

Salute pubblica

per una medicina
preventiva sociale collettiva umana

SUPPLEMENTO DELLA RIVISTA
MEDICINA DEMOCRATICA

ANNO I, NUMERO II

11 OTTOBRE 2007

SOMMARIO:

Addio a Lorenzo Tomatis

Redazione

Ultime dallo IARC

Redazione

Le diossine a Taranto

di Maurizio Portaluri

Salute e precarietà del lavoro

di Fulvio Aurora

**Al servizio sanitario pugliese
serve uno scossone**

di Maurizio Portaluri

La salute in Albania

di Emilio Gianicolo

Lettere alla redazione

Addio a Lorenzo Tomatis

Redazione

Venerdì 21 settembre è morto a Lione Lorenzo Tomatis, ricercatore che ha dedicato la sua vita ai **rischi sanitari di origine**

a m b i e n t a l e .

Il suo nome è legato allo **IARC** (Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro) e, in particolare, alle monografie sulla valutazione dei rischi da esposizione a cancerogeni.

Uno dei suoi allievi e più stretti collaboratori, Rodolfo Saracci, ricorda come Tomatis avesse saputo creare un ambiente di lavoro in cui "si poteva guardare avanti nello sviluppo di idee e programmi, senza dover spendere e tempo e mente per guardarsi le spalle come accade nella maggiorparte dei contesti di lavoro". Le parole che seguono ben sintetizzano il pensiero di Tomatis a proposito della **prevenzione primaria**.

"Quando si parla di prevenzione del cancro, tutti pensano alla cosiddetta diagnosi precoce, ma c'è una prevenzione che si può fare a monte,

cercando non di limitare i danni della malattia diagnosticandola al più presto, quanto piuttosto di evitare l'insorgere del cancro, impedendo l'esposizione alle sostanze che lo provocano. La

prevenzione primaria si occupa proprio di questo: fare ricerca sulle sostanze naturali o sintetiche per capire quali sono cancerogene e, una volta individuate, suggerire alle autorità sanitarie delle misure di salute pubblica per toglierle dalla circolazione. Si tratta di una strategia che protegge tutti - il ricco come il povero - ma purtroppo è bistrattata da scienziati, politici e autorità sanitarie".



Lorenzo Tomatis
(Sassoferrato 1929—Lione 2007)

Tomatis non è più tra noi. Lascia un vuoto incolmabile. Muore avendo vissuto da uomo libero e da ricercatore impegnato per il progresso umano e civile della collettività.

Addio professore!

Ultime dallo IARC

Tradotto da Redazione

I fattore cancerogeno dell'1,3 di butadiene, dell'ossido di etilene, cloruro di vinile, fluoruro di vinile, bromuro di vinile.

Articolo originale di Yann Grosse, Robert Baan, Kurt Straif, Béatrice Secretan, Fatiha El Ghissassi, Véronique Bouvard, Andrea Altieri, Vincent Cogliano, on behalf of the WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group

Lo scorso giugno, 25 scienziati provenienti da 8 paesi, si sono incontrati a Lione, Francia, all'**International Agency for Research on Cancer** (IARC), per esaminare il fattore cancerogeno dell'1,3 di butadiene, dell'ossido di etilene, cloruro di vinile, fluoruro di vinile, bromuro di vinile. Questi gas industriali o i loro metaboliti epossidici sono mutageni che agiscono direttamente e provocano tumori maligni in molti siti dei roditori. Queste valutazioni saranno pubblicate nel vol. 97 dell' IARC Monographs.¹ I dettagli si possono trovare al seguente indirizzo: <http://monographs.iarc.fr/>.

L' 1,3 di butadiene è usato soprattutto per la produzione di gomme sintetiche e polimeri. Le concentrazioni nei posti di lavoro in Canada, negli Usa e nell'ovest dell'Europa, sono di solito inferiori a 2 mg/m³, ma possono essere più elevati nei paesi dove si usano vecchie tecnologie.

Alcuni lavori sono anche caratterizzati da elevate esposizioni a breve termine (~200 mg/m³). Il butadiene è anche un sottoprodotto di combustione molto diffuso negli ambienti ad alte concentrazioni.

Studi di inalazione su topi hanno mostrato l'aumento delle incidenze del linfoma e delle neoplasie del polmone, del fegato, del rene, del cuore, del prestomaco, della ghiandola di Harder, della ghiandola del prepuzio, delle ovaie, della ghiandola della mammella.^{2,3} Uno studio simile su ratti ha mostrato un'incidenza tumorale nel pancreas, alla tiroide, alla ghiandola

di Zymbal, ai testicoli, all'utero e alla ghiandola della mammella.⁴

Uno studio epidemiologico in un'industria⁵ di gomma di stirolo di butadiene, ha esaminato la mortalità di circa 17.000 lavoratori in 8 impianti negli Usa e Canada. Fu scoperto un aumento di rischio di mortalità dalla leucemia cronica linfatica e mielogena, nei lavoratori maggiormente esposti, soprattutto coloro assunti prima e durante gli anni '50 o coloro impiegati per lunghi periodi di tempo (10 anni).

Inoltre, in uno studio su lavoratori coinvolti in una produzione di monomero di butadiene⁶, fu scoperta un'associazione con un infoma di non-Hodgkin.

Dati meccanici confermano le seguenti conclusioni: il butadiene è metabolizzato in epossidi, che formano addotti di DNA negli uomini e nei roditori e provocano micronuclei nei topi e micronuclei e aberrazioni crosomiche, nei linfociti umani in vitro.⁷

Il Working Group ha classificato il 1,3 butadiene come "cancerogeno per gli esseri umani"(Group I)⁸, sulla base di "prova sufficiente", negli uomini con un aumento di rischio di leucemia.

L'ossido di etilene è usato per la produzione di composti chimici, sebbene molte esposizioni umane si considerano dall'uso nella sterilizzazione di strumenti medici. Uno studio di inalazione su topi ha mostrato un aumento di incidenza di tumori alveolari e bronchiolari del polmone, tumori alla ghiandola di Harder, linfomi maligni, adenocarcinoma uterino, e carcinoma della mammella⁹.

Esperimenti di inalazioni su ratti maschi e femmine hanno mostrato un aumento dell'incidenza di leucemia cellulare e mononucleare, tumori del cervello, mesotelioma

Ultime dallo IARC (segue da pagina 2)

peritoneale dei testicoli, fibromi sottocutanei¹⁰.

Uno studio chiave epidemiologico¹¹ ha coinvolto 18.000 impiegati in 14 impianti industriali negli Usa, dove l'ossido di etilene fu usato come sterilant. Questo studio trasse beneficio da un basso potenziale per confondere esposizioni concomitanti con altri prodotti chimici. Sebbene non ci fosse un aumento complessivo nel rischio della mortalità dal linfoma di non-Hodgkin o mieloma multiplo, analisi interne mostrarono delle associazioni tra esposizioni cumulative e la mortalità dai tumori linfatici (per es.: linfoma di non-Hodgkin, mieloma multiplo, leucemia linfatica cronica) negli uomini. Tuttavia, i risultati ottenuti da un'altra coorte di studi di esposizioni da ossido di etilene non si mostrarono chiaramente o ripetutamente ad un aumento del rischio per questi tumori, nonostante qualche volta fossero riportati aumenti limitati del rischio.

Un aumento nel cancro del seno è stato più volte riportato in altri studi, per quanto, un'analisi interna di uno studio su 7500 donne¹² ha mostrato una significativa relazione responso-esposizione tra un'esposizione di ossido di etilene e l'incidenza del cancro alla mammella, con il duplice rischio tra donne con le più alte esposizioni cumulative. Sebbene la prova epidemiologica fu "limitata", il Working Group classificò l'ossido di etilene come "cancerogeno per gli esseri umani" (Group I)⁸ prendendo in considerazione che: l'ossido di etilene è un agente alchilate che reagisce direttamente con il DNA; provoca un aumento di dose-collegata nella quantità di addotti di emoglobina negli esseri umani e nei roditori; induce addotti di DNA nei topi¹³⁻¹⁴, agisce ripetutamente come mutageno e clastogeno a tutti i livelli filogenetici; provoca traslocazioni trasmissibili nelle cellule germinali dei ratti¹⁵, provoca un aumento di dose-collegata nella frequenza di scambio di cromatidio (sister), aberrazioni cromosomiche, e formazione di micronucleo nei linfociti dei lavoratori esposti.¹⁶ I due effetti sono stati mostrati per essere associati ad un aumento di rischio per il cancro agli esseri umani.

L'esposizione dei lavoratori al cloruro di vinile, è diminuita nel

nord America e nell'Europa dell'ovest (da <1 mg/m³) come risulta da regole adottate e attuate dopo l'identificazione del cloruro di vinile come prodotto cancerogeno per gli esseri umani, negli anni '70. Tuttavia, un numero di lavoratori in crescente aumento in tutto il mondo, è esposto al cloruro di ossido, alcuni dei quali vivono in paesi dove l'esposizione è meno controllata severamente. Quando inalato, il cloruro di vinile provoca angiosarcomi (in alcuni siti) e tumori alla mammella nei topi, ratti, e porcellini d'india, tumori al polmone nei topi e carcinomi epatocellulari nei ratti.^{18,19}

Dopo la somministrazione orale nei ratti, si sono anche scoperti angiosarcomi al fegato e carcinomi epatocellulari.²⁰

Prove derivate da studi su animali suggeriscono una predisposizione precoce nella vita. L'esposizione perinatale nei ratti porta ad alte incidenze di angiosarcomi e carcinomi epatocellulari nei figli (progenie), ma non negli allevatori esposti per lo stesso periodo di tempo.^{18,21} Gli animali di quasi 4 settimane sono particolarmente predisposti alla formazione e insistenza di addotti del DNA indotti dal cloruro di vinile.

Due ampi studi negli impianti che producono cloruro di vinile, cloruro di polivinile o prodotti di cloruro di polivinile hanno mostrato un sostanziale incremento nel relativo rischio per l'angiosarcoma del fegato nei lavoratori esposti, questo rischio aumenta notevolmente con durata di esposizione^{23,24} o esposizione cumulativa²⁴.

Un'analisi interna²⁴, basata su pazienti con carcinoma epatocellulare confermato istologicamente, ha mostrato che il rischio per questo tumore è aumentato considerevolmente con un'esposizione cumulativa, che fu sostenuta da un'altra coorte di studio.²⁵ Insieme alla scoperta, che il cloruro di vinile aumenta il rischio di cirrosi²⁶, un fattore di rischio del carcinoma epatocellulare, questi risultati tengono conto della "prova sufficiente" negli esseri umani che provoca l'angiosarcoma del fegato e

Ultime dallo IARC (segue da pagina 3)

il carcinoma epatocellulare, portando alla classificazione unica del cloruro di vinile come “cancerogeno agli esseri umani”. (Group I)⁸

Esiste qualche prova del rischio in aumento per il tumore al polmone e neoplasmi maligni del tessuto connettivo e molle. Il fluoruro di vinile e il bromuro di vinile sono gas usati soprattutto per la produzione dei loro rispettivi polimeri. Il Working Group prese in considerazione tutti i possibili studi che avevano mostrato un responso costantemente parallelo tra questi prodotti chimici e il cloruro di vinile, e classificarono il fluoruro di vinile e il bromuro di vinile separatamente come “probabilmente cancerogeno per gli esseri umani”(Group 2°).⁸ Si sottolineò che per scopi pratici, questi prodotti si sarebbero dovuti comportare similmente all’agente cancerogeno umano, il cloruro di vinile.

Bibliografia

¹ IARC. *IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans*. Volume 97.

^{1,3} *Butadiene, ethylene oxide, and vinyl halides (vinyl fluoride, vinyl chloride and vinyl bromide)*. Lyon: International Agency for Research on Cancer (in press).

² *National Toxicology Program. NTP toxicology and carcinogenesis studies of 1,3-butadiene (CAS No. 106-99-0) in B6C3F1 mice (inhalation studies)*. Natl Toxicol Program Tech Rep Ser 1984; 288: 1-111.

³ *National Toxicology Program. NTP toxicology and carcinogenesis studies of 1,3-butadiene (CAS No. 106-99-0) in B6C3F1 mice (inhalation studies)*. Natl Toxicol Program Tech Rep Ser 1993; 434: 1-389

⁴ Owen PE, Glaister JR, Gaunt IF, Pullinger DH. *Inhalation toxicity studies with 1,3-butadiene. 3. Two year toxicity/ carcinogenicity study in rats*. Am Ind Hyg Assoc J 1987; 48: 407-13.

⁵ Gra. JJ, Sathiakumar N, Macaluso M, Maldonado G, Matthews R, Delzell E. *Chemical exposures in the synthetic rubber industry and lymphohematopoietic cancer mortality*. J Occup Environ Med 2005; 47: 916-32.

⁶ Ward EM, Fajen JM, Ruder AM, Rinsky RA, Halperin WE, Fessler-Flesch CA. *Mortality study of workers in 1,3-butadiene production units identified from a chemical workers cohort*. Environ Health Perspect 1995; 103: 598-603.

⁷ Murg MN, Schuler M, Eastmond DA. *Evaluation of micronuclei and chromosomal breakage in the 1cen-q12 region by the butadiene metabolites epoxybutene and diepoxybutane in cultured human lymphocytes*. Mutagenesis 1999; 14: 541-46.

⁸ IARC. *Preamble to the IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans*. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Preamble/CurrentPreamble.pdf> (accessed July 9, 2007)

⁹ *National Toxicity Program. NTP toxicology and carcinogenesis studies of ethylene oxide (CAS No. 75-21-8) in B6C3F1 mice (inhalation studies)*. Natl Toxicol Program Tech Rep Ser 1987; 326: 1-114.

¹⁰ Snellings WM, Weil CS, Maronpot RR. *A two-year inhalation study of the carcinogenic potential of ethylene oxide in Fischer 344 rats*. Toxicol Appl Pharmacol 1984; 75: 105-17.

¹¹ Steenland K, Stayner L, Deddens J. *Mortality analyses in a cohort of 18 235 ethylene oxide exposed workers: follow up extended from 1987 to 1998*. Occup Environ Med 2004; 61: 2-7.

¹² Steenland K, Whelan E, Deddens J, Stayner L, Ward E. *Ethylene oxide and breast cancer incidence in a cohort study of 7576 women (United States)*. Cancer Causes Control 2003; 14: 531-39.

¹³ Walker VE, Fennell TR, Upton PB, MacNeela JP, Swenberg JA. *Molecular dosimetry of DNA and hemoglobin adducts in mice and rats exposed to ethylene oxide*. Environ Health Perspect 1993; 99: 11-17.

¹⁴ Walker VE, Wu KY, Upton PB, et al. *Biomarkers of exposure and effect as indicators of potential carcinogenic risk arising from in vivo metabolism of ethylene to ethylene oxide*. Carcinogenesis 2000; 21: 1661-69.

¹⁵ WHO. *CICAD. Ethylene oxide. 54. Geneva: World Health Organisation, 2003*. www.inchem.org/documents/cicads/cicads/cicad54.htm (accessed July 16, 2007).

¹⁶ Bates AD, Grummt T, Tornqvist M, et al. *Biological and chemical monitoring of occupational exposure to ethylene oxide*. Mutat Res 1991; 250: 483-97.

¹⁷ Bo. etta P, van der Hel O, Norppa H, et al. *Chromosomal aberrations and cancer risk: results of a cohort study from Central Europe*. Am J Epidemiol 2007; 165: 36-43.

¹⁸ Maltoni C, Lefemine G, Ciliberti A, Cotti G, Carretti D. *Carcinogenicity bioassays of vinyl chloride monomer: a model of risk assessment on an experimental basis*. Environ Health Perspect 1981; 41: 3-29.

¹⁹ Drew RT, Boorman GA, Haseman JK, McConnell EE, Busey WM, Moore JA. *The effect of age and exposure duration on cancer induction by a known carcinogen in rats, mice, and hamsters*. Toxicol Appl Pharmacol 1983; 68: 120-30.

²⁰ Feron VJ, Hendriksen CFM, Speek AJ, Til HP, Spit BJ. *Lifespan oral toxicity study of vinyl chloride in rats*. Food Cosmet Toxicol 1981; 19: 317-33.

²¹ Maltoni C, Cotti G. *Carcinogenicity of vinyl chloride in Sprague-Dawley rats after prenatal and postnatal exposure*. Ann N Y Acad Sci 1988; 534: 145-59.

²² Morinello EJ, Koc H, Ranasinghe A, Swenberg JA. *Differential induction of N(2),3-ethenoguanine in rat brain and liver after exposure to vinyl chloride*. Cancer Research 2002; 62: 5183-88

²³ Mundt KA, Dell LD, Austin RP, Luippold RS, Noess R, Bigelow C. *Historical cohort study of 10 109 men in the North American vinyl chloride industry, 1942-72: update of cancer mortality to 31 December 1995*. Occup Environ Med 2000; 57: 774-81.

²⁴ Ward E, Bo. etta P, Andersen A, et al. *Update of the follow-up of mortality and cancer incidence among European workers employed in the vinyl chloride industry*. Epidemiology 2001; 12: 710-18.

²⁵ Pirastu R, Baccini M, Biggeri A, Comba P. *[Epidemiologic study of workers exposed to vinyl chloride in Porto Marghera: mortality update]*. Epidemiol Prev 2003; 27: 161-72.

²⁶ Mastrangelo G, Fedeli U, Fadda E, et al. *Increased risk of hepatocellular carcinoma and liver cirrhosis in vinyl chloride workers: synergistic effect of occupational exposure with alcohol intake*. Environ Health Perspect 112: 1188-92.

Le diossine a Taranto:

una tipica questione sanitaria di prevenzione primaria.

di Maurizio Portaluri*

L'ILVA di Taranto, già costantemente al centro della cronaca regionale e nazionale per i gravissimi incidenti sul lavoro, lo è ancor più in questi mesi perché per la prima volta nella sua lunga storia è stata oggetto, da parte di un organismo pubblico come l'ARPA, di rigorosi controlli sulle sue emissioni. A sollecitarli era stato, come spesso fortunatamente avviene, un movimento di cittadini noto per il suo impegno serio e competente: Peacelink. I risultati dei controlli hanno un sicuro interesse di carattere ambientale ma ne hanno di certo uno sanitario. Le cosiddette diossine sono infatti implicate nello sviluppo di alcuni tumori maligni ed in questa opera nefasta agiscono a dosi anche molto basse. L'ARPA ha detto chiaramente che la quantità dei 17 tipi di diossine tossiche misurata non può essere confrontata con i limiti previsti dalla vigente normativa italiana che riguarda, in violazione delle più restrittive prescrizioni europee, tutti gli oltre cento tipi di diossine. Ciò che emerge dalla relazione preliminare è che i dati giornalieri riscontrati sono comunque al di sopra di alcuni multipli dei limiti più alti adottati in Europa dalla Gran Bretagna e di molti multipli oltre il limite adottato dalla Germania e, in Italia, dal Friuli Venezia Giulia cioè 0,4 ng I-TEQ/Nm³. Ma, lo sappiamo, un cancerogeno è un cancerogeno ed agisce senza soglia e cioè anche a dosi bassissime. Portare le emissioni di diossine a Taranto al valore più basso normativamente e tecnologicamente possibile è una necessaria ed urgente azione di sanità pubblica.

Peacelink ci ricorda che a Seveso fuoriuscirono circa 3 kg di diossine in un giorno mentre a Taranto il doppio in 40 anni. Molti si eserciteranno a dirci se sia più dannosa un'azione protratta o una acuta. Una cosa è certa e cioè che non si possono esporre le popolazioni ai cancerogeni in modo generalizzato ed inconsapevole, né attendere di contare i

morti per fare le opportune valutazioni ed, eventualmente, pensare ai rimedi. Qui interessa ribadire che sulla prevenzione dei tumori dobbiamo tenere tutti un atteggiamento fermo ed univoco. Questo vale per le sostanze emesse dai poli industriali ed energetici della Puglia (diossine, IPA, arsenico, benzene, amianto, cadmio ecc.) così come per quelle provenienti dal traffico veicolare e dagli impianti termici, domestici ed industriali.

I morti ed i malati di cancro di Taranto, Brindisi, Bari e Manfredonia attendono ancora giustizia e chissà se le responsabilità penali verranno mai riconosciute mentre i risarcimenti in sede civile avanzano tra mille difficoltà procedurali. Queste tragiche storie ci dicono che non è né etico né legittimo confidare nel risarcimento futuro del danno. Ogni sforzo deve essere compiuto oggi perché le cause ambientali dei tumori siano identificate, localizzate, abbattute ai livelli permessi dalle migliori tecnologie disponibili ed ove possibile eliminate.

Questa dell'ILVA è una occasione da non perdere per fare della vera prevenzione, cioè la prevenzione primaria, quella che riconosce e rimuove tempestivamente le cause dei tumori. E' un'occasione per la scienza e per la politica di stare dalla parte dell'uomo. In queste ore ci è giunta la dolorosa notizia della scomparsa di Lorenzo Tomatis, l'oncologo italiano che per tanti anni ha guidato a Lione l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro, pioniera della prevenzione primaria col suo lavoro di riconoscimento della cancerogenicità di tanti agenti chimici e fisici, un italiano che non riceverà gli onori tributati a Pavarotti nonostante abbia salvato con le sue scoperte tante vite umane. Uno delle sue ultimissime fatiche è stata una relazione sulle diossine nel sangue dei cittadini di Mantova esposti alle immissioni di un inceneritore industriale. Da lui ci viene un monito pertinente alla nostra situazione: "una prevenzione

Le diossine a Taranto (segue da pagina 5)

primaria efficace può essere messa in atto nei confronti di agenti causali prima di conoscerne i meccanismi di azione. Ricordare questa evidenza di sanità pubblica non significa in alcun modo voler sminuire il valore della ricerca di base sui meccanismi ma solo evitare che la pretesa di avere certezze meccanicistiche e assolute prima di adottare misure

preventive divenga un pretesto per dilazionarle e impedirle". Per Taranto non si cerchino pretesti, ma intanto si cominci con l'abbassare i limiti di emissione di diossine.

*** Medico**

Salute e precarietà del lavoro:

Dall'intervento al convegno della Sinistra Europea a Barcellona, 28/29 GIUGNO 07

di Fulvio Aurora*

Secundo un'indagine del sindacato dei lavoratori precari della CGIL (è importante sottolineare che i precari hanno iniziato ad organizzarsi) dal 2002 al 2004 si è registrato in Italia un aumento degli infortuni sul lavoro del 25,9%, passando da 5.904 a 7.438. Nel 2005 hanno subito infortuni ben 7678 lavoratori atipici (+ 3,25%). Sempre nel 2005 fra questi lavoratori 13 hanno trovato la morte.

Questi lavoratori (collaboratori – lavoratori a progetto) vengono utilizzati anche nell'industria. Un confronto con i lavoratori interinali (lavoratori assunti da una società e da questa inviati in varie aziende secondo necessità) sempre nel 2005 si sono registrati ben 13.361 infortuni, con 8 incidenti mortali, quindi meno dei 13 registrati fra gli atipici.

Nel 2005 sono state 1.650 le ispezioni degli Istituti previdenziali nelle aziende che impiegano questi lavoratori. Per quanto si sia trattato di pochissime ispezioni per mancanza di personale ispettivo adeguato, si è potuto verificare che nel 76% dei casi le collaborazioni mascheravano rapporti di lavoro di dipendenza. Un'ispezione che ha pure fatto scoprire che 232 aziende committenti non hanno mai assicurato 2.899 lavoratori costringendoli quindi a lavorare in nero.

Lavoratori atipici, interinali, lavoratori in nero sono anche accomunati dallo svolgere attività nocive, manipolare sostanze

tossiche senza protezione. Non è difficile incontrare situazioni cui ai lavoratori immigrati ad esempio viene affidato il compito di operare bonifiche di manufatti contenenti amianto senza informazioni e senza tutele.... Tanto ci vorranno anni prima che si manifesti qualche malattia asbesto correlata anche grave e sarà molto difficili dimostrarne la causa e le responsabilità.

La commissione parlamentare di indagine sugli infortuni (Senato della Repubblica italiana) nella sua relazione finale del 23 marzo 2006 ha osservato che per i lavoratori immigrati, negli ultimi anni, il tasso di infortuni denunciati all'INAIL (sul totale relativo a tutti i lavoratori) ha superato, in base ad un preoccupante e netto andamento di crescita, il valore del 13%. All'interno di tale percentuale, una quota assolutamente preponderante - superiore al 90% - concerne i lavoratori extracomunitari (non considerando naturalmente tra questi ultimi quelli provenienti da Paesi che fanno attualmente parte, in seguito all'ultimo allargamento, dell'Unione europea).

Diverse appaiono le cause della gravità dei dati suddetti: la pericolosità delle attività svolte (la distribuzione dei lavoratori extracomunitari per settore di attività è concentrata prevalentemente nell'edilizia e nell'industria dei metalli); l'inesperienza (dovuta spesso anche alla

Salute e precarietà del lavoro (segue da pagina 6)

giovane età) e la mancanza di un'adeguata informazione e formazione professionale; gli orari di lavoro, sovente eccessivi e debilitanti; le barriere linguistiche, che rappresentano un fattore di rischio - basti pensare, come esempio eclatante, alla mancata comprensione della segnaletica sul luogo di lavoro - nonché di ostacolo all'informazione e formazione.

Il lavoro irregolare, sicuramente comprensivo del lavoro nero e di gran parte di quello minorile e di quello extracomunitario, dilata in maniera esponenziale l'area dei rischi lavorativi, occulta un numero elevatissimo di infortuni - dal dieci al venti per cento di quelli denunciati - e fa emergere qualche dubbio sulle effettive dimensioni della riduzione complessiva degli infortuni medesimi negli ultimi anni.

Tale estesa anomalia risponde, tra l'altro, a molteplici variabili politiche, economiche e sociali e trova fertile humus sia nelle tendenze aziendali alla riduzione del costo del lavoro sia in un contesto socio-economico nel quale la necessità di guadagno costringe un numero sempre maggiore di persone a rinunciare a tutele e garanzie.

Tra i lavoratori in nero vanno compresi anche i lavoratori immigrati clandestini, i quali, praticamente privi di ogni diritto, sono costretti ad accettare qualunque condizione, rischiando, in caso d'infortunio, la mancanza di soccorso e l'abbandono in località lontana dal cantiere (come è successo in un caso concreto).

Solo marginalmente più favorevole è la posizione del lavoratore immigrato con permesso di soggiorno, il quale è pur sempre indotto dal bisogno ad accordarsi con il datore di lavoro nell'elusione della normativa previdenziale ed a prestare la propria opera in condizioni più rischiose (rispetto a quelle ordinarie).

L'esercito dei lavoratori in nero in Italia conta 3,3 milioni di persone (di cui 1,5 milioni al Sud e 1,8 al Centro-Nord), concentrate in larga parte nei settori delle costruzioni, dei servizi - con particolare riguardo al lavoro domestico retribuito di collaboratori familiari e badanti -, del commercio,

del tessile, abbigliamento e calzaturiero, nonché, soprattutto al Sud, nel settore agricolo. L'occupazione irregolare è presente per il 24,3% nel Centro Italia, per il 18,9% nel Nord-Est, per il 20,1% nel Nord-Ovest e per ben il 36,7% nel Mezzogiorno, dove un lavoratore su 4 è in nero. Il fenomeno, quindi, sebbene diminuito negli ultimi anni sul piano nazionale, torna a crescere al Sud, con picchi elevati in Calabria, in Campania e in Sicilia.

L'ISTAT (Istituto nazionale di statistica) quantifica in circa 516.000, solo nei settori agricolo e delle costruzioni, le unità di lavoro non regolari riferite a cittadini stranieri non comunitari; ad essi sono da aggiungere i lavoratori impegnati nei servizi alla persona, nelle imprese manifatturiere o in quelle tradizionalmente ad alta irregolarità (bar, ristoranti, agriturismi ecc.).

L'estrema debolezza economica, sociale e giuridica dei lavoratori extracomunitari li espone alle lusinghe ed al ricatto del lavoro nero, soprattutto in settori produttivi "polverizzati" come l'agricoltura.

Le cifre attestano un livello di rischio del lavoro degli extracomunitari molto più elevato rispetto alla media degli altri lavoratori. L'INAIL indica che nel 2004 gli infortuni tra i lavoratori extracomunitari sono stati 116.000, con una crescita del 6% rispetto al 2003 e del 25% rispetto al 2002; nello stesso anno, la quota di infortuni mortali relativa a lavoratori extracomunitari è stata pari a circa il 13% (rispetto al totale degli eventi mortali medesimi). Si calcola che il tasso di incidenza degli infortuni sia di circa 65 infortuni denunciati su 1000 assicurati, contro un tasso di poco superiore a 40 punti per gli occupati nel loro complesso. Tra le cause di tale elevata "rischiosità", la pericolosità dei lavori cui questi lavoratori sono adibiti (costruzioni ed industria dei metalli), la scarsa attuazione delle norme di sicurezza e la mancanza di formazione professionale adeguata, caratteristiche peculiari del predetto fenomeno.

Salute e precarietà del lavoro (segue da pagina 7)

Tra gli extracomunitari infortunati circa la metà proviene da Marocco, Albania e Romania, mentre, stranamente, pochi sono gli infortuni denunciati dalle pur numerose comunità di lavoratori filippini e cinesi.

Data la stretta relazione tra lavoro nero e migrazioni clandestine, la corretta gestione dei flussi migratori, ormai una risorsa della nostra economia, costituisce pure un valido strumento per arginare il lavoro sommerso.

Quasi interamente al mondo del lavoro nero appartiene, ovviamente con le sue specificità, anche il lavoro minorile, fenomeno in sicura espansione.

Pur nelle ovvie difficoltà di quantificazione, l'ISTAT stima in almeno 145.000 (escludendo da tale calcolo i minori immigrati ed i rom) il numero dei minori tra gli 11 ed i 14 anni di età coinvolti in attività lavorative (valore pari al 3,1% del totale dei minori compresi nella suddetta fascia anagrafica). Secondo altre stime, invece, i minori che lavorano, rom ed immigrati compresi, si avvicinerebbero alle 400.000 unità.

Le statistiche collocano l'Italia ben oltre la media europea (1,5%) e, comunque, oltre la media dei principali Paesi dell'Europa occidentale (2%).

Da una ricerca effettuata in alcune grandi città italiane (Torino, Milano, Verona, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Reggio Calabria, Catania) emerge che nel nostro Paese lavora un minore su cinque, con punte elevate in tutto il Mezzogiorno e nel Nord-Est, aree contraddistinte da modelli produttivi quasi antitetici.

Trattasi di forme di lavoro stagionali o occasionali, che riguardano prevalentemente l'agricoltura, le piccole aziende

manifatturiere, il commercio, la ristorazione, alcuni settori dell'artigianato. Prevalgono le collaborazioni con i genitori (70%) o le occupazioni presso parenti o amici (20,9%), e solo il 9,1% riguarda attività svolte presso terzi.

Nella banca dati INAIL non risulta ovviamente "alcun evento occorso a infortunati di età inferiore a quella minima legale", mentre, nell'anno 2004, risultano denunciati 9.496 infortuni relativi a minori degli anni diciotto (con una percentuale, molto vicina al 9% del totale degli infortuni denunciati, sicuramente viziata dall'occultamento degli eventi).

Un settore dove gli infortuni sono più frequenti e più gravi è quello dell'edilizia. L'edilizia è pure il settore dove i lavoratori precari e in nero sono più presenti.

Le tabelle sugli infortuni in evidenziano aumenti, anche considerevoli, sia dei dati generali sia di quelli relativi alle morti.

Tra le cause principali di infortunio mortale vi è la caduta dall'alto. Nelle microimprese (da 1 a 9 addetti), il rischio di infortunio mortale è superiore di circa 10 volte a quello che presentano le medie imprese (50-249 addetti). Tale dato è tanto più allarmante in quanto l'attuale dimensione media delle imprese edili con dipendenti è inferiore ai 5 lavoratori/anno e, secondo dati INAIL, sulle circa 730.000 aziende del settore, ben 400.000 sono imprese individuali. I problemi di sicurezza riscontrati più spesso riguardano l'assenza o l'insufficienza di protezioni e le inadeguatezze strutturali. La violazione della normativa costituisce la principale causa di morte sul lavoro nel

Tabella I Infortuni per anno di accadimento

Anno di accadimento	2000	2001	2002	2003
N° infortuni in genere	102.697	103.260	106.057	110.393
N° infortuni mortali	303	332	321	344

Salute e precarietà del lavoro (segue da pagina 8)

settore.

L'alta percentuale di infortuni occorsi il primo giorno di lavoro è un indicatore di lavoro irregolare che emerge al momento dell'incidente, in particolare un incidente mortale. (Ora una norma recente in Italia ha stabilito che l'assunzione deve avvenire il giorno prima dell'inizio del lavoro). Di nuovo, la concentrazione degli infortuni nei primissimi giorni di lavoro è ancora più accentuata nelle microimprese.

Dalle cause ai rimedi

Le forme di lavoro precario devono essere eliminate, almeno progressivamente limitate a delle eccezioni e per brevi periodi, soprattutto impedendo che il precariato diventi stabilità come succede per tutti i tipi di lavoro da quello manuale e quello dei ricercatori. Già questo dovrebbe avvenire nel sistema pubblico. Ad esempio abbiamo nel sistema sanitario italiano una buona parte di lavoratori (almeno un quarto) sono "esternalizzati", cioè lavorano per il pubblico, ma sono inquadrati in imprese private, in molti casi anche a svantaggio dei cittadini utenti, per mancanza di preparazione, o anche per stanchezza, quando per i bassi salari sono costretti a fare un doppio lavoro.

E poi c'è il sistema dei controlli i cui operatori potrebbero essere pagati dai risultati economici che tali controlli producono. Non è pertanto vero che si devono limitare al di sotto del minimo le loro assunzioni. E' inutile avere le leggi se poi queste sono non applicate o applicate solo in parte.

Nondimeno gli interventi di politica economica dei governi dovrebbero tendere ad aumentare la dimensione delle imprese. Queste se piccole e piccolissime, nel numero degli addetti, sono da un lato difficilissime da controllare e dall'altro, come abbiamo visto, sono quelle in cui l'incidenza di infortuni è più elevata.

E poi vi è una attività orientata alla difesa della salute.

Tutti i lavoratori dovrebbero essere dotati di un libretto sanitario conservato in doppia copia e aggiornato dal medico di medicina generale e dal medico competente (il medico nel luogo di lavoro),

Devono esserci le registrazioni puntuali degli infortuni e delle malattie da lavoro, particolarmente dei tumori professionali; le statistiche (incidenza e prevalenza) devono essere rese pubbliche, indicando i nomi delle aziende da dove malattie e infortuni provengono. Ad esempio in una regione italiana, il Veneto, dove l'autorità preposta alla compilazione del registro dei mesoteliomi (la gravissima malattia che deriva dall'esposizione all'amianto), ha pubblicato non solo il numero dei casi incidenti, ma anche il luogo (l'azienda) dove gran parte di questi si sono verificati. E' successo che l'autorità politica regionale tiene nascoste le pubblicazioni e non le diffonde invocando la privacy...)

La grossa difficoltà per i lavoratori precari è la loro capacità di difesa sindacale, e questo si ripercuote anche nel campo della difesa della salute. Diventa indispensabile che gli organismi sindacali territoriali e di luogo di lavoro se ne facciano carico; in altri termini dove non arriva il singolo, perché precario, ci deve arrivare l'organizzazione. Ad esempio i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) che derivano dalle direttive della UE sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, devono essere organizzati anche su base territoriale e non solo aziendale per comprendere anche i lavoratori precari e irregolari.

Ci deve pure essere un controllo pubblico sanitario e igienistico-ambientale nei luoghi di lavoro diverso da quello ispettivo del lavoro e previdenziale, pur essendo richiesto un coordinamento fra gli enti. Il controllo sanitario non può essere solo limitato alla sorveglianza sanitaria sugli addetti, ma deve pure riguardare i cicli di lavorazione, l'organizzazione del lavoro, le sostanze

Salute e precarietà del lavoro (segue da pagina 9)

utilizzate.

Infine ritengo opportuno fare presente che nell'incontro sui temi della salute organizzato dai parlamentari europei del GUE-NGL il 16/17 maggio scorso a Berlino è stata proposta una conferenza europea sulla sanità. In tale conferenza che sembra il GUE abbia fatto propria e si preoccuperà di organizzare deve sicuramente esserci una sezione salute e lavoro che entri nel merito e in dettaglio dei problemi che oggi abbiamo qui posto.

Sulla precarietà in generale che in modo diretto o indiretto è legata al lavoro è stata fatta un'indagine in Francia nel 2005. È stato fatto un confronto fra persone in situazione di precarietà e persone non precarie (1). Interessante anche per il numero delle persone oggetto dell'indagine: 704.128 precari contro 516.607 non precari. Il rischio relativo (ovvero la differenza percentuali fra precari e non precari) ha fatto registrare fra i maschi un consumo di tabacco nella misura del 65% (in più per i precari), i precari non ricorrono alle cure per l'83%, di contro sono meno sedentari per l'8% e hanno una cattiva percezione delle proprie condizioni di salute per il 74%, per il 7% in più sono obesi, più magri per il 109%, per il 10% sempre in più hanno una pressione arteriosa elevata e infine per il 46% una maggiore presenza di denti cariati. Per le donne precarie le percentuali sono: tabagismo, 53%; non ricorso alle cure 164%; non seguite regolarmente dal punto di vista ginecologico 56%; sedentarietà 5%; percezione cattiva delle proprie condizioni di salute 56%; obesità 73%; magrezza 28%; pressione arteriosa elevata 33%, presenza di denti cariati 48%.

Questi e altri dati della medesima ricerca ci dicono che chi si trova in una condizione di vita precaria che sostanzialmente deriva dalla mancanza di lavoro o da un lavoro non a tempo indeterminato, sta peggio anche dal punto di vista della salute.

La legge 30 del 2003 (governo Berlusconi con ministro del Lavoro, Roberto Maroni) non ha tenuto in alcun conto degli effetti sulla salute che l'applicazione di questa legge avrebbe

potuto portare. Meglio il lavoro precario che la disoccupazione è lo slogan che molti ancora oggi sostengono. Se non ci stupisce (non che i suoi sostenitori siano liberi da responsabilità) che Confindustria e partiti di centro destra accettino (o promuovano) una società che per svilupparsi porta con sé decine o migliaia di malati e morti più del dovuto), molti problemi sorgono quando il medesimo assunto viene praticato da un governo di centro sinistra.

Del resto se fosse vero che con il precariato si sarebbe ridotta la disoccupazione e il lavoro nero ci avrebbe dovuto essere un aumento consistente dei livelli occupazionali; non solo ma non si può fare a meno di considerare che molti dei lavori in nero e dei lavori precari danno un salario che è al di sotto del costo della vita. In altri termini se non ci fosse qualcun altro a sostenere i precari difficilmente questi potrebbero vivere, tanto è poi che questi giovani e non più giovani difficilmente escono dalla casa paterna. In fondo c'è solo un giro di distribuzione in negativo dei salari: qualche lavoratore in più che deve vivere con meno salario, probabilmente senza possibilità di pagare contributi assicurativi, in condizioni peggiori di salute e con maggiore livello di ricattabilità. Qualcuno però da questa operazione ci ha guadagnato. Perché ha potuto fare altrettanti profitti con bassi livelli di investimento o investire di più sulla base della riduzione dei salari.

* Medico

1) *Inégalité de santé et comportements: comparaison d'une population de 704.128 personnes en situation de précarité à une population de 516.617 personnes non précaires, France, 1995-2002, in Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n. 43/2005.*

Al servizio sanitario pugliese serve uno scossone

di Maurizio Portaluri*

Il sistema sanitario pugliese è in affanno. Lo dicono i numeri prima ancora dei cittadini che ne fanno ricorso. Cerco di leggere il DIEF, il documento che ogni anno divide la torta del finanziamento del SSR tra le aziende sanitarie. La mobilità passiva è salita nel 2006 a 235 milioni di euro rispetto ai 163 dell'ultima rilevazione. 400 milioni il deficit 2006. Qualche giorno fa ho dovuto inviare a curarsi fuori regione un uomo con un tumore raro della coscia perché in Puglia non si è mai pensato di formare un gruppo di ortopedici dedicati all'oncologia, neppure nell'Istituto Tumori che dirigo. E tante altre cose non facciamo perché alla registrazione della mobilità passiva non segue una programmazione risolutiva. I professionisti, quando non sono guidati da una programmazione, fanno e chiedono di fare ciò che a loro più piace o ciò che a loro torna più utile. Così non va!

Eppure il finanziamento al servizio sanitario regionale è cresciuto negli ultimi anni del 25%, dai 5 miliardi del 2003 ai 6,2 del 2007, di quasi 400 milioni solo nell'ultimo anno (+6.5%). Ma questo aumento in parte è stato "rosicchiato" dai 235 milioni di mobilità passiva, circa 70 in più rispetto all'ultima rilevazione. Raddoppia, da 235 a 476 milioni, la quota non assegnata alle ASL e gestita direttamente dall'assessorato alla salute, all'interno della quale trovano spazio una miriade di progetti, del cui impatto, prodotto negli anni, sulla qualità del servizio nulla si sa. L'unico dato certo è la crescita costante della mobilità passiva.

Tra queste attività centrali colpisce la spesa per le case protette che passa da 19 milioni nel 2006 a 33 milioni nel 2007. Una spesa che mi chiedo se non si sarebbe potuto in parte indirizzare verso l'assistenza domiciliare, questa grande sconosciuta della nostra sanità, considerato anche che le ASL non possono assumere personale per effetto delle

limitazioni imposte dalle ultime finanziarie di centro destra e di centro sinistra.

Quanto nel 2007 viene assegnato alle ASL, le vere responsabili dell'erogazione dei servizi, si riduce dell'1% mentre aumenta del 2.5 % la quota assegnata ad aziende ospedaliere, enti ecclesiastici e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Ma tra queste ultime istituzioni non si fanno parti uguali. L'ospedale di Castellaneta perde l'8% rispetto all'anno precedente, San Giovanni Rotondo guadagna il 3,7%, cioè 8 milioni di euro, l'Oncologico appena un milione di euro, il Miulli 3 milioni e l'ospedale di Tricase 4 milioni e mezzo. Non capisco la logica di questa ripartizione.

In definitiva, l'incremento di finanziamento nazionale, circa 400 milioni, viene assorbito dall'aumento della spesa per coloro che si curano fuori regione, dai maggiori finanziamenti agli enti ecclesiastici e da una maggiore quota gestita direttamente dall'assessorato competente.

Questi sono i numeri! Poi ci sono le difficoltà denunciate dagli operatori dedicati al servizio pubblico. Non si riesce ad utilizzare a pieno le sale operatorie nei nostri ospedali per carenza di operatori. Alcuni ne mancano, alcuni non si possono spostare da un ospedale all'altro per benefici o privilegi. Un quarto degli infermieri non fa l'infermiere! I dipendenti amministrativi sono circa il 10% degli organici, una percentuale congrua, ma spostarli secondo le esigenze reali è molto difficile, quasi impossibile.

Intanto i sindaci reclamano la riapertura di reparti inutili in ospedaletti fatiscenti sotto la spinta di operatori che vogliono conservare vicino casa comodità, potere e possibilità di carriera. Non sono buone motivazioni per impiegare denaro pubblico!

Al servizio sanitario pugliese serve uno scossone (segue da pagina 11)

I pugliesi come i meridionali in genere pagano più degli altri italiani le cure di tasca propria. Sono di più in Puglia le famiglie povere in base ai consumi (24% nel 2004 contro 11,5% Italia), sono di più quelle che impoveriscono per spese sanitarie (2,3% contro 1,3%) e quelle che sostengono spese catastrofiche (7% contro 4,2%). Farmaceutica, disabilità e visite specialistiche sono i motivi principali di esborso diretto da parte delle famiglie (Dati CEIS Sanità 2006). Bene si è fatto quindi ad allargare nel 2005 il beneficio dell'abolizione del ticket farmaceutico, ma come si tiene conto delle condizioni di povertà all'interno della regione quando si distribuiscono le risorse tra le varie ASL?

L'Emilia Romagna destina nel 2007 30 milioni all'innovazione. Quale è il piano regionale in Puglia per le macchine pesanti (TAC, RM, PET-TAC. Radioterapia), per l'informatizzazione dell'attività clinica e per la ricerca?

Credo che sia giunto il momento di svegliarsi, gli slogan non bastano più. Bisogna chiudere i piccoli ospedali, sostituirli con ambulatori generali e specialistici, attrezzare adeguatamente i grandi ospedali, formare medici e infermieri nelle attività in cui siamo carenti. Si è perso già molto tempo prezioso.

***Medico**

La salute in Albania:

il Nido d'aquila progetto di cooperazione internazionale

di Emilio A. L. Gianicolo*

Si attraversa una splendida pianura quando si percorre la strada principale che da Tirana conduce verso il nord dell'Albania. Colpisce l'estensione, enorme, di campi incolti. Campi fertili con l'acqua a pochi metri di profondità; campi fertili e... incolti.

Osservo quei campi e la mente va ad un piccola e umida libreria del centro di Scutari. Qui, intriso del profumo dei suoi libri, il vecchio Tomasin, intellettuale albanese in carcere durante il regime di Enver Hoxca, mi parla dei suoi giovani connazionali e del loro attendismo. Giovani che attendono che qualcosa accada, che dall'alto o dall'esterno qualcuno riscatti le loro esistenze. Giovani che popolano numerosi, dalla mattina alla sera, i tanti bar del centro di Scutari. Chiedo a Tomasin il perché dell'attendismo. Mi dice che, dopo decenni di dittatura, sull'onda dell'emergenza profughi, notevoli sono stati gli aiuti umanitari indirizzati verso l'Albania. Mi racconta come tali aiuti spesso sono finiti nelle mani di mafie locali o di élites ristrette che se li sono rivenduti nei mercati. Questo oltre ad aver

consolidato potere e sopraffazione, ha comunque favorito atteggiamenti di attesa passiva. Atteggiamenti alimentati anche da una delle colonne dell'economia albanese: le rimesse degli emigrati. Rimesse che costituiscono oramai una voce importante dei bilanci familiari anche se, non di rado, utilizzate per l'acquisto di status symbol.

Tomasin mi racconta che non sono pochi i casi di medici che hanno trafugato gli aiuti ricevuti dalle strutture pubbliche. Perché? Per allestire cliniche private, per arricchirsi ai danni della povera gente.

Cliniche e laboratori privati dilagano incentivati da istituzioni come la Banca Mondiale che, a fronte di sovvenzioni, spingono il governo affinché introduca la competitività nel sistema sanitario.

Probabilmente, non dovremo attendere il lungo periodo per rilevare l'inadeguatezza di questi interventi alla soluzione di problemi di salute pubblica.

La salute in Albania (segue da pagina 12)

Osservo quelle pianure incolte sulla via del ritorno da una missione per un progetto di cooperazione internazionale, il Nido d'aquila. Un progetto finanziato dalla Regione Puglia e dall'ASL BAT. L'intento è quello di promuovere la salute delle madri e dei bambini di Scutari; cominciando con un'analisi del contesto locale che giudichiamo imprescindibile per l'individuazione dei bisogni e degli interventi da avviare.

La condizione socio-sanitaria dei cittadini albanesi ha notevoli criticità. La popolazione decresce a ritmi sostenuti a causa di una forte migrazione (circa il 15% della popolazione è emigrata tra il 1990 e il 1997; Dipartimento albanese per l'emigrazione, 2002) e di un'elevata mortalità in tutte le fasce d'età. Ciò che colpisce è l'elevato tasso di mortalità delle donne durante la gravidanza e nei 42 giorni successivi al parto (tasso dieci volte superiore a quello osservato in Italia) ed è, ancora più significativo, l'indicatore che si riferisce alla mortalità infantile (in Albania si registrano 22,8 decessi ogni 100.000 nati vivi contro i 2,1 decessi in Italia, OMS-2001). In Albania la probabilità di morire entro i primi 5 anni di vita è davvero alta (21 per 1.000 nati vivi in Albania, 5 in Italia; OMS, 2003).

Attualmente i medici si recano nei villaggi malvolentieri. Durante il regime erano costretti a farlo. Ora, per quanto il governo li incentivi a lavorare nelle zone rurali, raddoppiando loro lo stipendio, preferiscono rimanere in città. Come riferiscono molte testimonianze, la corruzione è diffusa negli ospedali del sistema sanitario pubblico. Sarà per questo, oltre che per le condizioni impervie dei villaggi, che i medici preferiscono le città? Qualunque sia la risposta, la carenza di cure primarie nei villaggi incide negativamente sulla salute degli abitanti (Theodorakis et al., Measuring health inequalities in Albania: a focus on the distribution of general practitioner, Human resources for health, 2006). Per completare il quadro dei determinanti della salute vanno certamente considerate le differenze di stato socio-economico (i pochi ricchi si curano all'estero) e le marcate differenze di genere. La donna è strumento, oggetto di matrimoni combinati e, nel peggiore dei

casi, di violenze sessuali (Genc Burazeri et al., Factors associated with spousal physical violence in Albania: cross sectional study, BMJ 2005).

Uno dei principali assi di intervento del nostro progetto di cooperazione è la formazione di operatori sanitari, con una sola parola d'ordine: "formare formatori". Non uno slogan, ma la naturale espressione della necessità di formare le persone disposte a rimanere nel proprio paese e a farsi carico della formazione di altri colleghi. La figura professionale scelta, per provare a scardinare il sistema di potere consolidato, è quella dell'ostetrica. Una figura che sopraffazione, corruzione e discriminazione sessuale vogliono emarginare e che, invece, le donne albanesi apprezzano e richiedono.

Il secondo intervento avviato nelle missioni già compiute riguarda in maniera specifica la salute dei bambini nei primissimi anni di vita. Manca, in quei luoghi, una qualsiasi forma di prevenzione della displasia dell'anca. La fornitura di un ecografo mobile, già acquistato dall'ASL, e la formazione di operatori, in parte già avviata, sono alla base del programma di screening che abbiamo ipotizzato e di cui potrebbero in prospettiva beneficiare i bambini e le bambine di tutto il nord dell'Albania, villaggi inclusi.

Se questi interventi saranno portati a termine, potremo influire positivamente su vari livelli: il culturale, attraverso la valorizzazione di una professione tipicamente femminile; il sociale, attraverso il supporto ad associazioni molto impegnate nel favorire la partecipazione dei cittadini alla vita sociale e alla diffusione dei principi della democrazia; il preventivo, con l'avvio di una campagna di screening finalizzata a contenere un fenomeno, quello della displasia dell'anca, che se limitato può contribuire a migliorare la salute dei cittadini albanesi.

*** Ricercatore**

GIOVEDÌ 11 OTTOBRE 2007

CASSON A BRINDISI

Presenta il suo libro su PORTO MARGHERA

“LA FABBRICA DEI VELENI”

Il sen Felice Casson, già magistrato a Venezia, sarà a Brindisi giovedì 11 ottobre prossimo su invito di Medicina Democratica e dell'Amministrazione Comunale di Brindisi per presentare il suo libro **“La fabbrica dei veleni. Storie e segreti di Porto Marghera”**.

“Brindisi come Porto Marghera” fu il titolo di un incontro che nel gennaio del 1997 si tenne a Brindisi con **Luigi Caretto**, il dipendente Enichem che aveva, con le sue dichiarazioni rese proprio a Casson, permesso l'avvio delle indagini nell'impianto gemello di Brindisi.

Purtroppo a Brindisi si rischia che non finisca proprio come a Porto Marghera dove giustizia è stata fatta alle vittime dell'inconsapevole esposizione al CVM.

Il 19 ottobre si terrà forse l'ultima udienza di fronte al GIP del Tribunale di Brindisi per discutere la richiesta di archiviazione

per i reati contro la persona avanzata dalla Procura della Repubblica di Brindisi, richiesta contro cui stanno svolgendo una ferma opposizione le persone offese, rappresentate da operai ammalati e dalle famiglie di quelli deceduti, sostenuti dal punto di vista medico-scientifico da Medicina Democratica .

L'occasione sarà unica per conoscere dalla viva voce del principale protagonista delle indagini sulle vittime del CVM a Venezia i problemi e gli ostacoli incontrati e superati in quella realtà così simile, dal punto di vista lavorativo, a quella di Brindisi.

Gino Stasi

Responsabile Medicina Democratica, Brindisi

329 1184097

Lettere alla redazione

Spett.le redazione di Salute Pubblica,

da più di un anno e con frequenza inquietante la città di Brindisi viene sorvolata a bassa quota e su rotte non commerciali da numerosi aeroplani che tracciano nel cielo scie chilometriche e persistenti per ore, a differenza delle normali scie lasciate dai jet che hanno la durata al massimo di 20/30 minuti. Le scie disegnano nel cielo stranissimi tracciati rettilinei e non, assumendo disposizioni parallele, a griglia, a croce con finalità misteriose. Col passare dei minuti manifestano un fenomeno del tutto inusuale consistente nel fatto che sfaldandosi si allargano ed espandono lentamente sino a

formare, unendosi tra loro, un manto nuvoloso compatto interessante settori del cielo molto vasti.

Poiché non vi è **altra spiegazione compatibile con le leggi della fisica, il fenomeno descritto può essere causato soltanto dal rilascio da parte dei suddetti aerei di sostanze chimiche nell'atmosfera** attraverso appositi dispositivi erogatori. Da analisi e studi condotti negli Stati Uniti d'America, in Canada ed altrove in relazione a casi analoghi, tra le sostanze chimiche rilasciate figurerebbero il quarzo, l'alluminio, il bario, il cadmio, tutti elementi estremamente dannosi per l'ambiente e per la salute umana.

Lettere alla redazione (segue da pag. 14)

Le “scie chimiche” (in inglese le c.d. “chemtrails”) compaiono in un documento ufficiale statunitense, ossia lo Space Preservation Act del 2001 (H. R. 2977) tra le “armi non comuni”. Alla sezione 1520 capitolo 32 del codice 50 degli Stati Uniti viene stabilito che il Segretario della Difesa può autorizzare la conduzione all’aperto di esperimenti chimici o biologici in taluni casi e che le popolazioni possono non essere informate degli esperimenti “durante un periodo di emergenza nazionale” secondo quanto previsto nella sezione 1515 del capitolo 32 dello stesso codice. Nulla può escludere che accordi segreti militari in ambito NATO rendano di fatto dette disposizioni normative statunitensi applicabili anche sul territorio italiano e che pertanto il cielo di Brindisi possa essere oggetto di modificazioni sperimentali del clima o, peggio, di sperimentazioni di tipo chimico o biologico potenzialmente dannosi per la salute della popolazione. Ciò anche in considerazione del fatto che il governo italiano nel 2003 ha stretto un patto di collaborazione con gli USA per lo “studio” degli effetti degli aerosol sul clima.

I suddetti timori non sono del tutto infondati se si tiene inoltre conto di documenti recentemente desecretati dai quali risulta che spesso nel passato la salute pubblica è stata messa in secondo piano da “ragioni di ordine superiore”. Sperimentazioni addirittura sulla stessa popolazione, condotte negli anni '50, '60 e '70 negli Stati Uniti ed in Inghilterra risultano oggetto di svariati articoli da parte di testate

autorevoli quali: Wall Street Journal, Associated Press, Union Tribune, Publishers Weekly, Scientific American, The New York Times, The New England Journal of Medicine, London Times, BBC (cfr. all.).

In considerazione della Vostra “mission”, Vi chiedo di pertanto di attivarVi presso le competenti autorità locali affinché siano fornite precise e circostanziate notizie alla popolazione in relazione al problema di cui sopra con particolare riguardo:

- 1) all'intenso traffico di aerei che percorrono da più di un anno rotte non convenzionali sui cieli di Brindisi;
- 2) alle motivazioni per cui vengono condotte queste operazioni;
- 3) al fatto che tali aerei tracciano scie bianche che non possono essere confuse con le normali scie di condensazione degli aerei di linea;
- 4) **alle sostanze che costituiscono le "scie chimiche" e delle conseguenze che possono avere sulla salute dei cittadini;**
- 5) ad altri dati o informazioni di carattere scientifico che possano fornire credibili spiegazioni sullo strano fenomeno delle "scie chimiche" ripetutamente avvistate negli ultimi tempi nel cielo di Brindisi.

Cordali saluti.

Lettera Firmata

Salute Pubblica per una medicina preventiva sociale collettiva umana

ANNO I, NUMERO II

11 OTTOBRE 2007

Per notizie sull'attività di studio scrivi a: info@salutepubblica.org

Responsabile di redazione: Maurizio Portaluri, Piazza del Vento 4, Brindisi



la fabbrica dei veleni

Storie e Segreti di Porto Marghera
Incontro con l'autore Felice Casson (ex magistrato)

Giovedì 11 ottobre 2007, ore 19.30, salone di rappresentanza "Mario Marino Guadalupi"
Palazzo di Città - Brindisi

Incontro organizzato da Medicina Democratica

saluti del Sindaco on. Domenico Mennitti

introduce Stefano Palmisano

dibattito aperto

Con il patrocinio dell'Amministrazione Comunale di Brindisi

info: 329-1184097 (Gino Stasi, responsabile di Medicina Democratica Brindisi)