Salute Pubblica

Per una medicina preventiva sociale collettiva umana

RACCOLTA PERIODICA
2 0 1 6

In ricordo di Nicola Lovecchio, scienziato ''scalzo''

Salute Pubblica riunisce un gruppo di studio permanente che vuole mettere in luce il significato reale di Salute. La Salute è Pubblica perchè diritto fondamentale di tutti, diritto che deve essere tutelato nella realtà lavorativa, sociale e ambientale in cui ciascuno di noi vive ed opera. La Salute è determinata non solo dalla conoscenza tecnico-scientifica ma soprattutto dal sapere delle persone, di tutti noi, in quanto titolari della Salute stessa. Salute Pubblica, pertanto, si propone di raccogliere e dare voce ai saperi soggettivi che provengono dal vissuto concreto sì da portarli a livello di sapere ufficiale. Sapere ufficiale oggi fin troppo conformato alle logiche liberiste dominanti.

Costituita nel 2008 ai sensi della legge n. 266/1991, Salute Pubblica opera per il pieno rispetto e per la tutela dei diritti civili e dei diritti sociali per il perseguimento dei seguenti scopi:

- la promozione della salute pubblica attraverso la prevenzione da ogni agente di pericolo/rischio e tossico-nocivo in ogni ambiente di lavoro e di vita, anche attraverso iniziative di informazione e formazione a ciò finalizzate; nonché, in armonia con il fondamentale dettato Costituzionale, attraverso la promozione di tutte le iniziative tese alla rimozione degli ostacoli di natura economica e sociale dei cittadini/e e dei lavoratori/trici che di fatto incidono negativamente sui complessivi livelli di salute pubblica;
- la promozione e l'affermazione della ricerca scientifica e della medicina pubbliche mediante un'azione efficace di partecipazione dei soggetti sociali alle scelte politiche, culturali, scientifiche e sanitarie che direttamente o indirettamente li riguardano;
- lo svolgimento di attività di studio, ricerca, documentazione sul tema della tutela della salute a vantaggio di soggetti pubblici e privati;
- lo svolgimento di attività di divulgazione e di formazione di operatori del servizio sanitario, nonchè di altri soggetti operanti, a vario titolo, in attività aventi rilievo medico - scientifico e\o collegamenti con materie medico - scientifiche, secondo i principi di una medicina preventiva, sociale, collettiva ed umana;
- il conseguimento dei fini sociali, attraverso la promozione di iniziative socio-culturali e scientifiche.

Salute Pubblica è un'associazione autofinanziata, non riceve contributi pubblici né da imprese commerciali o industriali, ma solo da privati cittadini.

In questa pubblicazione proponiamo una selezione di interventi sui temi trattati in questi anni.

Salute Pubblica

Raccolta periodica - Numero gratuito Anno 2016
Registrazione al Tribunale di Brindisi n. 7/12 R.G. Stampa del 15/05/2012
Direttore Responsabile: **Maurizio Portaluri**

REDAZIONE
Via Appia, 64 - 72100 Brindisi
salutepubblicapress@gmail.com

COMITATO DI REDAZIONE
Marco Alvisi
Stefano De Guido
Stefano Palmisano
Maurizio Portaluri
Ida Santoro
Gino Stasi

Foto **Ida Santoro**
Stampa **Essenne** Brindisi

Pubblicazione finanziata con il Concorso "COMUNICA LE TUE IDEE" 2015
bandito dal CSV Poiesis della Provincia di Brindisi

Sommario

- **Tempi di attesa e rischio corruzione** 4
  di **Maurizio Portaluri** · 9 giugno 2016
- **Val D'Agri: un disastro annunciato** 6
  di **Stefano Palmisano** · 9 Aprile 2016
- **I pagamenti influenzano i medici, abbiamo le prove!** 7
  Libera traduzione e adattamento di **Giovanni Peronato** · 2 aprile 2016
- **Contratto Ikea, carichi di lavoro e distress lavorativo** 8
  di **Vito Totire** · 11 gennaio 2016
- **Tra i quartieri di Brindisi importanti differenze di mortalità** 9
  di **Salute Pubblica** · 17 Ottobre 2015
- **Centrali a carbone: partire dal danno sanitario** 11
  di **Salute Pubblica** · 30 settembre 2015
- **Audizione in senato per gli esperti del CNR che stimano fino a 44 morti all'anno per le emissioni della centrale di Cerano** 13
  di **Salute Pubblica** · 22 luglio 2015
- **Sorveglianza medica lavoratori: diagnosi precoce per gli ex esposti, prevenzione primaria per quelli ancora esposti** 14
  di **Salute Pubblica** · 2 Luglio 2015
- **Manfredonia: l'albero piantato da Nicola Lovecchio ha dato i suoi frutti** 14
  di **Maurizio Portaluri** · 22 giugno 2015
- **Come stiamo in salute?** 16
  di **Patrizia Gentilini** · 14 novembre 2014
- **Quando si riduce l'inquinamento atmosferico migliora la salute!** 17
  di **Salute Pubblica** · 14 Settembre 2014
- **Merck Sharp&Dohme non gradisce l'informazione indipendente sui farmaci ed attacca la ASL di Milano. Poi fa marcia indietro** 18
  di **Salute Pubblica** · 17 Luglio 2014
- **Malformazioni congenite più frequenti quando gli inquinanti atmosferici sono più elevati. Pubblicato lo studio del CNR sul polo industriale di Brindisi** 19
  di **Salute Pubblica** · 9 gennaio 2014
- **Il codice 048 e la conta dei tumori** 20
  di **Salute Pubblica** · 5 settembre 2013
- **Una storia disonesta** 21
  di **Stefano Palmisano** · 17 giugno 2013
- **Come vengono smaltite le ceneri delle centrali a carbone?** 24
  di **Salute Pubblica** · 28 Settembre 2012

Tempi di attesa e rischio corruzione

di **Maurizio Portaluri** · 9 giugno 2016

In occasione della prima giornata nazionale contro la corruzione in sanità, svoltasi 6 aprile scorso, il presidente della Autorità Nazionale Anticorruzione, Raffaele Cantone, ha indicato nelle liste di attesa uno degli snodi problematici della corruzione in questo settore.

Le cause di queste attese sono varie ma proprio in queste settimane il presidente della Regione Toscana, Enrico Rossi, ha attribuito una notevole responsabilità all'attività libero professionale che i medici pubblici possono svolgere nei riguardi dei pazienti paganti in proprio. "Abolire l'intramoenia, fonte di diseguaglianza e corruzione" ha scritto su Twitter il presidente toscano annunciando un provvedimento legislativo correttivo entro 2 mesi ed ha aggiunto: "La libera professione intramoenia ed extramoenia è ormai diventata un'indecenza, Abolendola d'incanto spariranno le liste d'attesa."

La Regione Toscana non è nuova per iniziative su questo tema. Allora Rossi era assessore alla sanità. Aveva resistito con successo dinanzi alla Corte Costituzionale contro la riforma alla legge Bindi operata dal Governo Berlusconi che permetteva l'attribuzione di incarichi dirigenziali a medici che scegliessero l'extramoenia, ripristinando così la precedente norma che la vietava. Inoltre nel 2009 decideva di abolire la doppia lista per gli interventi chirurgici, quella dei paganti in proprio e quelle a carico del pubblico.

Da sempre si sono levate voci critiche nei riguardi di questo istituto, davvero singolare nel panorama della pubblica amministrazione, secondo il quale il medico del servizio pubblico può erogare la stessa prestazione nei riguardi dello stesso utente con spesa o a carico dell'erario oppure a carico del paziente.

Dopo la sortita del Presidente Rossi anche Cittadinanzattiva, storica associazione a tutela dei diritti del malato da sempre critica nei riguardi dell'ALPI, riprendeva il tema: *"è urgente che le istituzioni se ne occupino subito e basterebbe iniziare da quattro interventi: approvazione di una norma nazionale che preveda l'obbligo di sospensione automatica dell'attività intramoenia, da parte di regioni e ASL, quando i suoi tempi di attesa prospettati ai cittadini siano inferiori a quelli del canale istituzionale; verifica costante del rispetto sostanziale della normativa che già regola abbondantemente l'intramoenia come la legge 120 del 2007, ancora troppo disattesa; approvazione di un nuovo Piano Nazionale per il governo dei tempi di attesa, scaduto ormai da oltre 3 anni, prendendo a riferimento la buona pratica della Regione Emilia Romagna con il suo Piano regionale sulle liste di attesa; l'implementazione sostanziale delle raccomandazioni ANAC e verifica periodica. Queste sono solo alcune delle azioni che le istituzioni dovrebbero mettere in campo per poter dire di essere impegnate nella tutela di un Servizio Sanitario Pubblico, universale, equo e solidale".* Ma si tratta pur sempre di una proposta all'interno dell'ordinamento vigente, fondato essenzialmente su controlli e verifiche, che come si vedrà, non vengono quasi mai realizzati.

I sindacati medici hanno ovviamente contestato queste dichiarazioni sostenendo che l'ALPI rappresenta solo una piccola parte della attività dei medici pubblici e che quindi non può essere responsabile dell'allungamento dei tempi di attesa. Un'altra obiezione ai critici di questo istituto è quella che i medici sarebbero pagati poco e che l'ALPI surrogherebbe questa carenza della Stato.

Si tratta di obiezioni deboli in quanto talvolta l'ALPI si pone come una vera e propria attività concorrenziale rispetto all'attività pubblica: la prestazione pubblica ha lunghi tempi di attesa, quella privata ne ha di bravissimi. Inoltre quante volte deve pagare il cittadino l'assistenza sanitaria: prima con la tassazione del reddito, poi con il ticket infine con l'ALPI?

In Puglia proprio in questi giorni il M5S ha presentato una mozione in consiglio regionale per chiedere alla Giunta regionale di schierarsi contro l'ALPI. *"L'attività professionale di intramoenia così come di extramoenia esercitata dei medici del SSN è oramai una palese stortura prevista dal nostro ordinamento, che costituisce non solo una forma di evidente conflitto di interessi e quindi di rischio speculativo da parte dei sanitari, ma contribuisce direttamente all'allungamento delle liste d'attesa e quindi ad inquinare una delle basi fondanti del nostro sistema sanitario, ovvero il principio di appropriatezza."*

Ma in realtà le normative prevedono controlli e verifiche ma è necessario chiedersi se vengono svolti. Il regolamento dell'Emilia Romagna a riguardo prevede sin dal 2013 che *"l'Azienda (sanitaria, ndr), in presenza di lunghi tempi di attesa, ovvero oltre gli standard previsti dalla normativa regionale vigente, ridefinisce i volumi concordati di attività libero professionale fino al ristabilimento del diritto di accesso alle prestazioni nei tempi massimi previsti per l'attività istituzionale. Il perdurare di lunghi tempi di attesa e il mancato rispetto dei volumi e delle modalità di erogazione concordati comportano, per i dirigenti/équipe coinvolti, la sospensione dell'attività libero professionale fino al rientro dei tempi nei valori standard fissati, che costituiscono un diritto del cittadino. Anche in presenza di liste d'attesa compatibili con la normativa vigente, devono essere garantiti i sistemi di monitoraggio dei volumi di attività in modo da assicurare che, complessivamente intesa, per unità operativa o specialità, l'attività istituzionale sia comunque prevalente rispetto a quella libero professionale."*

Anche la Regione Puglia l'11 febbraio scorso ha emanato un regolamento sulla questione, il quale tra l'altro prevede quanto la legge del 2007 aveva già indicato: *"garantire l'allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di ALPI, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale. Controllare che i volumi delle prestazioni libero professionali non superino quelli eseguiti nell'orario di lavoro secondo criteri di omogeneità di tipologie di attività. Vigilare in modo che tutti i dirigenti in regime di intramuraria ovvero in regime extramoenia effettuino le prestazioni istituzionali, nel rispetto dei tempi medi stabiliti."*

In Puglia non è prevista la sospensione dell'intramoenia come in Emilia Romagna nei casi di sforamento dei tempi si attesa e si prevede in fondo, quasi a giustificazione, che la carenza di organico possa rappresentare una attenuante e quasi una giustificazione per il disallineamento dei tempi tra l'attività pubblica e privata. La proposta pugliese è quindi più "annacquata" e presenta al suo interno in fondo delle scappatoie. Ci si chiede se sia stata scritta con l'occhio prevalentemente rivolto agli interessi dei cittadini o di chi fa l'ALPI.

La nuova normativa regionale prevede l'Organismo Paritetico di Promozione e Verifica dell'ALPI che avrà il compito di tenere sotto controllo la situazione. Ma gli organismi sinora previsti, come la Commissione Aziendale di Verifica e Vigilanza come hanno operato, hanno vigilato, hanno relazionato annualmente ai direttori generali sullo stato delle cose? Il dubbio che si siano limitate a registrare lo status quo è legittimo se i tempi di attesa in alcune branche continua ad essere tanto lunghi. Ma la politica del controllo evidentemente non basta. Portare correttivi alla normativa in vigore non è sufficiente. L'attività professionale dei medici comunque intesa rappresenta una sempre più evidente stortura del Servizio Pubblico, una forma di concorrenza sleale che contribuisce all'allungamento dei tempi d'attesa e pertanto è interesse dei cittadini abolirla.

Val D'Agri:
un disastro annunciato

di **Stefano Palmisano** · 9 aprile 2016

"Eccesso di mortalità per tumori maligni allo stomaco, per infarto del miocardio, per le malattie del sistema respiratorio nel loro complesso, per le malattie dell'apparato digerente nel loro complesso". In più per i soli uomini residenti nei comuni presi in esame *"si rilevano ulteriori eccessi per la mortalità generale, per leucemia linfoide (acuta e cronica), per diabete mellito insulino-dipendente, per le malattie del sistema circolatorio nel loro complesso (ed, in particolare, per le cardiopatie ischemiche), per le malattie respiratorie croniche"*. Per le donne invece *"si riscontrano ulteriori eccessi di mortalità per le malattie respiratorie acute"*.
A quanto si legge sul sito "ilfattoquotidiano.it", questi sarebbero i risultati emersi da un'indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità su venti comuni della Val d'Agri e già consegnata alla Regione Basilicata, ma da questa ancora non pubblicata. L'Istituto specifica che il tipo di indagine svolto *"non permette di stabilire sicuri nessi di causalità tra l'esposizione ad inquinanti ambientali e stato di salute della popolazione"*, ma spiega che le esposizioni potrebbero *"costituire una eventuale concausa"*. Da qui dovrebbe partire il "dibattito pubblico" sugli effetti dell'inondazione di petrolio che ha insozzato l'ambiente lucano e pezzi significativi delle "classi dirigenti" nazionali; quando mai queste ultime avessero necessità degli schizzi di quel fiume sporco per macchiare la loro immagine non precisamente immacolata.
Chi ha trivellato ha estratto e portato via il petrolio, i profitti e lasciato sul territorio solo le scorie, i rifiuti, i costi, ambientali e sanitari. E' un classico, specie in questo Paese, specie in questa parte di Paese, del rapporto tra i territori e le loro ricchezze.

Quand'anche di quel rapporto causale tra l'inquinamento da petrolio e lo stato di salute e soprattutto di malattia degli uomini, delle donne e dei bambini della Val d'Agri vi dovesse essere anche solo un'eventualità, sarebbe, dovrebbe esser più che sufficiente, per chi ha responsabilità di governo e di controllo a tutti i livelli, per adottare tutte le misure idonee, nessuna esclusa, a tutelare compiutamente l'ambiente, la salute e la vita di quelle popolazioni. Sull'assunto che questi ultimi sono, devono essere i beni prioritari nella considerazione e nella conseguente azione di governanti e controllori, come sancisce la nostra Carta Costituzionale. Si chiama "principio di precauzione", ed è una delle regole fondative della politica ambientale e sanitaria di questo Paese, ma, ancor prima, dell'Unione Europea.
Ancora una volta, invece, tutto accade, tutto veniamo a sapere solo perché intervengono uomini e donne in toga, facendo solo il loro dovere, ma perciò stesso effettuando l'esecrata opera di "supplenza" nei confronti di quegli organi pubblici che con il loro dovere hanno, invece, un rapporto evidentemente più critico.
Sul punto, il Procuratore capo di Potenza afferma, in un suo comunicato, che non sono in corso indagini per disastro ambientale. Noi ci guardiamo bene dal voler insegnare il loro mestiere agli altri, specie quando si tratta di magistrati; e siamo perfettamente consapevoli che, per una elementare questione di serietà, le valutazioni su una vicenda processuale si fanno con cognizione di causa, ossia dopo aver letto le carte.
Ma, che il procedimento per disastro ci sia o meno, non sappiamo perché il Procuratore abbia sentito la necessità di emettere una nota del genere.
Sappiamo, però, che dal maggio 2015, il disastro ambientale, nel codice penale, è costituito, alternativamente, da una serie di condotte contro l'ambiente o contro l'incolumità pubblica: "1) l'alterazione irreversibile dell'equilibrio di un ecosistema; 2) l'alterazione dell'equilibrio di un ecosistema la cui eliminazione risulti particolarmente onerosa e conseguibile solo con provvedimenti eccezionali; 3) l'offesa alla pubblica incolumità in ragione della rilevanza del fatto per l'estensione della compromissione o dei suoi effetti lesivi ovvero per il numero delle persone offese o esposte a pericolo."

Condotte che, in alcuni casi, riecheggiano assai da vicino quello che, a quanto pare, è accaduto in Val d'Agri. Ma, soprattutto, sappiamo che quando una popolazione subisce un attentato al suo territorio, alla sua salute deve esercitare il suo diritto – dovere di controllo civile, di vigilanza democratica subito e senza zone franche. Fermo il rispetto per le prerogative degli organi istituzionali, questo principio deve valere anche quando si tratta di organi di giustizia. Perché poi, per quella popolazione, può essere troppo tardi: per tutelare seriamente il suo territorio e la sua salute, ma anche solo per avere giustizia.
Questa è la triste lezione che noi abbiamo imparato sul nostro territorio.
Chi, a livello di decisione amministrativa e soprattutto politica, ha autorizzato l'estrazione del petrolio e dei profitti dalla Val d'Agri e non ha vigilato sullo smaltimento dei rifiuti e, più in generale, sui costi ambientali connessi a quell'estrazione, chi ha colluso con quei trivellatori dell'ambiente e della salute pubblica lucani, nonché dell'etica civile del Paese, oggi, in larga parte, invita gli uomini e le donne di questo Paese a boicottare il referendum contro le trivelle in mare, ma che ha, ovviamente, uno straordinario significato politico - culturale nei confronti di tutte le trivelle; per non dire di questa idea di sviluppo, di questo sistema politico - economico.
In pratica, li invita a boicottare uno degli ultimi strumenti di partecipazione democratica, cioè di autodifesa collettiva, a loro disposizione. Chissà che quegli uomini e quelle donne, come accadde già cinque anni fa con i referendum in materia di acqua e di nucleare, non dimostrino a lorsignori che le trivelle al massimo possono devastare un territorio, anche ampio, e la salute di chi ci vive, ma non la mente di un popolo.

I pagamenti influenzano i medici, abbiamo le prove!

Libera traduzione e adattamento
di **Giovanni Peronato*** · 2 aprile 2016

Più soldi un medico riceve dalle aziende farmaceutiche più farmaci brand prescrive, anche un solo pasto offerto può fare la differenza.
Così recita il sottotitolo di un recentissimo documento di ProPublica. L'analisi è stata resa disponibile in dettaglio questo mese (marzo 2016) e pubblicata sul web. Si tratta di uno studio comparativo dei dati relativi ai pagamenti in denaro o altro (pasti) e l'attività prescrittiva dei medici beneficiari. La conclusione è che ricevere compensi a vario titolo comporta una maggiore quantità di prescrizione di farmaci o presidi medicali e soprattutto di prodotti più costosi in quanto sotto copertura di brevetto, i cosiddetti *branded*. I medici che non avevano ricevuto nulla dalle case farmaceutiche avevano invece una prescrizione più modesta e con meno farmaci griffati.

ProPubica è una organizzazione di giornalisti investigativi indipendenti che lavora indagando sui rapporti fra industria del farmaco e medici negli Stati Uniti. Nel 2010 uscì allo scoperto con la campagna *Dollars for Docs* nella quale erano stati messi in rete i nomi di alcuni medici USA con i relativi pagamenti da parte delle case farmaceutiche, per dare modo al pubblico di conoscere le informazioni rese note durante dibattimenti processuali. Con questa inchiesta uno dei suoi giornalisti vinse il premio Pulitzer. Era un primo tentativo empirico per dimostrare che si prescrivono più farmaci e presidi medicali (*devices*) quando si è stati pagati dall'industria.

Nel 2013 ProPublica introduceva il cosiddetto Prescriber Checkup, uno strumento per controllare quanto prescriveva il proprio medico attraverso le assicurazioni statali (Medicare). Nel 2014 (da gennaio a dicembre compresi) infine sono stati pubblicati i dati completi dei pagamenti di tutte le aziende produttrici di farmaci o devices a tutti medici US. Questo è stato possibile tramite il provvedimento denominato *Affordable Care Act*, altrimenti noto come *Sunshine Act*.
Con questo strumento è stato possibile stabilire con certezza che chi riceve finanziamenti prescrive di più e viceversa. E' stato anche accertato come l'attività prescrittiva dei nuovi prodotti si riferisce spesso a farmaci non innovativi, copia di prodotti già esistenti, nati al solo scopo di erodere quote di mercato.
I giornalisti di ProPublica hanno monitorato circa 150mila medici tra quelli che avevano ricevuto più di 1000$ di pagamenti e suddivisi per 5 specialità, medici di famiglia, internisti, cardiologi, psichiatri ed oculisti. Tra questi gli oculisti sono risultati quelli che prescrivono più farmaci branded, seguiti da internisti e medici di famiglia, in coda cardiologi e psichiatri.
Attraverso un calcolo statistico si è arrivati a stabilire una correlazione altamente significativa (RR con 95% CI) tra medici che ricevono o non ricevono pagamenti e la loro prescrizione di farmaci branded.
I medici sono stati divisi in più categorie a seconda dei finanziamenti ricevuti, da uno più di 5000$. In quest'ultima classe le differenze si sono rivelate più sostanziali. Chi ha ricevuto più di 5000$ in un anno aveva dal 18 al 64% maggiori probabilità di prescrivere farmaci branded rispetto alla media.
Sono stati *definiti very high brand-name prescribers* quei medici con percentuale di prescrizioni maggiore di almeno due deviazioni standard dalla media per la loro specialità. I medici che avevano ricevuto compensi in danaro avevano da due a tre volte più probabilità di rientrare in questa categoria.

L'analisi ha compreso anche l'influenza per diverse forme di pagamento. Ricevere danaro per parlare in pubblico o avere pranzi e colazioni pagati aveva comportato una maggiore attività prescrittiva rispetto al ricevere somme di danaro.
Nelle considerazioni finali ProPublica dichiara onestamente di non conoscere (né aver cercato di stabilire) se vi sia necessariamente un link causale tra iper prescrizione e finanziamenti ricevuti. E' in linea teorica possibile che vi sia soltanto una maggiore fiducia nei farmaci branded da parte di alcuni soggetti e che le case farmaceutiche finanzino di più i medici che già di per sé hanno una maggiore propensione prescrittiva. E' possibile che in alcuni casi il medico non sappia che il pranzo gli è stato offerto da un'industria farmaceutica e che sia già un prescrittore di farmaci griffati.
Alla fine però una cosa è certa, i medici che hanno ricevuto pagamenti prescrivono da due a tre volte più farmaci costosi e coperti da brevetto, prodotti che non offrono nulla di più dei loro concorrenti.
Esistono numerosi studi infatti che attestano come la validità dei farmaci 'generici' sia la stessa dei farmaci branded, uno per tutti la ricerca sistematica di Aaron Kesselheim pubblicata nel 2008 su JAMA.
I branded sono pubblicizzati con maggiore forza dei generici e anche se alcuni non hanno una versione generica equivalente, c'è sempre un prodotto non griffato che ha caratteristiche similari.
Anche il paziente non percepisce la differenza in quanto a 'soddisfazione', come una specifica indagine di ProPublica ha testimoniato di recente. L'indagine è stata condotta su 4 statine branded e i loro equivalenti generici e su alcuni farmaci antidepressivi tra i più prescritti. Difficile dunque sostenere che il farmaco branded possieda qualcosa di più del suo equivalente generico.
Per Big Pharma invece Il rapporto fra quantità/qualità delle prescrizioni e danaro ricevuto non esiste. Nel marzo del 2011, in una survey condotta da PHRMA (istituto di ricerca finanziato da Big Pharma) su 508 medici US di tutte le specialità, la maggioranza degli intervistati dichiarava che le prescrizioni sono condizionate solo dalle conoscenze scientifiche e dall'esperienza. Chi prescrive di più lo fa per maggiore attenzione verso i propri assistiti. Al contrario nella ricerca di ProPublica esistono numerosi esempi che contraddicono quanto sostenuto da BigPharma. Un medico di famiglia dei New Jersey, che aveva ricevuto 66.800$ nel 2014 dalle case farmaceutiche, ha prescritto nel contempo il doppio di farmaci griffati. Più onestamente un altro medico di famiglia alle soglie della pensione, che aveva ricevuto 11.700$, ha dichiarato che il suo stipendio sarebbe stato insufficiente senza il contributo dell'industria. Un terzo medico intervistato, che aveva ricevuto 53.400$, ha minacciato azioni legali affermando che quel contributo professionale era del tutto consentito dalla legge.
L'indagine sulla attività prescrittiva dei medici segna differenze significative da stato a stato, com'era da aspettarsi, ma la consuetudine dei pagamenti è risultata omogeneamente diffusa. Nella ricerca di ProPublica non sono stati inclusi i pagamenti per motivi di ricerca (fanno parte di un'altra indagine), ma solo quelli per dibattiti promozionali, consulenze, viaggi, pasti, regali e altro. Uno dei commenti finali più significativi sottolinea come i pagamenti ai medici producono un circolo vizioso. Più danaro ricevuto, maggiore prescrizione di farmaci costosi da parte di quei medici che riceveranno in futuro più attenzione dalle case farmaceutiche.

*Giovanni Peronato - Gruppo NOGRAZIEPAGOIO

Contratto Ikea, carichi di lavoro e distress lavorativo

di **Vito Totire*** · 11 gennaio 2016

Non vogliamo "mettere il naso" nelle relazioni sindacali ma il problema del distress lavorativo riguarda tutti e si ripercuote nel sociale. Oltretutto da un lato noi "comuni mortali" vorremmo capire meglio, dall'altro alto come potenziali consumatori Ikea ci riserviamo di decidere se continuare a acquistare lì o no.
Ora: siamo contrari al lavoro nei giorni festivi; riteniamo che esso sia fonte di distress e di deprivazione sociale. Siamo favorevoli al lavoro festivo solo per ragioni di pubblica necessità; nel modello (universalmente riconosciuto) di valutazione del distress secondo Karasek ad un aumento del carico di lavoro occorre far corrispondere un aumento della autonomia e/o un aumento della "ricompensa";
l'aumento della retribuzione del 20% per il lavoro festivo è inadeguato e comunque l'aumento non può e non deve essere legato alla crescita del fatturato; mettiamoci nei panni di chi viene obbligato al lavoro festivo: deve sperare che ci sia un afflusso di clienti?
E' il modello capitalistico/giapponese, negativo per la psiche umana; il lavoratore viene spinto ad identificarsi con la "sua " azienda...secondo una proposta di sociologi e psicologi, anche solo il fardello di 2 ore quotidiane di tempo per il trasporto casa/lavoro "merita" una retribuzione del 30% in più; ovviamente non se ne è fatto nulla anche se la proposta, nella sua provocatorietà è utile per spingere alla razionalizzazione dei percorsi e delle sedi aziendali ed a stimolare il mitico "telelavoro", ove possibile...
Il fatto che a livello nazionale il 75% dei lavoratori abbia votato a favore dei contenuti dell'accordo non abbassa il tasso di costrittività per chi l'accordo non lo condivide ma è dubbio che la adesione del 75% sia stata davvero spontanea in relazione al "clima" attuale di paura per la perdita del posto di lavoro; come dire: meglio che il datore di lavoro si chiami Ikea che non Saeco...a nostro modesto parere chi ha votato contro è più lungimirante e magari può contare su minori ammortizzatori sociali; vada come vada: col 75 % di adesioni "col cuccio" come si dice a Bologna, e il 25% dei contrari, alla fine il numero dei lavoratori insoddisfatti del proprio lavoro cresce.

Riteniamo che, ammesso sia stata fatta, a tutt'oggi, una valutazione attendibile del distress lavorativo entro Ikea sicuramente merita di essere aggiornata, tra un po' per monitorare gli eventi, per evitare che tutto passi in cavalleria e che, come dice la Unione europea, continui ad affermarsi il sistema della privatizzazione dei profitti e della socializzazione delle perdite. Non paga nessuno con la eccezione forse di una grande azienda (non è Ikea) che (magnanimamente) fornisce la assistenza psichiatrica gratuita piuttosto che prevenire il distress e le costrittività organizzative...Mentre lo slogan fondante della riforma sanitaria era (è) "meglio prevenire che curare", qui la linea è" meglio psichiatrizzare che prevenire"
Infatti le conseguenze del distress lavorativo, al momento, non le "paga" nessuno, nemmeno l'Inail che non riconosce mai gli infarti come malattia professionale correlata al distress ma solo come infortunio acuto...
E se in un gruppo di lavoratori, cresciuta la costrittività aumenta il consumo di tranquillanti o di sigarette? Meglio aumenta il PIL e la vicina (vicina a Casalecchio) fabbrica di sigarette assume qualcuno in più...
Vorremmo meno distress occupazionale e più benessere per tutti; il contratto Ikea non va in questa direzione.

*Medico del lavoro/psichiatra
Coordinatore *Centro studi per il benessere lavorativo*
Bologna

Tra i quartieri di Brindisi iportanti differenze di mortalità

di **Salute Pubblica** · 17 ottobre 2015

In questo Dossier Salute Pubblica presenta i dati di mortalità per tutte le cause dal 2002 al 2014 nel Comune di Brindisi e nei diversi quartieri. E' la prima volta che si pubblicano dati di mortalità sub-comunali. L'analisi è stata condotta su dati dell'Anagrafe Comunale, quindi facilmente accessibili. I dati mostrano interessanti differenze ed indicano aree di chiaro svantaggio.

La mortalità generale nei quartieri del Comune di Brindisi 2002-2014
La mortalità generale è un indicatore di salute facilmente reperibile ormai anche nelle anagrafi comunali. Di contro è un indicatore generico, grossolano, che non permette di evidenziare le cause delle variabilità individuate. Tuttavia rappresenta una base per ulteriori approfondimenti e per interventi politici e sociali immediati. Brindisi è un Comune all'interno di un'area a elevato rischio di crisi ambientale e oggetto dei piani di risanamento approvati con DPR 23 aprile 1998, confermati dall'articolo 6 (Piano regionale di intervento) della legge regionale 7 maggio 2008, n. 6 (Disposizioni in materia di incidenti rilevanti connessi con determinate sostanze pericolose), nonché alle aree dichiarate Siti di interesse nazionale di bonifica ai sensi del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152.

Dal luglio al dicembre 2012 presso l'amministrazione comunale ha operato un tavolo tecnico che ha sintetizzato le evidenze ambientali e sanitarie relative all'area inquinata pubblicate sul sito del Comune. Una delle numerose indicazioni emerse da tale attività riguardava la necessità di svolgere studi epidemiologici subcomunali dal momento che la posizione geografica della citta rispetto al SIN e la prevalenza dei venti indicano che non tutta la popolazione cittadina è ugualmente esposta all'inquinamento atmosferico. In attesa che questo studio sia condotto dalle istituzioni preposte, si è voluto sperimentare la fattibilità dell'utilizzo dell'anagrafe comunale per valutazioni sanitarie generali e rapide.

Materiali e metodi
Si sono quindi richiesti all'Anagrafe Comunale i decessi dal 2002 al 2014 distinti per anno, sesso, età, delegazione di residenza. Sono inclusi i decessi dei residenti in quel momento anche fuori del Comune. I dati sono stati suddivisi per fasce di età di cinque anni ciascuna. I decessi sino stati standardizzati sulla base della composizione anagrafica di ciascuna delegazione in modo di escludere la sua influenza sulla mortalità. Il riferimento assunto è la mortalità generale in tutta la città. Sono stati calcolati i rapporti standardizzati di mortalità (SMR=standardized mortality ratio) per anno, sesso e delegazione di residenza. Lo stesso calcolo è stato condotto per la fascia di età 35- 64 anni ritenuta maggiormente esposta a rischi lavorativi. Infine si è calcolato il rapporto dei sessi alla nascita che è ritenuto un indice di pressione ambientale. La delegazione Perrino include i quartieri Perrino, San Pietro, San Paolo e Bozzano.

Risultati
La mortalità generale è maggiore della media cittadina su tutto il periodo considerato (2002-2014), sia per i maschi che per le donne, nelle delegazioni S. Elia, Paradiso e Centro, solo nei maschi nella delegazione Tuturano. Analizzando i dati per triennio si osservano eccessi molto alti al S. Elia, Paradiso (solo maschi) e Perrino nel triennio 2002-2004. Il triennio 2008-2010 è sfavorevole alle donne in diverse delegazioni con un eccesso del 29% al Paradiso. L'analisi della mortalità nella fascia di età 35-64 conferma l'eccesso nelle delegazioni Paradiso e Centro, sia nei maschi che nelle donne, a S. Elia nei maschi, ai Cappuccini nelle donne. Nel triennio 2002-2004 eccessi in entrambi i sessi al Perrino e a S. Elia. Nel triennio 2005- 2007 eccessi in entrambi i sessi al Centro e al Paradiso (Tab. 8). Anche per questa fascia di età il triennio 2008-2010 appare sfavorevole per le donne in 5 su 8 delegazioni con un picco al Paradiso del 28%. Il rapporto nei sessi alla nascita su tutto il periodo di studio si osserva un inversione del normale rapporto al Centro e al Paradiso, a Tuturano dal 2008-2010, al Perrino negli anni 2006, 2007, 2009, 2011-2012, Cappuccini 2008-2010 e 2012-2014.

Conclusioni
La mortalità è un indicatore generico delle condizioni socio-economiche e sanitarie di una popolazione. L'analisi dei decessi forniti da una anagrafe comunale permette di ottenere dati di mortalità generale ed un quadro di insieme facilmente aggiornabile. Quale ulteriore limite dello studio non si conosce la durata della residenza nel quartiere né eventuali esposizioni occupazionali dei residenti. Infine, se volessimo isolare esclusivamente la componente ambientale, dovremmo tener conto dei fattori socio economici. I dati rilevati nel Comune di Brindisi dal 2002 al 2014 mostrano differenze di mortalità per tutte le cause tra le diverse delegazioni ed individuano alcuni svantaggi nei quartieri Paradiso, S. Elia e Centro su tutto il periodo ed in entrambi i sessi. Poiché tali variazioni non possono essere attribuite alla diversa composizione in età delle delegazioni, trovano spiegazione in altre cause, probabilmente socio-economiche ed ambientali. Il quadro va quindi integrato con indicatori del tipo accennato.

Lo studio integrale con le tabelle può essere richiesto a salutepubblicapress@gmail.com

Centrali a carbone: partire dal danno sanitario

di **Salute Pubblica** · 30 settembre 2015

La Centrale a carbone ENEL di Brindisi è sotto i riflettori del sistema autorizzativo ma anche del mondo scientifico. La riapertura dell'Autorizzazione Integrata Ambientale presso il Ministero dell'Ambiente coincide con il rilascio di una versione definita dall'ARPA Puglia stessa "speditiva" (potremmo tradurre il termine inconsueto con spiccia o forse meglio preliminare) della Valutazione del Danno Sanitario (VDS) istituita da una Legge della Regione Puglia nel 2012 che tutte le grandi aziende hanno subito contrastato con un ricorso al TAR. Ma coincide anche con la pubblicazione di un lavoro scientifico di alcuni ricercatori del CNR che quantifica le morti attribuibili al particolato primario e secondario della megacentrale di Cerano, operativa dal 1993, una delle più grandi d'Europa. Lo studio CNR stima 1-7 decessi attribuibili per il particolato primario, 7-44 per il secondario.

La novità di tali apporti scientifici sta nel fatto che diviene nozione largamente condiviso l'esistenza di effetti sulla salute anche all'interno, e quindi nel rispetto, dei limiti di emissione di un impianto pericoloso. Pertanto non è più sufficiente che le emissioni garantiscano tali limiti, ma bisogna ragionare sul rischio accettabile per la salute.
Il Forum Ambiente Salute e Sviluppo di Brindisi ha colto l'occasione del riesame dell'AIA per presentare al Governo, alla Regione e al Sindaco di Brindisi, in una lettera aperta che di seguito si riporta integralmente, la necessità di cambiare paradigma proprio alla luce delle recenti evidenze scientifiche, stabilendo, cioè, le prescrizioni di emissione a partire dall'impatto sanitario stimato, cioè dai decessi attribuibili, quindi dalla loro riduzione, per risalire ai limiti di attività da includere conseguentemente nell'AIA.

LETTERA APERTA
"Apprendiamo dalla stampa dell'interesse dell'Amministrazione Comunale di Brindisi a svolgere un ruolo attivo nel procedimento di riesame dell'autorizzazione integrata ambientale (AIA) per la Centrale Enel di Cerano. Negli ultimi mesi, la Centrale è stata oggetto dell'attenzione di istituzioni di controllo e di ricerca regionali e nazionali. Infatti, diverse istituzioni hanno pubblicato rapporti scientifici sull'impatto e sul danno causato dalla Centrale e presentato le stesse anche a Brindisi in occasione di un Convegno promosso da Asl ed Arpa il 14 settembre scorso. In questo documento, passiamo brevemente in rassegna le conclusioni che se ne possono trarre e formuliamo alcune proposte operative.

La Valutazione del Danno Sanitario di ARPA, ASL e ARES
Nella VDS gli autori svolgono quello che in gergo è definito un risk assessment (RA, valutazione del rischio). Con questa valutazione gli autori stimano, infatti, il rischio di sviluppare il cancro per via inalatoria; e un indice di rischio per malattie respiratorie. La VDS ha stimato, dunque, i danni delle sostanze cancerogene contenute nel cosiddetto particolato primario.

Gli autori hanno stimato per la stessa tipologia di emissione anche il rischio non-cancerogeno. Con riferimento al solo rischio cancerogeno e valutando solo il particolato primario e le emissioni prodotte dall'erosione eolica del parco carbonile, dalla movimentazione, dal traffico e dalle attività portuali, ARPA, ASL e ARES rilevano un rischio cancerogeno di 0,3/10000 esposti e un rischio non-cancerogeno che riporta l'esistenza di un pericolo in quanto i dati sanitari risultano in eccesso rispetto al riferimento assunto.

L'articolo di Mangia e altri del CNR

Gli autori hanno seguito un approccio differente, la valutazione integrata di impatto ambientale e sanitario (VIIAS); hanno utilizzato coefficienti di rischio che pervengono non da studi su animali ma da studi su persone e, nel caso specifico, da studi epidemiologici svolti sulle popolazioni esposte a concentrazioni di particolato (PM2.5). Nell'articolo hanno stimato l'impatto sia del particolato primario emesso dal camino della Centrale sia del particolato secondario che si forma anche a diverse decine di chilometri dal camino (elemento non presente nella VDS). Infine, gli autori hanno calcolato i morti, per qualsiasi causa e dunque non solo per cancro, attribuibili a questo inquinamento (particolato primario + particolato secondario) sulla base delle morti che realmente si sono verificate nell'area in studio, comprendente 120 comuni delle province di Brindisi Lecce e Taranto, nell'anno di studio (2006).

Alcune considerazioni critiche

È evidente, anche per i non addetti ai lavori, il diverso approccio contenuto nell'articolo dei ricercatori del CNR. Con questo approccio, noto e contemplato in documenti scientifici internazionali ed anche in linee guida nazionali, i ricercatori del CNR ci consentono di spostare l'attenzione su ciò che realmente è di interesse per la salvaguardia della salute pubblica e cioè gli eventi sanitari, nel caso specifico i decessi, attribuibili alla centrale. Quest'approccio consente, dunque, un'altra importante operazione: il considerare quale limite da prescrivere alla Centrale un limite ambientale di concentrazioni delle sostanze emesse ai camini derivato da un limite di tipo strettamente sanitario e cioè, per l'appunto, il numero massimo di decessi attribuibili che la comunità è disposta a tollerare. Questo comporta un cambiamento di paradigma culturale e rimette al centro della AIA il concetto di accettabilità del rischio da parte delle popolazioni e dei rappresentanti istituzionali delle medesime.

Proposte operative

Tenuto conto che:

1) l'AIA deve ubbidire alla riduzione del danno ambientale e sulla salute (direttiva IPPC) utilizzando non solo tutte le tecnologie disponibili ma anche tutte le conoscenze disponibili;
2) la valutazione realizzata nell'articolo dei ricercatori del CNR è limitata alle emissioni al camino di particolato ed alle emissioni gassose (NOx e SO2) che sono precursori di particolato secondario;
3) la valutazione dei ricercatori del CNR stima un solo esito sanitario, i decessi per tutte le cause non-accidentali, sul lungo termine e, quindi, rappresenta un danno "di minima" perché non si considerano malattie, acute e croniche, attribuibili alle emissioni della centrale;

la proposta consiste nel basare le indicazioni di contenimento delle emissioni sullo schema suggerito dai ricercatori del Cnr ed integrato con valutazioni di rischio che contemplino altri e/o specifici esiti sanitari avversi, altre sostanze inquinanti, altri comparti ambientali - quali acqua e suolo - ed altre vie di esposizione, per esempio i prodotti agricoli che risentono delle ricadute degli inquinanti provenienti dalla centrale. Questo schema prevede la necessità di esplicitare, prima dell'analisi, il numero di eventi sanitari stimabili che si ritengono accettabili e da questi, a ritroso, ricavare una configurazione delle emissioni con esso compatibili. Inoltre, essendo la stima intrinsecamente incerta, si deve decidere prima se essere conservativi fino al punto di rilasciare solo autorizzazioni che salvaguardino pienamente la salute pubblica. Nel caso auspicabile che si propenda per misure di massima salvaguardia, si devono utilizzare tra le ipotesi fatte per realizzare il procedimento, quelle che realizzano lo scenario peggiore in termini di esiti sanitari.

Operativamente, si propone di:

- integrare, nel procedimento di revisione dell'AIA, la procedura fin qui descritta;
- di decidere in primis una soglia di accettabilità dell'esito sanitario in esame sull'area geografica esposta (es. il rischio di un decesso all'anno? 10? 100?);
- da questa soglia, derivare il regime emissivo compatibile con l'impatto ritenuto accettabile. - sulle emissioni ritenute accettabili, data la pressione ambientale e sanitaria attuale sul territorio, prescrivere forme di compensazione; Queste possono essere emissioni evitate sul territorio attraverso accordi con altri attori (p.es. metanizzazione del trasporto pubblico su gomma) o l'utilizzo di modelli correnti (tra questi per esempio quello dell'Agenzia Ambientale Europea), per stimare le esternalità economiche negative da ripagare.

Per concludere, si vuole sottolineare che le istruttorie AIA ci paiono la sede più opportuna per ragionare sul peso ambientale e sanitario delle attività produttive. La produzione di elettricità dal carbone rimane classificata fra le più impattanti. Oggi abbiamo il modo di ragionare su malattie e decessi: è necessario dunque promuovere modalità di produzione di energia meno nocive e alternative con un programma di medio lungo periodo come è avvenuto in altre parti del mondo come per esempio in North Carolina (USA)

Audizione in Senato

per gli esperti del CNR che stimano fino a 44 morti l'anno per le emissioni della Centrale di Cerano

di **Salute Pubblica** · 22 luglio 2015

La 12° Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica ha predisposto per le ore 14.30 di oggi 22 luglio l'audizione di esperti sulle problematiche relative alla centrale Enel di Cerano (Brindisi) nell'ambito della Indagine Conoscitiva Inquinamento ambientale.

Gli esperti sentiti saranno l'epidemiologo Emilio Gianicolo dell'IFC-CNR ed i fisici dell'ambiente Cristina Mangia e Marco Cervino, fisici dell'ambiente appartenenti all'ISAC-CNR. I tre ricercatori hanno recentemente pubblicato un articolo scientifico "Secondary particulate matter originating from an industrial source and its impact on population health" [Impatto sulla salute della popolazione del particolato secondario originato da una sorgente industriale] Il tema dello studio è l'impatto del particolato primario e secondario sulla salute delle popolazioni. L'articolo ha destato molta attenzione perché, mediante modelli di dispersione ambientale ed utilizzando come caso di studio le emissioni auto dichiarate della centrale Enel di Brindisi-Cerano, si sono stimati, in diversi scenari da 19 a 44 morti all'anno su una popolazione di 1,2 milioni di abitanti esposta nelle tre province salentine (Brindisi, Lecce e Taranto). La stima di impatto non appare totalmente dissimile da quella formulata in modo ancora speditivo dall'ARPA Puglia sullo stesso impianto che parla di 3 decessi su 100.000 abitanti ma che non valuta il particolato secondario, quello in grado di coinvolgere popolazioni anche molto lontane dalla sorgente.

Gli autori, ricercatori pubblici del CNR, sono stati giudicati dal direttore generale dell'ARPA "scientificamente impeccabili", ed il loro studio valutato positivamente in un dibattito interno alla sezione italiana dell'ISDE (International Society of Doctors for Environment)

Gli stessi autori avevano pubblicato qualche anno fa uno studio sulle malformazioni neonatali nel Comune di Brindisi registrando 194 casi di neonati dimessi con una diagnosi di anomalia congenita, con un incremento di circa il 17% rispetto all'atteso rappresentato dal pool dei registri europei. Erano, inoltre, 83 i casi di neonati con una anomalia congenita del cuore, con un incremento del 49% rispetto all'atteso (Gianicolo et al., 2012). Associando una misura di esposizione materna a polveri totali sospese e ad SO2 e nelle settimane di gravidanza dalla terza all'ottava, che sono le settimane durante le quali si ipotizza che il feto sia maggiormente suscettibile ad insulti ambientali, gli stessi ricercatori hanno dimostrato un'associazione tra esposizione materna ad SO2 e malformazioni congenite e, in particolare, malformazioni cardiache e, tra queste, i difetti del setto ventricolare (Gianicolo et al., 2014).

Sorveglianza medica lavoratori: diagnosi precoce per gli ex esposti, prevenzione primaria per quelli ancora esposti

di **Salute Pubblica** · 2 luglio 2015

Si è svolto il 24 giugno scorso a Brindisi l'incontro pubblico "Quando in Puglia la sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex-esposti all'amianto e ai cancerogeni?" Ne hanno discusso, Danny Sivo Medico del lavoro del Servizio Sistemi per la Sicurezza ASL BT, Roberto Aprile Sindacato COBAS, Angelo Monopoli, avvocato del Patronato ACLI, Maurizio Portaluri, direttore della rivista Salute Pubblica.

In Puglia ad oggi non sono presenti programmi di tutela dei lavoratori ex esposti ad amianto e in generale ai cancerogeni come avviene in altre realtà regionali (Veneto, Sardegna, Basilicata, ecc.) In attesa di giungere alla definizione di protocolli di sorveglianza sanitaria uniformi e condivisi come auspicato dal "Piano Nazionale Amianto" da offrire ai lavoratori, superando disomogeneità e disparità nell'offerta dei servizi sanitari constatiamo come il Sistema Sanitario Pugliese non ha ancora dato risposte alla Legge che prevede che i lavoratori esposti in passato ad amianto, cancerogeni e mutageni (benzene, radiazioni, formaildeide, anilina, cromo, catrame ecc) possano sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa che ha comportato "esposizione".

Tale "*sorveglianza*" già prevista prima dal D. Lgs 277/91 nei riguardi del rischio AMIANTO "agente con effetti a lungo termine" con il "prolungamento del controllo dopo la cessazione dell'attività comportante l'esposizione" e dal D. Lgs 626/94 anche per i rischi da CANCEROGENI E MUTAGENI, è attualmente riaffermata nel comma 6 dell'art. 242 del D. Lgs 81/08 - *Accertamenti sanitari e norme preventive e protettive specifiche*, dei lavoratori esposti ad agenti Cancerogeni e Mutageni e dal comma 2 dell'art. 259 del D. Lgs 81/08 - *Sorveglianza sanitaria* per i lavoratori addetti alle opere di manutenzione, rimozione dell'amianto o dei materiali contenenti amianto, smaltimento e trattamento dei relativi rifiuti, nonché bonifica.

E' emerso dall'incontro che gran parte del danno dei primi decenni di industrializzazione si è ormai verificato e che per alcune patologie, come per il mesotelioma, una diagnosi precoce non avrebbe nessun vantaggio sulla sopravvivenza. Diverso ed attuale è invece il problema per il riconoscimento della eziologia professionale che rimane ancora un obiettivo difficile per lavoratori ammalati e famiglie, in quanto le resistenze da parte dell'INAIL sono forti, spesso anche esercitate nei confronti di malattie tabellate.

Infine è stato rilevato che in aree industriali come Brindisi e Taranto il numero di medici e tecnici della prevenzione è ampiamente sottodimensionato rispetto alla necessità di svolgere una capillare azione di prevenzione primaria nei luoghi di lavoro, dove ai

vecchi rischi, in parte esauritisi, si sostituiscono e si aggiungono nuovi agenti fisici e chimici sulla cui nocività si sa ancora poco (lana di vetro, nanoparticelle). Questa situazione è dovuta sia ad un comando politico regionale che non vuole "disturbare il manovratore", sia alla scomparsa della medicina del lavoro pubblica, conseguente alla entrata in vigore 626/94, che delegando alle aziende la sorveglianza sanitaria, rende difficile il reperimento di medici del lavoro da destinare alla vigilanza nei luoghi di lavori, considerata la incompatibilità di questo incarico con quello più remunerativo del medico competente (di fabbrica). Nel contempo sono ancora pochi i registri di esposti ai cancerogeni inviati dalle aziende allo SPESAL anche se le situazioni a rischio sono notoriamente numerose (per es. le falegnamerie).

Manfredonia: l'albero piantato da Nicola Lovecchio ha dato i suoi frutti

di **Maurizio Portaluri** · 22 giugno 2015

Se ripenso a tutte le (poche) volte che sono venuto a Manfredonia per discutere di salute pubblica in riferimento alla sua storia industriale, devo riconoscere che il 16 giugno è stata una di quelle con le più solide prospettive.. Non c'era molta gente all'incontro pubblico con i ricercatori, c'erano diversi giovani, quelli per intenderci che nel 1976 non erano nati e che non possono ricordare gli anni in cui Nicola Lovecchio svolse la sua azione pubblica. Perché senza Nicola Lovecchio, capoturno del reparto insacco dell'Anic-Enichem di Manfredonia, la storia industriale di questa area sarebbe rimasta sepolta per sempre. E con essa quella sanitaria. Nicola Lovecchio - ebbi modo di dirlo nella stessa Sala di Palazzo dei Celestini nel 2006 in un convegno organizzato da ARPA Puglia per il trentennale dell'incidente - non lo ricordiamo perché è morto giovane per un tumore al polmone senza aver mai fumato, ma perché fece della sua malattia uno strumento di conoscenza utile per la collettività. Il processo penale che seguì alla sua denuncia, ancorché conclusosi senza individuare responsabilità, permise di mettere in luce la gravità dell'inquinamento prodotto e l'impatto sanitario sui lavoratori, la superficialità degli interventi effettuati e la subordinazione delle istituzioni pubbliche nei riguardi della grande industria di Stato. Grazie alla denuncia di Lovecchio furono condotti studi e prodotti saggi (nota 1). Una ricercatrice italiana a Yale, Stefania Barca, condusse uno studio (nota 2) che riguardava i disastri ambientali dell'industria chimica in Italia presentando anche l'indagine "scalza" di Nicola Lovecchio. Di lui si narrerà presto in un romanzo di Giulio Di Luzio nelle librerie italiane a gennaio prossimo.

Quando Lovecchio denunciava le malattie da arsenico tra gli operai dell'Anic, quell'azienda stava ormai chiudendo i battenti e arrivavano i soldi del contratto d'area. Ancora scelte per una economia eterodiretta. Ragioni di lavoro mi hanno portato poi lontano da Manfredonia, ma in questi anni ho seguito a distanza quanto si stesse facendo per indagare sulla salute dei manfredoniani. Ritenevo inconcepibile che, con una presenza industriale ventennale come quella dell'Anic, con una così lunga serie di incidenti e di intossicazioni, con un'area dichiarata per legge bisognosa di bonifica perché con possibile impatto sulla salute umana, nessuno ci volesse vedere chiaro. Così proposi ai Sindaci succedutisi nel tempo di chiedere o attivare una indagine epidemiologica per rilevare eventuali effetti sulla salute di quella presenza e dei suoi lasciti.

Qualche anno fa contestai su una rivista scientifica la metodologia dello studio SENTIERI il quale sosteneva che a Manfredonia non emergessero criticità sanitarie. In realtà si è approfondito poco! Nel 2002 si scrisse che i residenti a Manfredonia nati nel 1940 avevano una maggiore mortalità per tumore al polmone, mentre in Italia la classe più colpita era quella dei nati nel 1929. Il dato non raggiungeva la significatività statistica, ma avrebbe dovuto spingere i responsabili della salute pubblica ad un approfondimento. La mia azione di stimolo si rivolse anche nei riguardi del Sindaco Riccardi, circa tre anni fa. Dopo alcuni contatti telefonici ed elettronici il Sindaco mi chiese di indicargli alcuni ricercatori che potessero approfondire lo stato di salute della cittadinanza. Gli indicai alcune possibilità e da quel momento ha fatto tutto lui con il gruppo guidato da Mariangela Vigotti e Annibale Biggeri, scienziati di caratura internazionale. Non ho mai avuto la possibilità di incontrare personalmente Angelo Riccardi e stringergli la mano (neppure il 16 giugno ho potuto farlo, era impegnato negli incontri per la formazione della giunta comunale).

Credo che abbia compiuto una scelta necessaria non tanto per giudicare il passato, ma per affrontare con consapevolezza il futuro.

Una scelta che sembra eccezionale nei nostri comuni, ma che dovrebbe essere normale. Come è normale fare un bilancio economico, così ogni 2-3 anni si dovrebbe fare un bilancio di salute in modo da presentare a tutti, cittadini ed operatori economici, i propri propositi: noi vogliamo lavorare per vivere bene, questo è il nostro stato di salute, per migliorarlo o non danneggiarlo possiamo fare alcune scelte politiche (economiche, urbanistiche, ecc.) non altre. Ma se non conosciamo quale è la situazione di partenza, come possiamo scegliere?

Alla politica si muove spesso l'accusa di fare scelte contingenti. Questa dell'indagine ambiente e salute a Manfredonia è invece una scelta di prospettiva, carica di opportunità tutte però da cogliere. Il processo conoscitivo che gli esperti condurranno sulla scorta della indicazioni di tutti i portatori di interesse, in primis il Comune, costituirà una attività ad alto contenuto scientifico. Sarebbe un peccato se rimanesse un'attività episodica ed appannaggio dei pochi esperti che la condurranno tecnicamente. Sarebbe invece una occasione per far crescere in loco competenze che possano proseguire ed aggiornare l'indagine nel tempo, in modo che rimanga un patrimonio della comunità. É facilmente intuibile la ricaduta culturale, scientifica ed occupazionale di una simile opportunità. Manfredonia potrebbe diventare un modello autogestito di produzione di conoscenza sanitaria e ambientale utile per altre realtà che vogliano approcciarsi alle scelte amministrative in modo consapevole.

Il progetto di Manfredonia è una indagine scientifica partecipata. Il prof Biggeri ha spiegato nell'incontro del 16 giugno che non si tratta di un "vezzo democratico", ma sono la legge europea e quella italiana (legge n.6/2014 art.2 comma 4 bis) a richiedere espressamente il coinvolgimento dei cittadini. Questo ha una sua logica: meglio chiedere prima cosa interessa che si ricerchi piuttosto che vedersi contestare dopo perché si è indagato in una direzione che non interessa la collettività. L'indagine (nota 3) sta per concludere la sua fase preliminare. A settembre il disegno definitivo dello studio sarà pronto e avrà ricevuto anche il parere di revisori esterni (io avrò l'onore di essere tra questi per conto del coordinamento delle associazioni), una passaggio che garantirà la qualità scientifica della ricerca.

La semina realizzata da Nicola Lovecchio sta producendo i suoi frutti.

Nota 1) I fantasmi dell'Enichem, Giulio Di Luzio, Baldini&Castoldi 2003, Di fabbrica si muore, Maurizio Portaluri e Alessandro Langiu, Manni 2008

Nota 2) Stefania Barca. Bread and Poison, Stories of Labor Environmentalism in Italy 1968-1998, In Dangerous Trade, Ed. by C. Sellers and j Mellers, Temple University Press Philadelphia, 2012

Nota 3) Tutta l'attività svolta per l'indagine epidemiologica partecipata può essere seguita sul sito www.ambientesalutemanfredonia.it

Come stiamo in salute?

di **Patrizia Gentilini*** 14 novembre 2014

Una delle più frequenti obiezioni che viene mossa a noi medici "allarmisti" è che, in barba ai rischi ambientali, la speranza di vita – almeno nei paesi occidentali – non solo è cresciuta, ma sta ulteriormente aumentando. Sembrerebbe quindi che i veleni (metalli pesanti, agenti cancerogeni, diossine, particolato ultrafine, pesticidi, radiazioni e chi più ne ha più ne metta...) per i quali tanto ci agitiamo, non fossero poi così pericolosi né in grado di danneggiarci più di tanto. Forse, ancora una volta, purtroppo, i dati ci danno ragione: anche i più recenti dati dell'Eurostat confermano ciò che da alcuni anni era noto, ossia che nel nostro paese aumenta sì l'aspettativa di vita alla nascita, ma è purtroppo in drastica diminuzione la speranza di vita in salute, ovvero viviamo di più ma sempre più da ammalati!

Cosa ci dice questo grafico?
Nel 2004 l'Italia era, come si può vedere dal grafico linea verde, fra i migliori paesi in Europa e per chi nasceva nel 2004 le femmine, all'età di 65 anni, avevano mediamente altri 11 anni da vivere in salute ed i maschi oltre 12. Per i nati nel 2012 invece la speranza di vivere in salute dopo i 65 anni è di 7 anni per le femmine e di quasi 8 anni per i maschi e siamo addirittura al di sotto del valore medio che si registra in Europa! Come è stato possibile "perdere" in soli 8 anni oltre 4 anni di vita in buona salute per i nuovi nati?

Cosa sta succedendo?
E' sotto gli occhi di tutti che la nostra salute sta rapidamente deteriorandosi per l'aumentare di patologie cronico-degenerative, in particolare malattie metaboliche, diabete, ipertensione, patologie endocrine, neurodegenerative (in particolare malattia di Alzheimer e morbo di Parkinson) e disturbi neurocomportamentali: per le patologie dello spettro autistico vi è nei bambini un incremento di prevalenza da 1:1200 a 1: 88 in tre decenni! Anche il cancro, in particolare alcuni tipi di tumore quali prostata, pancreas, mammella, tiroide, linfomi, è in aumento e ciò che più sconcerta è che ormai ad essere affetti non sono solo gli anziani, ma sempre più spesso giovani e bambini. Purtroppo anche qui, ancora una volta, il nostro paese ha un ben triste primato: come si evince dalla sottostante Tabella nei paesi del Nord Europa (NORDCAN) si registrano annualmente, per ogni milione di bambini maschi da 0 a 14 anni 169 nuovi casi di cancro e nelle femmine 150. Negli Stati Uniti se ne registrano nei maschi 179 e nelle femmine 159 mentre in Italia rispettivamente 191 nei maschi e 163 nelle femmine.

Cosa dobbiamo pensare?
Certamente anche la crisi che coinvolge il nostro paese (ma che certo non risparmia anche gli altri paesi europei) ha un ruolo non secondario, ma dobbiamo chiederci se altri fattori possono entrare in gioco, fattori non solo legati allo "stile di vita" (costantemente invocato tanto da farci spesso sentire in colpa per le disgrazie che ci capitano) ma anche a fattori non dipendenti dalle nostre scelte quali i fattori ambientali, ovvero dove viviamo, quali inquinanti ci sono nell'aria che respiriamo o nel cibo che mangiamo e che sono tanto più pericolosi quanto più precocemente avviene l'esposizione. E' ormai assodato che la vita fetale è il momento più cruciale per la nostra salute non solo nell'infanzia ma anche nell'età adulta e che molte patologie possono avere la loro origine in una sorta di "sprogrammazione" di tessuti e organi che avviene già nella vita intrauterina. Numerosi studi condotti in Europa e USA hanno rilevato la presenza di centinaia di molecole chimiche di sintesi, molte delle quali estremamente pericolose, tossiche e cancerogene (mercurio e metalli pesanti in genere, ritardanti di fiamma, pesticidi, PCBs e altri perturbatori endocrini) in placenta, nel sangue cordonale e nel latte materno e lavori pubblicati su prestigiose riviste come Lancet hanno messo in relazione l'insorgenza di tumori e disturbi cognitivi nell'infanzia con esposizioni ambientali.
In particolare nel novembre del 2006 un articolo pubblicato su The Lancet a firma di un pediatra (Landrigan) e di un epidemiologo (Grandjean), della Harvard School of Pubblic Health aveva posto con forza il problema di una possibile "pandemia silenziosa" circa i danni neuro-psichici che si starebbe diffondendo, nell'indifferenza generale, interessando il 10% dei bambini del cosiddetto mondo occidentale. A distanza di sette anni gli stessi Autori (Grandjean e Landrigan) hanno aggiornato, ancora sulle pagine di Lancet, i dati della letteratura scientifica sulla "pandemia silenziosa", sottolineando come alcuni recenti studi prospettici, in cui sono state misurate le esposizioni materno-fetali, abbiano hanno documentato effetti neurotossici a livelli di esposizione molto più bassi di quelli prima ritenuti sicuri.
Come è possibile che queste problematiche siano così gravemente trascurate non solo dai politici che compiono costantemente scelte dalle indubbie conseguenze sulla nostra salute (si pensi al riutilizzo delle ceneri degli inceneritori nel cemento o al via libera alle trivellazioni per la ricerca del petrolio del recente decreto "sblocca Italia"), ma spesso dalla stessa classe medica, volta più a cercare di porre rimedio che a preoccuparsi adeguatamente di indagare ed operare per rimuovere i rischi ambientali?

Concludendo
Risulta difficile non pensare che i tristi primati sopra ricordati non siano correlati all'altro triste primato che deteniamo nel campo della corruzione: l'ultima graduatoria di Transparency International segna infatti un grave arretramento del nostro Paese per cui, rispetto al 2011, su 174 nazioni prese in considerazione, l'Italia scivola dal 69esimo al 72esimo posto, superata da Ghana, Romania e Brasile. Va ricordato che un paese corrotto non paga solo un prezzo sul piano economico, ma anche sul piano ambientale e sanitario perché, ad esempio, i controlli sono assenti o inadeguati ed un paese più inquinato è anche un paese più ammalato. Le "mappe" di corruzione, inquinamento e malattie si sovrappongono e ciò che la Terra dei fuochi ci ha insegnato non è un esempio isolato, ma il paradigma di ciò che avviene in tutto il paese, a cominciare proprio dal profondo e "civile" Nord! Crediamo che sia davvero inutile continuare a chiedere soldi per la ricerca o l'assistenza se non si sposta con fermezza l'attenzione anche sul versante della riduzione dell'esposizione agli inquinanti ambientali, ovvero sulla Prevenzione Primaria.

Bibliografia
Grandjean P, Landrigan PJ. Developmental neurotoxicity of industrial chemicals. Lancet 2006;368:2167–2178
Grandjean P, Landrigan PJ. Neurobehavioural effects of developmental toxicity. Lancet Neurol 2014;13:330-38.

*Patrizia Gentilini ISDE Forlì-Cesena

Quando si riduce l'inquinamento atmosferico migliora la salute!

di **Salute Pubblica** · 14 settembre 2014

L'inquinamento atmosferico produce effetti negativi sulla salute. Quello che era stato ipotizzato da vari studi regionali è stato ora ratificato dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro. Il 15 giugno 2012 il gruppo di Lavoro della IARC ha pubblicato su The Lancet Oncology un estratto della sua decisione sulla cancerogenicità degli scarichi di motori diesel, a benzina e di alcune nitrosamine. Nelle sue conclusioni leggiamo: "gli scarichi del motori diesel sono cancerogeni per l'uomo di Gruppo 1 e gli scarichi dei motori a benzina sono possibili cancerogeni di gruppo "B" Nello stesso rapporto il Gruppo di Lavoro, dopo aver esaminato gli studi sul tema, si concludeva: "Questi studi epidemiologici supportano un'associazione causale tra esposizioni a scarichi di motori diesel e tumore al polmone" (www.TheLancet.com/oncology online June 15,2012). Il 10 luglio 2013 un gruppo cooperativo internazionale ha pubblicato sempre su The Lancet i risultati dell'analisi di 17 coorti situate in 9 paesi europei per un totale di 312 944 membri all'interno della quale sono stati diagnosticati 2095 cancri al polmone in 12.8 anni di follow up avendo a disposizione i valori di inquinamento dell'aria delle coorti ed in particolare il PM10, PM2.5, PM 2.5-10 e PM <2.5 e NO2.

Lo studio conclude: "questo studio multicentrico molto ampio mostra un'associazione tra esposizione a materiale particolato di inquinamento atmosferico e incidenza di cancro al polmone in particolare adenocarcinoma, in Europa aggiungendo forza all'evidenza epidemiologica" Viene altresì precisato: "il nostro studio supporta il ruolo del particolato ambientale nello sviluppo del cancro al polmone anche a concentrazioni al di sotto degli attuali valori limiti della Comunità Europea". (www.thelancet.com/neurology on line July 10,2013). Oltre questi pronunciamenti da parte dello IARC che hanno un valore superiore a qualsiasi singolo studio, continuano ad essere prodotti studi in alcune realtà locali. Recentemente un rapporto dalla Cina (Tayiuan, provincia Shanxi) ha misurato gli effetti benefici della riduzione dell'inquinamento atmosferico, prevalentemente di origine industriale, realizzato attraverso provvedimenti amministrativi dal 2001 al 2010. Il particolato atmosferico PM10 (cioè le particelle aerosospese inferiori a 10 micrometri) è passato da una media annuale di 196 microg/m3 nel 2001 a 89 microg/m2 nel 2010. Nei dieci anni presi in considerazione le morti premature, le diagnosi di bronchite cronica, le visite ambulatoriali e gli accessi in pronto soccorso si sono dimezzati mentre i ricoveri ospedalieri si sono ridotti ad un terzo (Environment International 73 (2014) 235–242). Un altro studio molto interessante di recente pubblicazione è stato condotto nello stato della North Carolina (USA) dove una legge del 2002 (Clean Smokestaks Act) ha imposto una riduzione delle emissioni delle SO2 e del PM2.5 (particolato con dimensioni inferiori a 2.5 micrometri che da noi si comincia a misurare in qualche centralina ma che dal 2015 sarà obbligatorio abbassare al di sotto di 15 microgrammi/m3) provenienti dalle centrali a carbone ben oltre i limiti imposti dalla legge federale. Nel North carolina ci sono 14 centrali a carbone e l'applicazione della legge del 2002 ha prodotto una riduzione del 20% l'anno delle emissioni di SO2 e del 8.7% l'anno dei quelle del PM2.5 con una riduzione delle morti premature (cardiorespiratorie e polmonari) di oltre il 50% tra il 2002 ed il 2012 (Environ Sci Technol 2014, 48, 10019-27). Secondo lo studio Epiair2 una simulazione condotta sui valori medi annuali registrati in 25 città italiane ha rilevato 1 decesso/anno attribuibile al PM10 a Brindisi e 7/anni a Taranto negli anni 2006-2010. Lo studio considera il valore limite per la salute umana non quello della legge italiana, 40 microgrammi/m3 come media annuale, ma quello suggerito dalla OMS, cioè 20 microgrammi/m3 (Epidemiol Prev. 2013 Jul-Oct;37(4-5):230-41). Ciò vuol dire che nelle due città salentine vi è ancora un margine di miglioramento che spetta alla politica colmare e che non è necessario attendere il registro tumori per valutare effetti sanitari dell'inquinamento dal momento che essi non sono solo di tipo neoplastico.

Merck Sharp&Dohme

non gradisce l'informazione indipendente sui farmaci ed attacca la ASL di Milano. Poi fa marcia indietro.

di **Salute Pubblica** · 17 Luglio 2014

Quando il servizio sanitario pubblico fa informazione indipendente sui farmaci verso i propri medici e non indulge, invece, in acritiche relazioni con l'industria farmaceutica, questa insorge e minaccia i dirigenti pubblici di quella informazione e le ASL in cui operano. E' quello che è accaduto alla ASL di Milano e al dott. Alberto Donzelli. Una storia emblematica.
Il 12 febbraio 2014 con una lettera a firma della dott. ssa Patrizia Nardini, direttore medico, e dell'avv. Francesco Minà, direttore degli Affari Legali, la Merck Sharp & Dohme Italia Srl , la consociata italiana della Merck & Co. (1) diffidava il dott. Alberto Donzelli della ASL di Milano dal "proseguire nella sua attività gravemente dannosa e lesiva della immagine e della reputazione di MSD Italia e dei propri farmaci a base di Ezetimibe. In difetto non esiteremo a far valere i nostri diritti in ogni competente sede chiedendo il risarcimento del danno a lei ed alla Asl di Milano". Ma chi è Alberto Donzelli e di cosa lo accusa la MSD Italia? Alberto Donzelli è da molti anni Responsabile del Servizio Educazione all'Appropriatezza e all'EBM (Medicina Basata sulle prove ndr) della ASL di Milano e direttore editoriale di Pillole, un bollettino di informazione per i medici prescrittori. Questo esce in due edizioni: Pillole di buona pratica clinica destinate ai medici, volte a promuovere comportamenti prescrittivi e stili di vita con miglior rapporto costi/efficacia incrementale rispetto alle pratiche correnti e a ridurre quelli con un rapporto meno favorevole; Pillole di educazione sanitaria, linea parallela aggiuntiva destinata ai pazienti ed ai cittadini. Queste pubblicazioni sono state già diffuse in Piemonte, Lombardia, Puglia (2) ed in alcune Asl ed usufruiscono anche dell'apporto di associazioni nazionali di tutela dei consumatori (ACU, Cittadinanzattiva, Confconsumatori, Lega Consumatori, Federconsumatori, Movimento Consumatori, Unione Consumatori). Sono comunicazioni di divulgazione scientifica rivolte ai cittadini perché non sollecitino i medici a prescrizioni irrazionali di natura consumistica, sviluppino un senso critico ed una consapevolezza sui rischi ed i costi dei trattamenti correnti e delle alternative disponibili, conoscano e sappiano mettere in pratica gli elementi fondamentali di autogestione della propria salute. La MSD Italia aveva lamentato nella stessa lettera che Donzelli inviava ai medici di medicina generale "comunicazioni, modelli di lettere da inviare a cardiologi e diabetologi nonché manifesti da affiggere negli studi medici nei quali si sconsiglia fortemente la prescrizione e l'utilizzo di prodotti a base di Ezetimide adducendo argomentazioni non veritiere e denigratorie" ed elencava 5 di queste affermazioni contro deducendo alle stesse.

I numeri 69, 81 e 85 di Pillole di buona pratica clinica avevano analizzato l'efficacia dell'Ezetimibe (da solo - Ezetrol®, Zetia® - e in associazione – Goltor®, Inegy®, Vytorin®, Zeklen®) nella terapia aggiuntiva alla dieta in pazienti con ipercolesterolemia primaria non controllati con le statine da sole o per i quali le statine non sono indicate o tollerate. La prescrizione del farmaco è sottoposta alla Nota 13. In accordo con quanto riportato anche in altre riviste il messaggio di Pillole è così riassumibile: "l'effetto della Ezetimibe sulla colesterolemia, in associazione ad una statina, è uguale a quello della statina a dosaggio massimo, senza vantaggi in termini di sicurezza e con un costo molto maggiore. Non si sa quale impatto abbia sulla morbilità e mortalità per eventi cardiovascolari. Nei pazienti a maggior rischio di complicanze aterosclerotiche, l'Ezetimibe non offre alcun vantaggio clinico rispetto alla monoterapia con una statina e non può essere considerato un trattamento alternativo." Informazioni simili sono veicolate in una "lettera- tipo per specialisti" e in una locandina per MMG che liberamente scegliessero di utilizzarla.
La ditta produttrice, MSD Italia, non ha gradito le iniziative del Servizio della ASL di Milano (contestando in particolare i contenuti della "lettera-tipo") cui ha imputato un danno di 1,3 milioni di Euro conseguente alla riduzione delle vendite del farmaco in quella ASL in un periodo non precisato e ha diffidato l'attività di informazione "gravemente dannosa e lesiva dell'immagine e della reputazione di MSD Italia", minacciando inoltre sia il Dott. Donzelli che l'ASL di Milano di adire a vie legali chiedendo il risarcimento del danno. Il 4.3.2014 il dott. Donzelli rispondeva con una lunga lettera alle contestazioni della MSD Italia fornendo per ciascun punto argomenti e documenti a conferma delle critiche espresse sulla utilità del farmaco Ezetimibe e concludeva: "se avete prove valide di efficacia su esiti patient oriented, di sicurezza a lungo termine e di costo-efficacia ulteriori rispetto a quelle finora esibite, cui è stato replicato, presentate queste e avrete la massima disponibilità e considerazione. Date le motivazioni che ci spingono (tutela di salute e interessi degli assistiti e del SSN) non ci sarebbe esitazione nell'eventuale rettifica di informazioni diffuse finora, qualora nuove prove emergenti o portate all'attenzione dovessero complessivamente superare quanto sinora sostenuto."
Il 23 maggio gli stessi dirigenti della MSD non ritenevano sufficienti le risposte del Dott. Donzelli e reiteravano la diffida a proseguire le sue documentate valutazioni sul farmaco in questione. Il dott. Donzelli il 16 giugno rispondeva con rammarico che non vedeva minimamente contraddette sul piano scientifico le sue posizioni ma che ritirava la pubblicazione sul sito aziendale del fax simile della lettera ai medici. " benché la mia posizione non costituisca una "opinione", bensì una conclusione ben fondata sull'insieme delle prove allo stato delle conoscenze riferite agli RCT (studi clinici randomizzati ndr) pubblicati, e tutt'altro che isolata nella comunità scientifica, ammetto tuttavia il mio profondo disagio di fronte alla diffida di un colosso come MSD e alle possibili conseguenze in termini di "risarcimento" che mi vengono personalmente prospettate.

Annuncio pertanto, benché l'ASL non mi abbia chiesto di farlo, di avere provveduto a togliere dal sito aziendale la "lettera-tipo per specialisti" e la "locandina-tipo per studi medici" su Ezetimibe cui avete fatto riferimento nella vostra precedente, e di avere chiesto alla mia collaboratrice che effettua telefonate presso gli studi medici di non fare uso di tali materiali né di fare riferimento a Ezetimibe, fino a che la questione non sarà stata maggiormente chiarita all'interno della comunità scientifica. Dato che la partita ha innegabili riflessi in termini di salute degli assistiti (alla quale sono anzitutto interessato) ed economici per i miei datori di lavoro (quello diretto, ASL di Milano, ma anche ricadute per il SSR e il SSN), nell'esercizio del mio ruolo dovrò costantemente approfondire la questione dell'efficacia e costo-efficacia comparative dei medicinali, compreso Ezetimibe da solo o associato, e a tal fine ribadisco l'interesse a ricevere ed esaminare insieme tutta la documentazione scientifica che la vostra direzione medica o quant'altri ritenessero rilevante e apportatrice di nuovi elementi rispetto a quanto contro dedotto con nota del 9 aprile, e su cui non ho ricevuto risposte nel merito della discussione scientifica avviata."
MSD non è nuova a queste reazioni. Sono trascorsi 10 anni da quando MSD Spagna fece causa all'editore di un bollettino indipendente locale (anche esso membro dell'ISDB) per contrasti su un articolo che documentava i rischi di sicurezza del rofecoxib (Vioxx®). La causa ebbe un forte impatto mediatico e il verdetto fu favorevole all'editore. MSD nello stesso 2004 ritirò dal commercio il farmaco per l'elevato numero di effetti cardiovascolari avversi segnalati in corso di trattamento cronico. Lettere di solidarietà all'operato di Donzelli e contro l'effetto intimidatorio della MSD sono giunte a lui ed alla ASL di Milano da numerosissimi enti, società scientifiche e sindacati medici, (ISDB - International Society of Drug Bulletin, Centri Studi Cos, Sindacato Medici Italiani, la FIMMG di Milano, Slow Medicine), da riviste mediche nazionali e dal British Medical Journal (BMJ). A questo punto MSD international ha sconfessato la filiale italiana, dichiarando di essere a favore di un dibattito scientifico trasparente e di non voler intraprendere alcuna azione legale, anzi di considerare provvedimenti interni perché simili "incidenti" non abbiano a ripetersi.
Una recente comunicazione del portavoce aziendale (MSD), Steve Cragle, afferma che Donzelli potrà continuare a pubblicare il materiale informativo nel web senza timore di una azione legale dall'azienda e e sostiene che MSD è favorevole a uno scambio aperto d'informazione scientifica e che tale scambio debba avvenire attraverso pubblicazioni scientifiche e convegni medici. Ritiene questo un caso isolato in Italia e lamenta il modo in cui è stato gestito dalla ditta. Le pubblicazioni contestate su Ezetimibe sono ricomparse nell'area del sito ASL riservata ai Medici dove erano collocate, come sul sito della Fondazione editrice delle Pillole.

(1) MSD è multinazionale americana del farmaco fondata nel 1891 ed è il secondo gruppo a livello mondiale grazie all'accordo di fusione con Schering-Plough avvenuto nel 2009. http://www.msd-italia.it/chisiamo/msditalia.asp
(2) Alberto Donzelli ha operato nella ASL BAT negli anni 2006-2007 contribuendo a produrre informazione scientifica indipendente attraverso l'utilizzo della Pillole di buona pratica clinica e corsi di formazione ad hoc. Quella ASL raggiunge a seguito di quella attività buoni risultati di appropriatezza prescrittiva. Successivamente l'efficacia della metodologia proposta da Donzelli è stata confermata da studi condotti sulle prescrizioni nelle ASL di Milano ed in quelle beneficiarie dell'intervento formativo e informativo, attraverso rilevamenti condotti prima e dopo gli interventi stessi.

Malformazioni congenite più frequenti quando gli inquinanti atmosferici sono più elevati. Pubblicato lo studio del CNR sul polo industriale di Brindisi

di **Salute Pubblica** · 9 gennaio 2014

Le mamme che dal 2001 al 2010 hanno partorito bambini con malformazioni congenite sono state esposte, nel periodo della loro gravidanza che va dalla terza alla ottava settimana, ad una concentrazione di anidride solforosa (SO2) più elevata delle mamme che hanno partorito negli stessi anni bambini in buona salute. E' questa la conclusione dell'articolo pubblicato nei primi mesi del 2014 sulla rivista scientifica Environmental Research da un gruppo di ricercatori composto da epidemiologi, fisici dell'atmosfera, biologi di alcuni istituti del CNR di Pisa, Lecce e Bologna e neonatologi della ASL di Brindisi. (Congenital anomalies among live births in a *high environmental risk area - A case-control study in Brindisi (southern Italy) Emilio Antonio Luca Gianicolo, Cristina Mangia, Marco Cervino, Antonella Bruni, Maria Grazia Andreassi, Giuseppe Latini).*
Sono stati considerati nell'analisi 189 casi di anomalie congenite (AC), di questi 81 sono stati i casi con anomalie congenite cardiache (ACC) e 44 con difetti del setto ventricolare (DSV) (gli autori hanno escluso da questo lavoro i casi di anomalie cromosomiche coincidenti). Le concentrazioni degli inquinanti sono generalmente più alte tra i casi rispetto ai controlli, con differenze maggiori che si riscontrano tra le ACC. I modelli con variabile di esposizione continua mostrano incrementi di rischio che tuttavia non sono statisticamente significativi. L'esposizione materna alle maggiori concentrazioni rilevate di SO2 sono significativamente correlate con tutti i tipi di malformazioni e, in particolare, con le malformazioni congenite del cuore.

→

Gli stessi autori un anno fa avevano pubblicato su altra rivista internazionale i dati sulle malformazioni congenite a Brindisi registrando nello stesso arco temporale un totale di 194 anomalie su 8.503 neonati e osservando una prevalenza di 228 casi su 10.000 nati vivi, approssimativamente il 17% in più rispetto al dato riportato dal registro europeo EUROCAT. Circa 3 neonati con malformazioni in più ogni anno rispetto alla media europea. L'eccesso osservato per le anomalie cardiovascolari era del 49%. L'attuale studio costituisce un approfondimento che correla il dato sanitario con il dato ambientale e rappresenta un avanzamento nella conoscenza del fenomeno poiché la SO2 origina dalle emissioni industriali e dai combustibili per la navigazione marittima. Nella città di Brindisi per l'ARPA Puglia il 90% delle emissioni di SO2 provengono dalla produzione energetica. In realtà i ricercatori precisano che potrebbe non essere solo la SO2 in quanto tale a provocare il maggior rischio di malformazioni, ma "la SO2 può essere considerata un surrogato del complesso delle emissioni" che investono la città. La Regione Puglia nel luglio scorso, probabilmente sulla base delle risultanze del primo studio sulle malformazioni congenite a Brindisi, ha istituito il registro regionale delle malformazioni. E' evidente che le misure più urgenti da adottare a tutela della salute della popolazione brindisina non sono né una ricerca epidemiologica né interventi sanitari bensì un serio programma di riduzione delle emissioni industriali ed energetiche in particolare.

Il codice 048 e la conta dei tumori

di **Salute Pubblica** · 5 settembre 2013

Qualche giorno fa ha fatto irruzione la notizia, divulgata da Alessandro Marescotti di *Peacelink*, secondo cui 8.916 persone con un tumore, residenti a Taranto, sono esentati dal pagare il ticket.
È oggetto di discussione, anche in ambito scientifico, la possibilità che la conta degli assistiti con codice 048 (tumori) possa essere utilizzata per avere la cifra della prevalenza del fenomeno in una determinata popolazione. Nel 2008, Lonati e colleghi in un articolo scientifico apparso su Epidemiologia & Prevenzione hanno descritto la Banca-dati-assistito che è basata sull'integrazione di diverse basi di dati ed è utilizzata, in quella ASL, per il monitoraggio della prevalenze delle malattie croniche tra la popolazione. Tra le malattie monitorate, vi sono anche le neoplasie e tra le banche dati utilizzate vi è anche quella dell'esenzione dal pagamento del ticket. Ebbene, nell'ASL di Brescia, anche la sola esenzione del ticket è sufficiente a definire la cifra delle persone affette da questa patologia! Nel 2011, sulla stessa rivista, in un volume sulla valutazione comparativa di esito degli interventi sanitari, si afferma che, sebbene l'archivio delle esenzioni ticket non sia in grado di descrivere la salute del paziente e la gravità della sua malattia, tuttavia "può essere utilizzato per ottenere informazioni sulla popolazione affetta da patologia".

Nel panorama scientifico nazionale e locale, però, non c'è uniformità di vedute, ci sono, infatti, epidemiologi che non concordano sull'uso esclusivo di questa fonte. Ma anche ammettendo che il contare gli 048 - i codici di esenzione per patologie tumorali - non sia un metodo generalmente accettato dalla scienza ufficiale, è difficile negare che la sortita di *Peacelink* abbia svelato, anche in Puglia, un metodo per tenere aggiornata la conoscenza su un evento sanitario importante come i tumori. Infatti, se si volesse tenere sotto controllo l'evoluzione della patologia oncologica in tempi più rapidi di quelli consentiti dall'accuratezza richiesta per il Registro Tumori, le ASL i Sindaci e la Regione avrebbero, comunque, a disposizione uno strumento molto potente e rapido. L'esenzione 048, che peraltro è una delle fonti utilizzate dal Registro Tumori, ci dà informazioni imperfette ma interessanti e tutte in difetto: mancano i malati che sono già deceduti, ci sono quelli che hanno avuto la diagnosi anni addietro, mancano quelli che usano altre esenzioni pur avendo potenzialmente diritto a quella per patologia oncologica, le persone che in virtù di una condizione economica favorevole non ne fanno richiesta o chi, pur avendone bisogno, non accede all'esenzione per evitare che si propaghi la notizia del proprio "male". Ma fatte queste precisazioni, se la rilevazione si facesse anno per anno, si conoscerebbe facilmente evoluzione e localizzazione del fenomeno. Sarebbe sufficiente, infatti, integrare quei dati con i dati dei ricoveri e del consumo dei farmaci. Esattamente come nell'esperienza bresciana. Esperienza peraltro definita dagli epidemiologi lombardi dal "costo di istituzione e di gestione assai modesto". Dunque, non è neanche sostenibile la tesi delle risorse scarse e della coperta corta! Anche a Brindisi nelle pieghe di una delle numerose quanto inutilizzate relazioni sullo stato di salute della popolazione viene riportato il dato, su tutta la ASL, di 10.025 esenzioni 048 nell'anno 2008. Se il dato fosse stato rilevato con continuità e analizzato con attenzione, non vi sarebbero anche in questo SIN (Sito di Interesse Nazionale per le bonifiche) i consueti ritardi nell'attività epidemiologica. Sebbene, grazie a ricercatori pubblici indipendenti a Brindisi informazioni importanti su malformazioni, ricoveri da inquinamento e broncopatie croniche sono ormai di dominio pubblico.
La vicenda degli 048 dimostra che le ASL posseggono dati aggiornati sugli eventi sanitari. Dati che, se opportunamente e costantemente elaborati, fornirebbero importanti indicazioni di prevenzione per la salvaguardia della salute pubblica. Se ciò non avviene è evidentemente solo frutto di un comando negativo da parte del potere politico.

Una storia disonesta

di **Stefano Palmisano** 17 giugno 2013

Ma qual è il livello di criminosità oltre il quale un reato (contro l'incolumità pubblica, contro la salute e la vita di migliaia di persone, per esser più precisi) smette di esser tale per diventare una questione "di interesse strategico nazionale"? Da quale momento un soggetto che commette uno, dieci, cento delitti (contro la pubblica amministrazione, contro l'amministrazione della giustizia, contro la fede pubblica, contro la personalità dei minori... sempre reati seria, roba di classe, non bagattelle da venditore di cd tarocchi) cessa, nella indefettibile vulgata (ha la stessa radice di "volgare") nazionale, di esser un imputato pluricondannato in sede di merito (fino in appello) per diventare "il Presidente" (di cosa?), "il leader di uno delle principali forze politiche del paese", "il titolare della golden share del governo"...?
Quando e chi (il perché possiamo desumerlo anche da noi) ha deciso di far passare un personaggio politico dichiarato, con sentenza passata in giudicato, autore del reato di associazione per delinquere di natura sostanzialmente mafiosa fino al 1980 (non "di tipo mafioso" solo perché all'epoca del commesso reato non esisteva questo specifico illecito introdotto solo nel 1982) per un illuminato statista, nonché brillante intellettuale?

→

E, soprattutto, in che occasione precisa e da parte di chi (per il perché vale lo stesso discorso accennato sopra) si è deciso di marchiare chiunque si permetta di ricordare queste elementari verità, storiche e cronachistiche, con il bollo di pubblica infamia di "divisivo", "antipolitico", "antinazionale" ecc...? Questi oziosi interrogativi evocano questioni che in questa nazione costituiscono ataviche piaghe su un corpo sociale e politico che, evidentemente, ha la stessa capacità di farle rimarginare di quante ne abbia quello di un diabetico terminale.
La vicenda Ilva, in questo senso, rimane un impareggiabile caleidoscopio delle più archetipiche figure dello spirito pubblico nazionale. A partire da quelle appartenenti alle cosiddette "classi dirigenti." La Cassazione, confermando pienamente quanto sancito dal Tribunale del Riesame di Taranto in merito agli arresti dei padroni e dirigenti dell'Ilva per i delitti di disastro ambientale, omissione dolosa di cautele antinfortunistiche, avvelenamento di sostanze alimentari ed altre simili amenità, denuncia "la pervicacia e la spregiudicatezza dimostrata da R.E. e dal C., ma anche da R.N., succeduto alla presidenza del consiglio di amministrazione in continuità con il padre, che hanno dato prova, nei rispettivi ruoli, di perseverare nelle condotte delittuose, nonostante la consapevolezza della gravissima offensività per la comunità (tarantina) e per i lavoratori delle condotte stesse e delle loro conseguenze penali e ad onta del susseguirsi di pronunzie amministrative e giudiziali che avevano già evidenziato il grave problema ambientale creato dalle immissioni dell'industria".
Chi si nasconde dietro quelle iniziali lo si lascia immaginare a chi legge.
Su questa base delittuosa (integrata dall'associazione per delinquere) e in forza del principio di "responsabilità da reato delle imprese", introdotto nel nostro ordinamento giuridico ormai 12 anni fa ma ancora troppo poco attuato, la Procura di Taranto chiede e ottiene dal Gip il sequestro di € 8,1 miliardi nella disponibilità della "Riva fire" (questo cognome ha qualcosa a che vedere con le iniziali di cui sopra), importo corrispondente a quello che occorrerà, secondo la stima dei custodi giudiziari, per "ambientalizzare" gli impianti dello stabilimento Ilva di Taranto.
Si tratta di somma esclusivamente relativa al fabbisogno di liquidità della società Ilva ai fini degli interventi di risanamento delle macchine; dal calcolo mancano del tutto i costi inerenti il danno ambientale patito dal territorio tarantino e, dunque, quelli inerente le conseguenti, necessarie, bonifiche. A tacere del danno alla salute degli uomini, delle donne e dei bambini che vivono su quel territorio sventurato. Il governo, con l'ennesima, inusitata, dimostrazione di formidabile reattività, almeno per i suoi tempi di reazione "fisiologici", si fionda ad emanare un altro decreto legge, rubricato gustosamente "Nuove disposizioni urgenti a tutela dell'ambiente, della salute (sic!) e del lavoro nell'esercizio di imprese di interesse strategico nazionale" (scrivere direttamente nel titolo della legge "Nuove disposizioni urgenti a tutela dell'Ilva" pareva brutto. Ancora per un po', almeno).

Anche se i precedenti scatti "ad Ilvam" (quelli che hanno conferito ai padroni dello stabilimento di Taranto una vera e propria licenza di uccidere con la revoca a mezzo di legge del sequestro disposto dalla magistratura agli impianti fonte di inquinamento e di morte e con l'autorizzazione a proseguire la produzione anche prima delle opere di risanamento) sono stati realizzati da un esecutivo formalmente diverso, data in questa materia la perfetta continuità di parole, opere e omissioni di Palazzo Chigi non pare incongruo l'uso di un più comodo e veritiero singolare: "il governo".
A costo di dare ragione postuma a quell'antico e distinto signore con la barba bianca che si divertiva ad evocare spettri in giro per l'Europa e che parlava del governo come "comitato d'affari della borghesia".
Come che sia, nel citato testo legislativo, che secondo la consueta vulgata sarebbe mirato esclusivamente al commissariamento dell'Ilva, all'art. 1, comma 11, si legge che "Il giudice competente provvede allo svincolo delle somme per le quali in sede penale sia stato disposto il sequestro, anche ai sensi del decreto legislativo n. 231 del 2001, in danno dei soggetti nei cui confronti l'autorità amministrativa abbia disposto l'esecuzione degli obblighi di attuazione delle prescrizioni dell'a.i.a. e di messa in sicurezza, risanamento e bonifica ambientale, nonché degli enti o dei soggetti controllati o controllanti, in relazione a reati comunque connessi allo svolgimento dell'attività di impresa. Le predette somme sono messe a disposizione del commissario e vincolate alle finalità indicate al periodo precedente." Il commissario nominato alla bisogna è il dott. Enrico Bondi, già amministratore delegato della stessa Ilva, assunto da R.E. e R.F., dei quali la Cassazione, come visto, ha suggellato "la pervicacia e la spregiudicatezza" criminale, e dimessosi appena un paio di settimane fa. Just in time. Il senso dell'operazione è solare: gli 8,1 miliardi di euro vengono dalle mani in toga e graziosamente messi in quelle, assai più affidabili, di un ex dipendente di R.E. e R.F.
Non ho mai pensato che la magistratura fosse, in sé, un baluardo di legalità costituzionale, per varie ragioni.
La prima è che fino a pochi decenni fa essa, nella sua larghissima maggioranza, era parte integrante del blocco socio – politico dominante, e più che alla Costituzione della Repubblica era ossequente alla "costituzione materiale" del potere in questo paese, con tutto quello che questo comportava in termini di parzialità e strumentalità politica dell'attività di giurisdizione. In quell'epoca aurea, davvero e in maniera quasi inderogabile i magistrati "facevano politica", solo che facevano la politica giusta: quella che serve ai padroni. Dunque, nessuno aveva niente da ridire.
La seconda ragione è che la magistratura, come qualsiasi altro corpo sociale, non è interpretabile "al singolare", come fosse un monolite; ciò non è possibile ancora oggi. D'altro canto, è notorio pure che le "élites" di questo paese soffrono storicamente, "costituzionalmente" verrebbe da dire, di una violentissima allergia al concetto e soprattutto alla pratica del controllo di legalità.

Senza scomodare un altro padre nobilissimo del pensiero politico che denunciava il "sovversivismo delle classi dirigenti", basta qui ricordare quanto scrive un magistrato come Roberto Scarpinato, lucidissimo analista (anche in forza di un osservatorio del tutto privilegiato a sua disposizione, come, soli, possono essere gli uffici giudiziari di Palermo e Caltanissetta) delle dinamiche del potere in questo paese, anche in chiave comparativa con gli altri paesi europei, sulla "storia nazionale, quella con la S maiuscola, inestricabilmente intrecciata con quella della criminalità di settori significativi della sua classe dirigente, tanto che in taluni tornanti essenziali non è dato comprendere l'evoluzione dell'una senza comprendere i nessi con la seconda." Ciononostante, non si può non rilevare che oggi è sotto gli occhi di tutti un salto di qualità: l'idiosincrasia di lor signori e dei loro servi in livrea governativa e parlamentare all'idea stessa di norma generale ed astratta e di applicazione della medesima in base al principio di uguaglianza, dunque di limite alla loro cannibalesca voracità, si fa, da un lato, pratica fondativa di governo e di apposita legislazione, con la copertura di tutti i presunti "organi di garanzia"; e questo in aperto sabotaggio dell'operato di quei settori di un altro potere dello Stato, la su citata magistratura (settori, per fortuna, assai più ampi di qualche decennio fa, e comunque enormemente più larghi dei corrispondenti in ambito politico – parlamentare), che, invece, provano in maniera disperata a far sì che la legge sia un po' meno disuguale tra i cittadini e che almeno la salute e la vita umane valgano un po' più dei profitti d'impresa.
D'altro lato, quell'avversione delle classi dominanti alla signoria della legge ed al controllo di chi è preposto ad applicarla gode in permanenza del fondamentale supporto costituito dalla sistematica menzogna dei mezzi d'intossicazione di massa e dalla mistificazione "intellettuale" dei chierici di regime, variamente collocati (con una menzione particolare, in questo caso, per quelli "che sanno di legge"), la cui prioritaria funzione storica, evidentemente, è quella di tradire. Ma quello che, in una vicenda come quella dell'Ilva e di Taranto, costituisce davvero il valore etico aggiunto di queste nobili dinamiche del "paese legale" è dato dal fatto che queste ultime si giocano, in modo diretto e immediato, sulla salute e sulla vita di qualche decina di migliaia di uomini, di donne e, soprattutto, di bambini. Per tutelare i quali, com'è tragicamente evidente, non bastano certo le esigue forze delle poche unità delle minoranze etiche (stavolta in senso reale) esistenti anche in quella città.
Ancora una volta la lezione della storia è quella per la quale le speranze di salvezza degli ultimi, degli oppressi, delle vittime predestinate passa prioritariamente per le loro mani, per la loro intelligenza, per la loro assunzione di responsabilità personale, per la loro resistenza. Specie quando, come in questo caso, quella storia è una storia disonesta.

Ancora una volta la lezione della storia è quella per la quale le speranze di salvezza degli ultimi, degli oppressi, delle vittime predestinate passa prioritariamente per le loro mani, per la loro intelligenza, per la loro assunzione di responsabilità personale, per la loro resistenza. Specie quando, come in questo caso, quella storia è una storia disonesta.

"A volte, quando taluno, mi chiede che vita io faccia, sono solito rispondere che frequento assassini e complici di assassini. [....] All'inizio ero convinto di dovermi confrontare con una sorta d'impero del male, con un mondo alieno da attraversare giusto il tempo necessario per poi ritornare nel mondo degli onesti, delle persone normali. Poi lentamente la linea di confine ha preso a divenire sfumata, fino quasi a dissolversi. Inseguendo le loro tracce, sempre più spesso mi accadeva di rendermi conto che il mondo degli assassini comunica attraverso mille porte girevoli con insospettabili salotti e con talune stanze ovattate del potere. Ho dovuto prendere atto che non sempre avevano volti truci e stimmate popolari. Anzi i peggiori tra loro avevano frequentato le nostre stesse scuole, potevi incontrarli nei migliori ambienti e talora potevi vederli in chiesa battersi il petto accanto a quelli che avevano già condannato a morte." (R. Scarpinato, Procuratore generale di Palermo)

"Due casi di tumore in più all'anno... una minchiata." (R.F., dall'intercettazione di una telefonata con uno dei suoi avvocati)

Come vengono smaltite le ceneri delle centrali a carbone?

di **Salute Pubblica** · 28 Settembre 2012

L'attuale localizzazione delle Centrali a carbone è stata decisa in tempi in cui non erano forse noti, con la precisione attuale, i loro effetti negativi sulla salute di lavoratori e cittadini residenti nelle vicinanze degli impianti. L'attività di produzione di energia con il carbone ha dei costi che vengono pagati dalla collettività in termini di salute ma anche di riduzione di altre attività produttive, come l'agricoltura e il turismo. Si pensi alla terra fertile presente a sud, e alla costa nord lungo la litoranea Brindisi-Apani.
I rischi per l'ambiente e per la salute derivanti dalle emissioni in atmosfera a causa delle quantità di carbone bruciato, sono, per "fortuna" al centro del dibattito. Poco si discute invece del problema dello smaltimento e dello stoccaggio delle ceneri prodotte dalla combustione.
Le ceneri sono molto più pericolose delle polveri di carbone perchè rappresentano un concentrato di sostanze tossiche, quali per esempio gli idrocarburi policiclici aromatici, i metalli pesanti e le poveri silicee - che non si sono diffuse in atmosfera con la combustione ma rimangono nei bruciatori e nei filtri. Tutti e tre i tipi di sostanze sono cancerogeni certi ed i silicati danno anche fibrosi polmonari gravi ed irreversibili. Specifici studi, effettuati dall'EPA (Environmental Protection Agency) negli Stati Uniti, hanno evidenziato anche casi di contaminazione delle falde acquifere con inquinamento dell'acqua potabile a causa dei metalli pesanti provenienti da depositi di ceneri.
Sarebbe interessante conoscere le procedure di smaltimento delle ceneri, il loro percorso dalle caldaie alle discariche. Forse, il molo carbonifero di Costa Morena meriterebbe una valutazione più attenta anche sotto l'aspetto della movimentazione delle ceneri di scarto della combustione. Una sommaria idea ce la siamo fatta vedendo le operazioni sul molo carbonifero nel porto di Brindisi, peraltro molto, troppo, vicino alla città. Le immagini, scattate il pomeriggio del 31 agosto scorso durante una gita in barca nel porto, parlano da sole. Sul molo carbonifero di Costa Morena una pala meccanica carica materiale scuro e polveroso (ceneri pesanti o fanghi?) da un container scoperto su una nave ormeggiata, il tutto senza imballaggi di alcun tipo.

Due domande sorgono spontanee:

1) il trasporto di queste sostanze può avvenire a cielo aperto o deve essere prima protetto in appositi imballaggi?
2) I nomi dei lavoratori addetti alla manipolazione di queste sostanze sono riportati nel registro degli esposti ai cancerogeni che il datore di lavoro ha l'obbligo di istituire in simili circostanze?

Salute Pubblica

Studi scientifici e Collaborazioni

- DOSSIER "Inquinamento nel Comune di Brindisi", in collaborazione con Medicina Democratica, Maggio 2009
- DOSSIER "Salute e Ambiente a Brindisi", Marzo 2013
- DOSSIER "La mortalità generale nei quartieri del Comune di Brindisi 2002-2014, Ottobre 2015
- Partner nel progetto "La salute: un bene condiviso. L'accesso degli immigrati ai servizi socio-sanitari e alla prevenzione". Proposto dall'associazione Farsi Solidali di Nardò, Approvato e Finanziato dalla Regione Puglia nell'ambito dei progetti realizzati da associazioni del terzo settore per l'inclusione sociale e l'integrazione culturale degli immigrati e dei loro nuclei familiari D.G.R. n. 853 del 3.05.2013
- Contributo alla procedura di VIA per l'impianto produzione combustibile secondario della ditta A2A presso l'Amministrazione Provinciale di Brindisi, 31 maggio 2014
- Adesione alla petizione "Aria Pulita" presso la UE (Commissione e Parlamento Europeo) sottoscrivendo un documento con altre associazioni ed organizzazioni per opporsi alla proposta di ritiro del "Pacchetto Aria" ritenuto strumento estremamente importante a protezione dell'ambiente,1 dicembre 2014
- DOSSIER sull'inquinamento a Brindisi con evidenze ambientali e sanitarie redatto in collaborazione con Associazione Peacelink e presentato alla Commissione Europea il 19 novembre 2014. Il dossier è stato accolto il 24 marzo 2015.
- Osservazioni nell'ambito della VIA per la "Realizzazione di un deposito costiero di idrocarburi - gasolio e benzina - con annesso terminale di carico sito nell'area prospiciente la banchina Costa Morena Riva del porto di Brindisi", 5 novembre 2015

Attivita' Legale

Salute Pubblica è parte civile nei seguenti processi per reati ambientali, tuttora in corso di svolgimento:

- Processo pendente innanzi al Tribunale di Brindisi contro Enel (c.d. carbonile-nastro trasportatore Enel): costituzione di parte civile accolta nell'udienza del 14 gennaio 2013 per i reati di danneggiamento (art. 635 c.p.) e getto pericoloso di cose.
- Processo pendente innanzi al Tribunale di Lecce contro Oil Salento e dipendente Comune di Veglie (c.d. Sansificio di Veglie): costituzione di parte civile accolta nell'udienza del 29 ottobre 2014 per il reato di lottizzazione abusiva (art. 44 lett. c) del D.P.R. 380/01).
- Processo penale pendente innanzi al Tribunale di Brindisi contro "Vinci + 13" (c.d. Fanghi ex Belleli di Taranto): costituzione di parte civile accolta nell'udienza del 24 settembre 2015, insieme a quelle di Italia Nostra, Comune di Mesagne e Provincia di Brindisi, per i reati di "attività di gestione di rifiuti non autorizzata e discarica non autorizzata", art. 256, D. Lvo 152\2006".

Principali eventi promossi da Salute Pubblica

- Percorsi di Salute Pubblica "La decrescita solidale" in collaborazione con Medicina Democratica, Brindisi 20 gennaio 2009
- Presentazione del libro "La Sanità malata" di Maurizio Portaluri in collaborazione con Medicina Democratica, Mesagne 28 Gennaio 2009
- Presentazione del libro di Carlo Vulpio "Roba Nostra" in collaborazione con Medicina Democratica, Brindisi 31 gennaio 2009
- Presentazione del libro "Un rumore di gabbiani" di Giuseppe Cristaldi, Brindisi 27 febbraio 2009
- Percorsi di Salute Pubblica "Acqua bene comune" in collaborazione con Medicina Democratica, Brindisi 6 marzo 2009
- Percorsi di Salute Pubblica "Energie pulite" in collaborazione con Medicina Democratica, Brindisi 3 aprile 2009
- Spettacolo teatrale di Alessandro Langiu "Angolo Somma zero" in collaborazione con Medicina Democratica, Mesagne 4 aprile 2009

- Presentazione libro di Carlo Vulpio “La città del nuvole” in collaborazione con Medicina Democratica, con la proiezione del documentario di Chiara Zilli “A li tiempi mei era tutta campagna”, Brindisi 20 novembre 2009
- Presentazione della rivista “Salute Pubblica” in collaborazione con Terra Rossa, Mesagne 24 aprile 2010
- I libri della salute pubblica: presentazione del libro “Geopolitica dell’acqua” di Margherita Ciervo, Brindisi 4 giugno 2010
- Presentazione della rivista “Salute Pubblica” in collaborazione con Terra Rossa) Mesagne 19 novembre 2010
- Tavola rotonda “Il registro dei lavoratori esposti ad agenti cancerogeni” Brindisi 2 dicembre 2011
- Presentazione del libro Geopolitica dell’acqua di Margherita Ciervo, Mesagne 15 dicembre 2011
- I libri della Salute Pubblica: Presentazione con Patrizia Gentilini del libro “Il Fuoriuscito” di Renzo Tomatis, Mesagne 13 gennaio 2012
- Incontro-dibattito: “Lavoro, ambiente, salute, giustizia: Brindisi apre la sua vertenza civile” in collaborazione con Brindisi Bene Comune, Brindisi 28 aprile 2012
- Rassegna “Sulla terra viva” Presentazione del libro “Dark economy” di Enrico Fontana in collaborazione con I presidi del libro, Fasano 12 maggio 2012
- Rassegna “Sulla terra viva” Presentazione del libro “Terracarne” di Franco Arminio in collaborazione con I presidi del libro, Fasano 25 maggio 2012
- 7 novembre 2012 Incontro-dibattito “La salute vicino alle centrali a carbone” - Tuturano Centro culturale
- Aprile - Luglio 2013 “Cantiere di socioanalisi narrativa” Cooperativa Sensibili alle Foglie, presso la sede sociale di via Appia a Brindisi
- 15 novembre 2013 Seminario di studi “La tutela civile dell’ambiente e della salute pubblica” relatrice Valeria Corriero , Brindisi Polo Universitario
- 13 dicembre 2013 incontro di studio “L’utilità sociale dell’epidemiologia” relatore Valerio Gennaro, Brindisi Palazzo Nervegna.

- 15 febbraio 2014 Presentazione del libro di Francesco Gesualdi “Le Catene del debito e come possiamo spezzarle” in collaborazione con Equo e non solo, Tenda per la pace e Residenza teatrale Thalassia, Brindisi ex Convento S. Chiara.
- 20 febbraio 2014 Assemblea pubblica “Processo Enel, facciamo il punto” in collaborazione con Medicina Democratica e Brindisi Bene Comune, Brindisi Sala Mario Marino Guadalupi.
- 6 marzo 2014 Dibattito “Inquinamento e danni alla salute: cosa il cittadino deve sapere” in collaborazione con Avis e Ant Mesagne, Teatro comunale di Mesagne.
- 11 aprile 2014 Incontro pubblico con Frei Betto su “Idealità e Prassi Politiche” Brindisi in collaborazione con Associazione Frontiere, Rete Radiè Resch, Caritas Diocesana Brindisi-Ostuni, Azione Cattolica Diocesana Brindisi-Ostuni, Parrocchia Cuore Imm. Maria Perrino, Parrocchia San Vito, Egherthe-Ostuni, Namaste’, Lev Effatha - Sandonaci, Tenda Per La Pace - Brindisi, Aifo - Ostuni, MEIC (Movimento Ecclesiale di Impegno Culturale) - Puglia, Ufficio di Pastorale Sociale – Diocesi Brindisi-Ostuni. Brindisi Teatro Parrocchiale San Vito.
- 18 giugno 2014 Presentazione del libro di Renato Curcio “Il pane e la morte - Lo scambio salute-lavoro nel polo industriale brindisino” in collaborazione con i No al Carbone. Brindisi Susumaniello.
- 12 giugno 2015 Presentazione del film-documentario di Fulvio Grimaldi “l’Italia al tempo della peste” in collaborazione con i No al Carbone. Brindisi Susumaniello.
- 24 giugno 2015 Incontro pubblico “Quando in Puglia la sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex-esposti all’amianto e ai cancerogeni?” Brindisi Piazza Vittoria.
- 8 ottobre 2015 Presentazione del libro di Albina Colella e Massimo Civita “L’impatto ambientale del petrolio in mare e in terra” Brindisi Scuola Media Salvemini.
- 15 ottobre 2015 Incontro pubblico con Raniero La Valle “Cambiamenti strutturali e comportamenti personali per la cura della casa comune” in collaborazione con Manifesto 4 Ottobre. Brindisi Palazzo Nervegna.
- 25 febbraio 2016 incontro “Pensiamo di saper cucinare in sicurezza? Un focus sui vantaggi e gli svantaggi di alcuni metodi di cottura sotto il profilo Igienico Sanitario” realtrice Sabina Rubini. Brindisi Susumaniello.

La medicina deve essere:

preventiva nel senso più genuino e intrepido non esaurendosi nella diagnosi precoce di malattie già accettate nel momento in cui sono accertate; promuovendo, invece, e difendendo la salute umana da tutte le offese dell’ambiente di lavoro e di vita fino a piegare queste a quella e non viceversa;

sociale nel senso che sappia rivolgere e portare il suo intervento nella comunità reale in cui l’uomo vive, opera e realizza se stesso, senza strappare o ignorare, come da sempre, queste sue radici ma riconoscendovi, anzi, la testimonianza dell’assoluta inseparabilità della salute collettiva da quella individuale;

collettiva nel senso che, superando qualsiasi forma presente o imminente del sistema mutualistico burocratico, parassitario e inefficace, dichiari e realizzi l’assunzione integrale da parte della collettività partecipante del diritto di porsi come soggetto non solo di salute ma anche di sanità;

umana nella misura in cui - recuperato il colloquio perduto tra una medicina sempre più oggettivante ed una sofferenza più soggettivata, ricomposti i frammenti di un atto medico denaturato dalla mercificazione e dalla oblazione al potere - restituisca al malato e al medico la loro integrità che li faccia essere finalmente della stessa parte: quella dell’uomo contro il potere, quella del lavoro contro il capitale.

Giulio A. Maccacaro, 1976

salute Pubblica

ricerca documentazione in-formazione

CSVPOIESIS

Centro Servizi al Volontariato provincia di Brindisi

www.salutepubblica.net – salutepubblicapress@gmail.com

ISBN 9788894197907