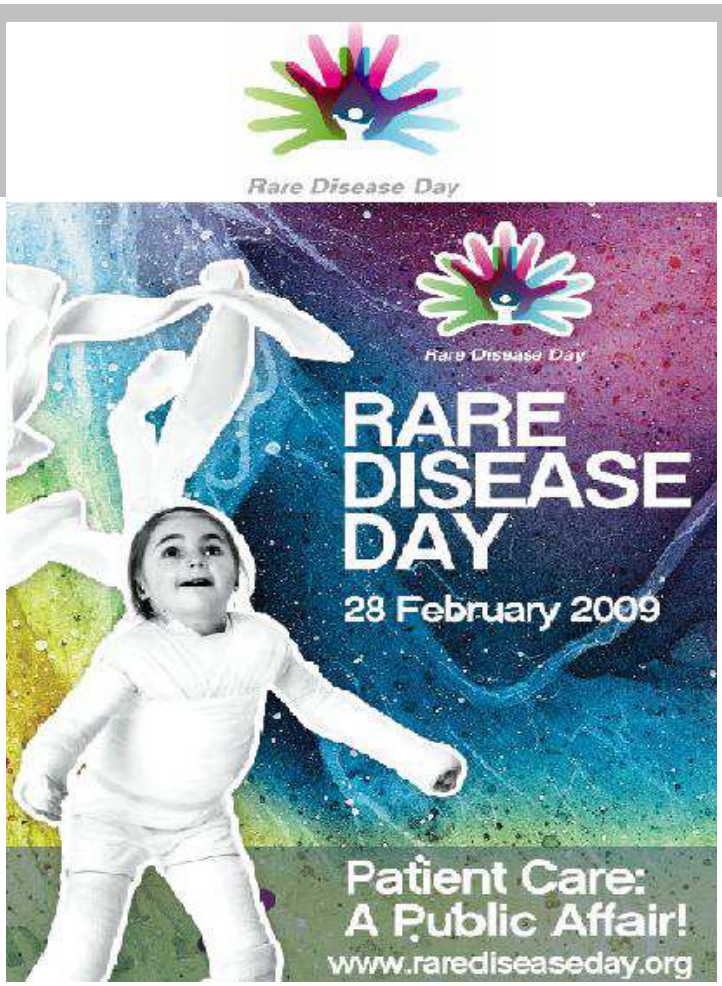
Francesco Nannetti

del Coordinamento piemontese per l'acqua pubblica
www.acquabenecomune.org

NOTA

Le riforme che hanno condotto all'attuale situazione partono nel 1994 con la legge n.36 (legge "Galli") che accanto ai notevoli meriti sia in alcuni principi espressi sia nella riorganizzazione del settore, pone però le basi per la gestione mercantile laddove afferma che la tariffa deve coprire per intero i costi del servizio.
Le riforme targate "Bassanini", anch'esse benemerite sotto altri aspetti, sfociano nel Testo Unico degli Enti Locali (d.lgs.267/2000) che consente la gestione dei servizi pubblici locali a rilevanza economica anche mediante società di capitali a partecipazione privata, anche maggioritaria. Nel paese la privatizzazione dell'acqua si diffonde a macchia di leopardo sul territorio finché, con la Finanziaria 2002 di Berlusconi-Tremonti, si impone la gestione mediante società private o miste obbligando i Comuni a mettere l'acqua sul mercato.
Nel silenzio totale dei mezzi d'informazione, si compiono però battaglie istituzionali importanti e due anni dopo il governo è costretto a riconoscere che in conformità all'Europa si deve consentire agli enti locali di assicurare la fornitura del servizio idrico mediante aziende totalmente pubbliche da loro controllate e vincolate a operare prevalentemente sul territorio dove viene loro affidato il servizio. Nasce così il modello "in house", un passo avanti ma pur sempre un modello del tutto inscritto nei paradigmi del diritto privato. E' il metodo con cui gli enti locali della provincia torinese hanno fatto l'affidamento a SMAT, che è società a totale capitale pubblico.
E arriviamo ai giorni nostri con l'art.23 bis della l.133 del 2008: ancora una volta, in contrasto con l'Europa e con la nostra Costituzione.

28 febbraio 2009
Giornata delle Malattie Rare



Oltre 5000. Sono le malattie rare, che in Italia colpiscono circa un milione di persone. I dati sono pochi, i medici spesso non le conoscono e non le sanno né individuare né curare, i farmaci sono pochissimi perché non costituiscono un business interessante per le aziende farmaceutiche.
Spesso vengono diagnosticate nell'infanzia, a volte dopo anni in cui la famiglia e il bambino hanno vagato da un medico all'altro senza avere risposte.
Sono quindi la caparbietà e la determinazione dei genitori o dei famigliari a fare la differenza con ricerche estenuanti su internet, sulle pubblicazioni scientifiche, con i contatti con altri rarissimi malati. Così sono nate oltre duecento associazioni solo in Italia.

Una di queste è la Sindrome di Williams

La Sindrome di Williams (WS) consiste in un disordine neurocomportamentale congenito. Non è ereditaria, non è causata da fattori medici, ambientali o psicosociali ma piuttosto rappresenta "un caso". E' abbastanza rara, presentandosi una volta ogni 20.000 nascite. La WS interessa diverse aree dello sviluppo tra cui quella cognitiva, comportamentale e motoria. La maggior parte dei neonati WS manifestano coliti nel corso dei primi mesi di vita e forti difficoltà nel dormire. In alcuni casi (normalmente nel corso del primo anno e solitamente all'improvviso) tali disturbi spariscono e i bambini cominciano a dormire meglio e a diventare "bambini felici". La causa di tali disturbi non è ancora perfettamente conosciuta e potrebbe essere dovuta a una specie di mal di stomaco. Questo periodo è, ovviamente, particolarmente stressante per la famiglia. Riguardo lo sviluppo motorio, i bambini WS normalmente cominciano a camminare in ritardo. Ciò è spesso dovuto ad una combinazione di fattori quali il coordinamento, l'equilibrio e la forza. Per gli stessi motivi i bambini tendono ad avere anche difficoltà nella motricità fine fin dai primi mesi di vita. Da un punto di vista cognitivo esiste una forte diversificazione tra individui. Alcuni bambini mostrano livelli di intelligenza medi o leggermente al disotto della media associativa difficoltà di apprendimento. Molti bambini sono al limite dei ritardo lieve e alcuni sono ad un livello di ritardo 1,1 1,1 io. In particolare, la maggior parte dei bambini mostrano una differenziazione significativa nello sviluppo delle capacità relativamente alle diverse sfere di apprendimento I bambini WS sono normalmente socievoli e comunicativi fin dall'infanzia pur non utilizzando il linguaggio; essi si esprimono attraverso il viso e gli occhi e, eventualmente, con i gesti. Cominciano a parlare più tardi di quanto ci si aspetti e, nonostante l'estrema variabilità dei casi, solo dopo i 18 mesi cominciano a parlare usando parole singole. Possono mostrare facilità nell'apprendere canzoni, manifestando una buona memoria uditiva e senso musicale. Molti bambini WS cominciano a formare frasi a circa 3 anni, il linguaggio migliora e continua ad evolversi a partire dai 4 o 5 anni.

Medicine, business in pillole

il " solito" dottor Paolo Cornaglia Ferraris denuncia la "Casta bianca"

Fate vita sana non ammalatevi. Così eviterete di incappare troppo spesso in medici e medicine, due eventualità una più "pericolosa" dell'altra. Perciò è quasi un kit di sopravvivenza questo libro di Paolo Cornaglia Ferraris - "La Casta bianca. Viaggio nei mali della sanità" , Mondadori, pag. 263, euro 16 - che ci mette in guardia: uomo avvisato mezzo salvato (nel caso in senso letterale...). Un libro di passione e disgusto, un pamphlet condotto all'arma bianca e che non fa prigionieri, sotto accusa è l'intero sistema sanitario italiano. Che, beninteso, "è un bene prezioso, ma si è ammalato". Di lottizzazione, aziendalizzazione, speculazione, logica di profitto. Detto in soldoni sanità anche come business. Macro-business.

Partiamo dai numeri. Il Ssn è un'enorme, portentosa macchina, che macina qualcosa come 13 milioni l'anno di ricoveri in ospedale, 79 milioni di giornate di degenza, 4 milioni e 700 mila interventi chirurgici. Tanto per fare un esempio, nella sola Roma, tre milioni di abitanti, nel 2007 sono state eseguite cinquecentomila risonanze magnetiche nucleari (in pratica una persona su sei, neonati inclusi).

Quanto a medici, in Italia ne abbiamo ad abundantiam, siamo nella top ten, al sesto posto, distanziando Paesi come Stati Uniti, Germania, Francia e toccando il doppio rispetto all'Inghilterra (invece per quanto riguarda il numero di infermieri per mille abitanti, con poco più di 5, precipitiamo al quarantesimo posto, dietro Turkmenistan e Kazakhstan: è una delle magagne).

Appunto, questo gran Sistema sanitario pubblico è malato. Prendete ad esempio l'industria del farmaco. Medici, amministratori di ospedali e industria farmaceutica vivono gomito a gomito, a volte troppo, è "come la "danza del porcospino", prima o poi ci si punge". Va da sé, "i medici hanno bisogno dell'industria per progredire, l'industria ha bisogno dei medici per vendere". Il corto circuito avviene in questi paraggi.

Il libro è chiaro fino alla spietatezza, purtroppo non ci lascia margini di dubbio. Intanto, si tratta di un giro di denaro enorme, in campo farmaceutico "gli investimenti garantiscono profitti giganteschi, secondi solo a quelli di chi compra e vende petrolio".

La spinta al consumo è altrettanto gigantesca, pilotata da colossali mezzi di promozione orientati al grande pubblico e agli operatori sanitari. Ne esce - è scientificamente provato, anzi - che è l'industria farmaceutica a influenzare il comportamento di singoli medici, di gruppi e persino di istituzioni".

Dicesi promozione commerciale, bellezza. "Si tratta di condizionamenti diretti, indiretti, evidenti, subdoli, comunque tutti studiati a tavolino per minare l'integrità e l'indipendenza della medicina a favore del fatturato".

"A favore del fatturato": una frase minacciosa. E purtroppo rispondente al vero. Spiega l'autore: "I risultati di questa strategia sono tali per cui, per ogni dollaro investito in marketing, se ne ricava uno e mezzo. Tali effetti si ottengono "curando" i medici e inducendoli a prescrivere". Impresa che riesce con grande successo, visto il dilagare del metodo "ricetta facile", delle prescrizioni che si moltiplicano come i pani e i pesci. Già, "curarti sempre, guarirti mai". Insomma, tra medici, ospedali e industria farmaceutica ci corre un bel conflitto di interessi (e in mezzo purtroppo ci siamo noi, i cosiddetti pazienti, "pz" nelle cartelle cliniche ospedaliere).

A prova provata dell'accusa lanciata, a pag. 52 è pubblicata una tabella che fa rizzare i capelli, riguardante i costi di promozione e quelli di ricerca e sviluppo delle maggiori industrie farmaceutiche (Pfizer, Glaxo, La Roche, Squibb, ecc): dalla quale si evince che i primi - promozione, pubblicità - sono oltre il doppio dei secondi. Il paziente, pz, è servito.

Per la logica del massimo profitto, il processo di approvazione dei farmaci (necessario per ottenere la licenza di vendita), si è andato restringendo, passando dai 27 ai 15 mesi, a scapito della sicurezza (ultimo clamoroso scandalo quello del Viox, ritirato dopo cinque morti per infarto). Sempre per la logica del massimo profitto, la prima regola per le case farmaceutiche è di avere un mercato sicuro per ogni farmaco inventato. "In altre parole deve esistere un numero di consumatori sufficiente in Paesi capaci di pagare (inutile inventare un antimalarico o un antitubercolare, per esempio, perché i malati ci sarebbero e anche tanti, ma sono poveri e pagano poco)".

La seconda regola è che il farmaco "deve essere in grado di produrre guadagni entro i vent'anni in cui le leggi sui brevetti concedono l'esclusiva, perché per tutto quel periodo si può fare il prezzo che si vuole". Elementare, devono essere vent'anni di grande consumo, forza medici, sotto a prescrivere.

La terza regola è la "strategia antigenerici", e le major farmaceutiche sono straordinarie nell'inventarne sempre di nuove e fantasiose; perché, sapete, tenere i generici (che costano molto, molto meno) fuori dal mercato, "ha un valore notevole", in termini del famoso fatturato.

La pubblicità è l'anima delle medicine. E la pubblicità viene pagata dal Ssn e da chi compra. Infatti, "il prezzo del prodotto finale aumenta in ragione del costo pubblicitario. Lo stipendio dell'omino con la borsa (l'informatore medico-scientifico), pertanto lo pagate voi (cioè noi, ndr), direttamente o tramite il servizio pubblico. Nel prezzo sono compresi le vacanze gratuite dei medici, i loro regalini, il benessere economico dei farmacisti e quello, ovviamente, dei produttori".

Il meccanismo è perverso e pericoloso, e il perfido Cornaglia Ferraris ci mette sull'avviso. Attenzione, si registra "la scomparsa dei sani". L'espediente si chiama "abbassamento del confine del rischio", grazie al quale persone sane diventano a rischio, così si possono vendere loro i farmaci anche quando non servono (per esempio per controllare la pressione, che non è da controllare affatto). L'espediente grazie al quale aumenta il numero dei pazienti da trattare e, con esso, il numero di pillole vendute, esami eseguiti, visite mediche, controllo radiologici, ecc. "Si fabbrica un numero enorme di sani che consumano come malati", e questo "dissangua le Asl, gonfia le liste d'attesa, medicalizza anche lo starnuto". Ma fa tanto, tantissimo cash.

Dicesi medicina-mercato.

Maria R. Calderoni
dal quotidiano Liberazione

in libreria

Le vittime di malattie congenite o acquisite, traumi psichici, incidenti sul lavoro e stradali, tumori

"LA TERZA NAZIONE DEL MONDO"

Sono 650 milioni i disabili nel mondo, oltre il 10 per cento della popolazione globale. Tutti insieme popolerebbero la terza nazione del mondo dopo Cina e India. In Italia, sono circa sei milioni, la seconda regione dopo la Lombardia. Sono le vittime di malattie congenite o acquisite, traumi psichici, incidenti sul lavoro e stradali, tumori. L'handicap non solo coinvolge molte persone, ma riguarda tutti poiché le sue cause stanno nei rischi, nelle fatalità, nelle casualità cui sono soggette le nostre esistenze.

Proprio perché la temiamo, rifiutiamo la disabilità, la sua vista ci disturba e ci inquieta. L'handicap è un trauma che sconvolge i corpi, le soggettività, le relazioni degli individui e del mondo circostante.

L'handicap è lutto della perdita della "normalità", non una menomazione, ma una specifica condizione umana. Ma non esiste handicap senza sguardo sull'handicap.

Questo sguardo è pieno di rifiuto, pregiudizi, pietismo provati dai "normali" sui disabili e dai disabili su se stessi: qui si creano e si alimentano il rifiuto e l'emarginazione. Uno sguardo stigmatizzante che in realtà ha profonde radici psicologiche e culturali.

Lo stato sociale è ancora insufficiente, nella prevenzione e nelle risposte alle forme di handicap, e dovrebbe rifarsi alla recente dichiarazione Onu dei diritti dei disabili, non ancora ratificata dall'Italia.Le politiche sono incentrate sull'assistenzialismo, ma hanno buchi strutturali che fanno dell'integrazione una chimera: barriere architettoniche, risorse insufficienti, leggi parzialmente applicate, nessuna fornitura di strumenti psicologici per affrontare il trauma. Questi deficit contribuiscono a sommergere i disabili nelle difficoltà quotidiane, nelle solitudini, nelle forme di povertà, in vite completamente sacrificate all'handicap.

Matteo Schianchi, laureato in Storia contemporanea, ha studiato presso l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales di Parigi. Svolge attività di ricerca storica e lavora come traduttore di saggistica. Ha partecipato agli Europei e ai Mondiali di nuoto con la nazionale italiana di sport disabili.

officina AURORA l'autosicurezza
via Principe Tommaso 12
(San Salvario) Torino - 011658080

RE.A.M.
IMPIANTI ANTIFURTO CIVILI ED INDUSTRIALI
ASSEMBLAGGIO
VENDITA E ASSISTENZA
COMPUTER
NUOVI E USATI
VENDITA RATEALE PREVENTIVI IN SEDE
Torino via Don Bosco 78 tel. 011. 0673215

Siti di utilità sociale e professionali consigliati da Lavoro e Salute

> Lega Italiana Lotta all'Aids ***www.lila.it*** > medici terapia intensiva ***www.timeoutintensiva.it***
> Psichiatria ***www.psichiatriademocratica.com*** > scienza e studi sanitari ***www.isde.it***
> associazione disabili ***www.disabili.com*** > lotta alla malasanità ***www.malasanita.it***
> sicurezza sul lavoro ***www.diario-prevenzione.it*** > Lega Italiana Osteoporosi ***www.lios.it***
> lotta al mobbing ***www.stopmobbing.it*** > Associazione Esposti Amianto ***www.arpnet.it/aea***
> medici e infermieri volontari ***www.ambulatoriopopolare.org***

italia e barbarie

la scienza e la ragione sempre più oscurate dal fanatismo religioso in combutta con il potere economico

I miracoli veri e quelli finti

Milioni di persone sono state salvate da morte certa dal dottore olandese, Wilem Kolff, inventore della macchina da dialisi, morto a 97 anni.
Aveva concepito l'idea di ripulire il sangue dalle sostanze tossiche, che i reni ammalati non riescono ad eliminare, con una macchina rudimentale da lui inventata e costruita con budelli di salsiccia, barattoli delle spremute d'arancia, rulli simili a quelli delle lavatrici, tra lo scetticismo generale, in perfetta solitudine e senza finanziamenti.

La cultura laica, quella che non c'è, e che lascia perciò il monopolio alle superstizioni e alle balle della religione, invece di approfittare di sottolineare il fatto che la vita la difendono gli scienziati e non i preti, omette totalmente di ricordare questa figura di medico e di ricercatore, proprio i giornali avevano omesso di dare notizia dello sciopero generale indetto dalla CGIL.

Si elevano chiese e santuari per ospitare madonni-ne di gesso, come quella di Civitavecchia, sporcata di sangue dal suo proprietario, che ha rifiutato di confrontare il proprio DNA con quello trovato sulla statuetta, peraltro venerata da quei creduloni pecoroni, addestrati dai preti, che vanno a chiedere grazie. Per chi la salvato e salverà milioni di persone, alla sua morte, il più totale silenzio.
E' evidente che la cultura laica è assente in un panorama informativo dominato da interessi privati e da una abnorme visibilità della religione, e nessuno parla in termini scientifici e razionali delle emergenze del nostro tempo, che sono il surriscaldamento del pianeta, la sovrappopolazione, i flussi migratori, un miliardo di affamati e soprattutto non si parla delle possibili soluzioni.

Capitalismo e religione, alleati di ferro, si sostengono a vicenda, perché entrambi hanno bisogno di masse di ignoranti e di sottomessi, che a testa bassa producano e consumino, senza che ci sia bisogno che usino il cervello, c'è chi lo fa al loro posto: i preti e i padroni.
Fino a che gli uomini accetteranno come cosa normale che ci siano quelli che comandano e quelli che obbediscono, quelli che pensano, progettano, decidono, e quelli che avranno come prospettiva di vita di essere al servizio delle macchine, senza alcuna carriera, buttati fuori in caso di crisi, esposti a pericoli per la propria salute e la propria vita, nessun progresso sociale sarà possibile.

Questo sistema, queste logiche, questa cultura sono marce e in fallimento. La crisi è economica, finanziaria, morale, ambientale e l'unica cosa che propongono è di ottenere soldi statali per continuare allegramente il loro ciclo distruttivo.

Un altro mondo è possibile, in cui il "modo di produrre" sia solo o individuale o familiare o in cooperativa, e questo modo sia PICCOLO, legato al territorio, senza più la creazione di monopoli o di concentrazioni industriali.
E' ora che una cultura laica, razionalista, antagonista del capitalismo e della religione, cominci a fare le sue analisi e le sue proposte, possibili, concrete, all'altezza di sostituire un sistema marcio e fallito.

Paolo De Gregorio

vignetta del collaboratore di LavoroeSalute - Tubal

lavoroesalute Racconti e opinioni

2009

25° anno

di giornalismo dei lavoratori

Pubblicati:

192 *numeri*
- 12 n. speciali
- 7 n. tematici
- 1 referendum nazionale su contratto sanità
- 1 questionario regionale su piano sanitario

Scritto da:

1157*autori:*
927 *operatori sanità*
97 *sindacalisti*
22 *esponenti politici*
111 *altri*

Stampate:

640mila *copie*
(350mila copie distribuite in ospedali e ambulatori)
(120mila in luoghi vari)
(70mila copie distribuzione nazionale)

Nel prossimo n° 24 anni di sottoscrizione

lavoroesalute Racconti e opinioni

LavoroeSalute su internet *blog.libero.it/lavoroesalute*

Anno XXIIII Periodico fondato e diretto da Franco Cilenti
Gratuito, finanziato da promotori e lettori - Redazione: info@lavoroesalute.org

Comitato di redazione *Franco Cilenti, Marco Prina, Silvia Falco, Mauro Valle, Roberto Bertucci, Gianluca Visconti, Pierantonio Visentin, Luigi Sulla, Valeria Rolando, Benedetta Frezzotti, Jerry Scotellaro, Michele Diciolla*

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

Progetto grafico, impaginazione e vignette (cile) di Franco Cilenti
Illustrazioni e vignette a cura di Benedetta Frezzotti " Benny " e di Tubal (www.controcorrentesatirica.com)

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

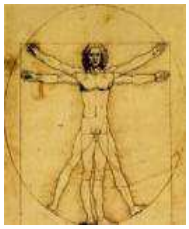
Numero chiuso in redazione il 15/02/09 Suppl.a M. D. n° 176 Stampato presso PRC Torino via Brindisi 18/c

PUBBLICITA'
Tariffe Più IVA 20%
Modulo base cm 5 X cm 5
* Lati testata 100 •
* copertina 70 •
* ultima 50 •
* interne 30 •
La redazione si riserva di rifiutare inserzioni contrarie all'etica editoriale.

Nota: le pubblicità di questo numero sono gratuite.

PER FERMARE LA PRIVATIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO, PER SALVARE LA QUALITA' DEL NOSTRO LAVORO

il nostro impegno di "fannulloni" sarà sempre più vitale per la salute dei cittadini



L'intreccio politica-sanità pubblica-interessi privati è uno dei mali endemici di questa Italia corrotta e corruttibile. E' umanamente insopportabile una nuova tangentopoli che veda coinvolta l'unica parte politica rimasta in Parlamento che, per natura istituzionale, dovrebbe essere esente da questi peccati.

Di fronte a questo stato di cose, noi operatrici e operatori della sanità e della salute in tutti i luoghi e gli aspetti della nostra vita quotidiana percepiamo l'irrinunciabile dovere di adoperarci affinchè il più significativo dei servizi pubblici possa affrontare il processo di rinnovamento e adeguamento alle reali esigenze della popolazione, in particolare nell'applicazione delle politiche di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro e di tutela della salute, a partire dai ceti meno agiati e dalle persone che vivono in condizioni di marginalità e di particolare difficoltà, superando le diseguaglianze sempre più grandi.

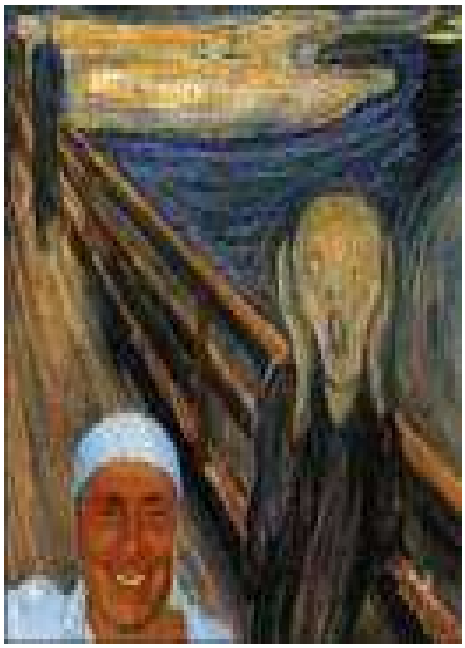
In un settore che così profondamente incide sulla qualità della vita nella comunità, riteniamo necessario riprendere immediatamente l'impegno volto a garantire una politica sanitaria che privilegi la prevenzione, l'integrazione e la tutela della marginalità, a partire dalla medicina del territorio, oltreché ad assicurare una politica del personale che mantenga criteri trasparenti e verificabili direttamente da ogni singolo cittadino e dagli organismi politici deputati e dalle associazioni impegnate nella salvaguardia dei diritti del cittadino.
È essenziale prevenire altre operazioni striscianti che compromettono il ruolo pubblico della sanità, creando pericolose commistioni con il privato e che inevitabilmente favoriscono interessi individuali e di gruppi affaristici.

La continua esternalizzazione, senza controllo né sulla qualità delle prestazioni offerte ai cittadini crea questo terreno di commistione. Il bisogno di tutela della salute, che accomuna tutti, le numerose attività di cura, prevenzione e controllo ad esso connesso e l'altissimo numero di persone impiegate nei molteplici ambiti delle attività sanitarie, fanno della politica di gestione della sanità un importante strumento di penetrazione in ogni settore lavorativo, ceto sociale ed in ogni famiglia. La partecipazione è l'unico antidoto alla malasanità e alla malapolitica.

Una partecipazione di operatori e cittadini per fermare la gigantesca manovra economico sociale del governo delle destre attraverso il prosciugamento del welfare per accrescere la ricchezza di chi già era ricco, lasciando agli altri, per la loro sopravvivenza, solo briciole, mance o elemosina.
La privatizzazione della sanità pubblica, con i suoi 102,6 miliardi nel 2009 è il nuovo "bottino" a cui agganciarsi per salvare il capitalismo nostrano e con esso le speculazioni finanziarie di banche e assicurazioni.

Dapprima l'annuncio di Berlusconi sulla vendita degli ospedali, e di seguito il libro verde di Sacconi, sono l'esplicito "manifesto" senza mezzi termini in cui si apre il percorso alla sanità complementare fatta da assicurazioni private che spolpano e asciugano risorse pubbliche a scapito del diritto alla salute costituzionalmente riconosciuto.

La campagna terrorista degli "imbonitori" è già partita: inchieste e servizi su stampa e tv, che come nel film già visto sulla previdenza, prospettano catastrofi sociali da qui a 15 – 20 anni sulla spesa sanitaria fuori controllo e sulla impossibilità di garantire a tutti il diritto alla salute. Allora dopo la pensione integrativa, dovrai farti anche la sanità integrativa.



Il passaggio definitivo della demolizione dello stato sociale e del sistema sanitario pubblico, sarà compiuto attraverso il federalismo fiscale, che metterà a regime il criterio di distribuzione delle risorse per via "standard", mentre si avvia la liberalizzazione dell'esercizio dell'intamoenia medica, e quindi per l'intramoenia infermieristica, in cui si sposta ulteriormente il campo delle prestazioni dall'offerta pubblica gratuita all'offerta privata a pagamento.
Sarà questo il passo conclusivo verso una sanità a due binari: chi avrà le risorse economiche potrà avere le cure adeguate con i professionisti migliori, chi non avrà le risorse dovrà "campare" con l'intervento pubblico, squalificato e inadeguato.

Dunque il modello americano, sarà la via italiana alla sanità, quel modello che Obama vuole superare, quel modello che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, definisce con 250.000 morti all'anno negli Stati Uniti la terza causa di morte dopo le malattie cardiache e i tumori. Questo è il modello sanitario scelto del Governo Berlusconi, che dopo le Tv e i mass media potrà dare nuova linfa alle sue, innumerevoli cordate di interessi privati tra cui molte assicurazioni, con la partecipazione al sistema sanitario nazionale.

QUINDI, NO:

- alle assicurazioni private
- al blocco delle assunzioni del personale e al licenziamento dei precari
- al deterioramento delle strutture pubbliche e della qualità delle prestazioni
- alla riduzione dei posti letto
- all'intramoenia
- all'esternalizzazione dei servizi collaterali e delle prestazioni mediche

LA SANITA' PUBBLICA SI DIFENDE E MIGLIORA:

- abbattendo i tempi di attesa anche attraverso l'assunzione del personale tecnico e specializzato, medico e infermieristico per far funzionare le strutture almeno 12 ore al giorno
- cancellando il sistema di truffa e corruzione insito nel modello di liquidazione delle prestazioni per DRG (vedere la clinica degli orrori "S. Rita" Milano)
- cancellando l'intramoenia e obbligando i medici alla scelta tra esercizio libera professione e esercizio in struttura pubblica
- introducendo con sempre maggiore insistenza l'uso appropriato dei farmaci e in particolare di quelli generici possibilmente in confezioni monodosi o molto ridotte
- internalizzando i servizi collaterali e alcune prestazioni mediche precedentemente privatizzate
- ponendo fine alla gestione monocratica del direttore generale, che superando il modello attuale aziendalistico, torni ad una gestione collegiale e controllata dal basso.

Redazione Lavoro e Salute