SalutePubblica.org

per una medicina
preventiva sociale collettiva umana

SUPPLEMENTO DELLA RIVISTA
MEDICINA DEMOCRATICA
RIVISTA TELEMATICA

ANNO II, NUMERO III 16 LUGLIO 2008

SOMMARIO:

Corpi

Il senso di un processo

Immigrazione e traumi

Anche in sanità sud sempre più indietro

La relazione sullo stato di salute della ASL di Brindisi. La salute collettiva appare peggiorata.

L'inquinamento a Brindisi: i dati del registro INES

Dialogo sulla psichiatria

Siamo tutti intossicati

Corpi

di Maurizio Portaluri

Questo numero di SalutePubblica parla di **corpi**, quali sono quelli intrisi di CVM e PVC e pieni dei tumori a questi correlati, che a Brindisi non si sono meritati neppure un processo; quelli su cui la Relazione sullo Stato di Salute della Popolazione, recentemente pubblicata dalla ASL, ha rilasciato i suoi calcoli; quelli di noi tutti esposti alle emissioni delle grandi aziende industriali come leggibili nel registro INES (lo scorso anno pubblicammo quelle del 2005 ed ora quelle del 2006); quelli intossicati da pesticidi ed ormoni usati in agricoltura; quelli costretti alle cure psichiatriche; quello del ragazzino afgano giunto sotto un tir miracolosamente vivo ma con il bacino fracassato.

Il tutto in attesa del **VI Congresso Nazionale di Medicina Democratica che si terrà a Brindisi nell'ex Convento di Santa Chiara il 17, 18 e 19 ottobre prossimi**.

Il senso di un processo

di Stefano Palmisano

Dopo l'ordinanza di archiviazione del procedimento penale per i morti ed i malati del petrolchimico di Brindisi chiesta dal pm (pubblico ministero) e disposta dal gip (giudice per le indagini preliminari) presso il Tribunale di Brindisi a conclusione di una "riserva" durata più di quattro mesi, in questa curiosa vicenda sostanziale e processuale sappiamo finalmente qualcosa di certo: quello che non sapremo mai.

Non sapremo mai perché di alcuni studi scientifici sia stata data dal pm ed, evidentemente condivisa dal gip, un'interpretazione sostanzialmente opposta alle complessive, effettive conclusioni di quegli studi.

Non sapremo mai perché non si potesse\dovesse aggiornare lo studio condotto sulla coorte dei lavoratori del petrolchimico dal **prof. Maltoni**, uno studio che, in realtà, andava profondamente revisionato, poiché effettuato su basi scientifico-epidemiologiche a dir proco fragili: analisi dello stato di salute delle varie mansioni\categorie di lavoratori aggregati per classi quantomeno eterogenee (le cc.dd. "*procedure di categorizzazione dell'esposizione*"); mancato aggiornamento dei dati sui quali l'autore ha lavorato (alcuni operai risultavano in vita nella coorte Maltoni e morti in altro contestuale studio di coorte svolto presso l'Istituto Superiore di Sanità); provenienza esclusivamente aziendale degli stessi dati ecc….

Uno studio che, quindi, ha accertato ben poco, quantomeno ben poco di effettivamente determinante ai fini del processo, ed, in particolare, ben poco nei confronti di alcune specifiche categorie di lavoratori del petrolchimico, come gli insaccatori di polvere di pvc, in relazione ad alcune specifiche patologie, come il tumore al polmone.

Considerazione, peraltro, che è tutt'altro che irriguardosa nei confronti del pur prestigioso autore, dacchè il prof. Maltoni era un insigne oncologo sperimentale, non certo un epidemiologo.

L'aver affidato a lui una consulenza epidemiologica e, soprattutto, il non aver, di fatto, seguito da parte del pm le osservazioni e le richieste rivolti sulla questione allo stesso pubblico accusatore dai due più prestigiosi consulenti epidemiologici che egli aveva a disposizione (Comba e Pirastu), pure consulenti epidemio-

Il senso di un processo (segue da pagina 2)

logici dello stesso Maltoni nella redazione dello studio, costituiscono ulteriori, inspiegabili elementi sui quali non avremo mai modo di saperne di più.

Non sapremo mai perché il pm ed il gip (che pure aveva disposto un rinvio di qualche mese del procedimento proprio per acquisire questo studio) abbiano completamente ignorato le rilevantissime conclusioni dell'ultimo meeting IARC (l'Istituto internazionale di studi e ricerche sul cancro) sui cosiddetti "vinilici", ossia le sostanze a base di vinile, tenutosi a Lione nel giugno 2007: è ormai da considerarsi certa la relazione causale tra esposizione a cvm \ pvc ed epatocarcinoma, oltre a quella, ormai acquisita, tra cvm \ pvc ed angiosarcoma epatico.

Non sapremo mai perché sia il pm sia, soprattutto, il gip abbiano continuato ad attribuire significato agli aggiornamenti forniti alla fine della camera di consiglio dai consulenti del pm in materia di studi epidemiologici sul nesso causale tra CVM\PVC e tumore al polmone, anche dopo che quegli studi erano stati letteralmente demoliti da alcuni difensori di persone offese, supportati da autorevolissimi contributi medico–epidemiologici, sotto il profilo della pertinenza degli stessi lavori scientifici ai fini del processo (le realtà industriali e, quindi, di esposizione al cancerogeno esaminate erano incomparabili, per quantità e qualità, a quella brindisina), nonché, *more solito*, sotto l'aspetto dell'indipendenza degli stessi studi rispetto agli interessi in causa (alcuni erano stati commissionati da fondazioni finanziate da associazioni dei produttori di plastiche).

Non sapremo mai perché, al contrario, non siano stati minimamente considerati gli studi epidemiologici più recenti, attendibili ed effettivamente rilevanti rispetto alla situazione del petrolchimico di Brindisi, dunque agli specifici scopi del processo, pur ampiamente segnalati da alcuni difensori di persone offese, come lo studio dei dottori **Gennaro, Ceppi, Montanaro**.

Non sapremo mai perché il pm abbia applicato quegli stessi, soggettivissimi, parametri interpretativi usati, come detto, sugli studi scientifici anche nei confronti di un testo giuridico, di una sentenza; più precisamente, della sentenza cardine in materia di accertamento del rapporto causale, la cosiddetta "*sentenza Franzese*", della quale il pm, nell'esegesi che ne ha fatto, ha letteralmente tagliato i due pezzi più illuminanti del suo effettivo contenuto, in termini di principi giuridici affermati.

Proprio quei due passi che avrebbero permesso, per non dire imposto, in questo caso il dibattimento, pur in presenza di una situazione di non unanimità nella comunità scientifica in materia di "causalità generale" nel rapporto tra esposizione a CVM\ PVC e patologie varie.

Non sapremo mai perché non una della massa di obiezioni mosse, sulla base del testo stesso degli studi e delle sentenze in questione, da alcuni difensori di persone offese a queste peculiari interpretazioni del pm abbia ricevuto l'onore di una sola citazione nell'ordinanza di archiviazione del gip, foss'anche per affermarne la totale infondatezza. Col lacerante dubbio, quindi, che a mancanza di citazione corrisponda specularmente mancanza di considerazione.

Sappiamo, però, in alcuni casi ci siamo ricordati, da questa vicenda anche qualcos'altro.

Sappiamo che altro è "la giurisdizione", il "dire la giustizia", altro è l'affermazione della giustizia, il "fare giustizia".

La prima è frutto del rito ("ordine prescritto", etimologicamente); dell' attività delegata ai tecnici, svolta nel chiuso delle aule d'udienza (quando si tratta, come in questo caso, di camera di consiglio, ma spesso anche quando si tratta di dibattimento "aperto al pubblico"), scandita da tempi e da forme che spesso prescindono o, quantomeno, dimenticano la sostanza di dolore, di morte, come in questo caso, di speranza di giustizia (la speranza più disperata) che stanno sotto un processo del genere.

La seconda è, o meglio dovrebbe essere, frutto della liturgia ("opera di popolo"); della richiesta di verità e di giustizia continua e consapevole, rispettosa e determinata, unitaria e vigile, da parte di un popolo ai suoi magistrati; dell'agire collettivo di quel popolo, a tutti i suoi livelli ed in tutte le sue articolazioni; del suo spirito civico; della sua

Il senso di un processo (segue da pagina 3)

etica pubblica; della capacità di partecipazione dei suoi membri, ovunque socialmente collocati, ai momenti alti, nel bene e nel male, di quella comunità; dell'assunzione di responsabilità prima individuale e poi collettiva; dell'iniziativa politica, sociale e culturale per l'affermazione dei valori fondamentali di quella comunità, per ricordare ("riportare al cuore") a tutti la sostanza di un processo come questo, prima che le forme.

I rapporti tra "le due giustizie" sono molto più stretti di quanto si pensi.

La prima è molto meno indipendente, nel bene e nel male, dalla seconda di quanto alcuni possano o vogliano credere e\o far credere.

La seconda ha una capacità di condizionamento, in un senso o nell'altro, della prima molto maggiore di quanto molti, più o meno in buona fede, ritengano o propalino.

Tutto questo avviene sia che da parte della seconda vi siano effettivamente petizione unitaria, agire collettivo, spirito civico, etica pubblica, assunzione di responsabilità, valori condivisi ecc. …. , sia che, invece, vi siano indifferenza, passività, rassegnazione, subalternità, conformismo, opportunismo: cambia solo il senso del condizionamento a seconda che si verta in un'ipotesi o nell'altra.

A Brindisi, nel popolo di Brindisi si è verificata, con varie gradazioni e combinazioni, la seconda ipotesi, a tutti i livelli: istituzionali, di tutte le istituzioni; partitici, di tutti i partiti; sindacali, di quasi tutti i sindacati; culturali, di tutti gli ambienti e le persone di cultura; ma soprattutto sociali, della quasi totalità di tutti i soggetti sociali, a partire dalle stesse vittime.

Il rapporto tra "le due giustizie" ha avuto, dunque, un senso ben preciso.

Sappiamo che, forse, questa è una delle cause ultime se questo processo, del quale in molte sue componenti non abbiamo capito il senso, per altro verso ha avuto, anch'esso, un senso ben preciso: un senso unico.

Stefano Palmisano

Immigrazione e traumi

di Ida Santoro e Gino Stasi

Lui si chiama **Safi**, ha diciassette anni. È una storia di casi e coincidenze, di scoperte, di errori e destini avversi. Forse pure i suoi ma soprattutto quelli degli altri.

Voleva andare in Inghilterra e dopo un viaggio di migliaia di chilometri è sbarcato a Brindisi sotto un camion che lo ha trascinato sull'asfalto per un tratto di centocinquanta metri. Il 18 marzo 2008 comincia l'odissea.

Occhi grandi di un ragazzo immobile in un letto con il bacino rotto e i ferri nell'omero. Il suo armadio è vuoto, non una maglietta né uno spazzolino o un succo di frutta. Sul comodino solo un grande uovo di pasqua lasciato caritatevolmente da qualcuno il giorno della santa festa e un biglietto del vangelo (in italiano) per il ragazzo afgano che parla solo il *pashtu* e non è mai andato a scuola. Torniamo il giorno successivo dopo una colletta con magliette mutande spazzolino ciabatte succhi plumcake ecc... Strana atmosfera in giro, i sui vicini lo imboccano e lo lavano, qualcuno lo guarda sulla porta, molto stupore, troppi si-

Immigrazione e traumi (segue da pagina 4)

lenzi. Siamo "abituati" a sentire di anziani abbandonati in un letto di ospedale, non un ragazzo di diciassette anni, che guarda e non sa chiedere.

Un giorno andiamo a trovarlo insieme a tre ragazzi afgani che vivono qui, in due sono arrivati come lui e vivono in una comunità alloggio per minori. Finalmente riusciamo a farlo sorridere mentre scopriamo qualcosa in più di lui. Ha fatto il guardiano di un pollaio per tre anni in Iran, ha genitori in Afghanistan con due fratelli più piccoli e sette sorelle. Perché è scappato? "No talebani no americani" dice un altro giorno. **Non chiede mai, ma di notte piange e invoca Allah**. **Si lamenta, quindi lo imbottiscono di antidolorifici**, ha subito anche tre trasfusioni. Ama la musica e il football, il riso indiano con carote, *nakhod* con cumino (zuppa di ceci), *panir* e *badrang* (insalata di formaggio bianco e cetrioli). Non ha mai visto suo fratello più piccolo, non vuol far sapere a sua madre che si trova in quelle condizioni, ma vuole sentire suo padre.

Era un'avventura alla ricerca della libertà? No, era anche una necessità. L'Afghanistan è uno dei Paesi più poveri del pianeta, lui proviene da una zona che è la più povera dell'Afghanistan. La sua famiglia vive in una casa senza acqua corrente, luce e gas. Sua madre mette il *burqa* per andare a fare la spesa, i talebani hanno aggredito e ferito i suoi zii mentre cercavano di costruire una nuova casa. E in una famiglia numerosa un ragazzo di 13 anni è già grande e deve rendersi indipendente.

Molto lentamente recupera un po' di fiducia e un po' di forze, tra pianti notturni e depressione e molta solitudine, tra complicazioni e infezioni e trasferimenti da un reparto all'altro. Ma non fa niente, lui è paziente e dice: piano piano (il dolore passerà come canta Ivano Fossati).

Mai vista tanta capacità di sopportazione e tanta dignità.

Il 15 maggio Safi ricomincia finalmente a camminare, il 6 giugno esce dall'ospedale. Sorride, mentre mangia un gelato in attesa dell'educatrice, è confuso, dell'Italia non conosce ancora niente ma la legge (almeno finora....) tutela i minori non accompagnati fino alla maggiore età. Nonostante l'insistenza, rifiuta l'offerta di quello che era rimasto della colletta chiedendo invece di portargli ogni tanto carte telefoniche per sentire i suoi.

Ora vive in una casa famiglia che gli offrirà la possibilità di ricominciare a pensare ad una progettazione FUTURA come studiare, lavorare e formarsi, oppure di raggiungere i propri familiari, o comunità esistenti in Europa. Confuso, e al tempo stesso infinitamente coraggioso, come solo può essere una persona che è stata pronta a lasciarsi alle spalle la sua terra e i suoi legami per inseguire un sogno, o no, solo per una questione di sopravvivenza. Sogni che non ci appartengono nati in un mondo che conosciamo solo attraverso il filtro di carta stampata e glossari virtuali, o solleticati da fascino esotico nel tentativo di allontanare la paura dell'abitudine e colmare i nostri vuoti quotidiani. **La conoscenza non è il viaggio in ristoranti e bazar di città che si fingono evolute né sta nelle superficiali letture di riviste alternative se il nostro stile di vita rimane lo stesso. Siamo piccoli mediocri e ignoranti, ma quelli che credono di sapere e non sanno sono infinitamente pericolosi.** Non è mai facile avvicinarsi a qualcosa che non si conosce ma si può. E nella conoscenza, insieme ai traumi nascosti che non è facile individuare, o lacerazioni che non si rimarginano, si rivelano desideri comuni a tanti ragazzi, a prescindere dalla provenienza: il gioco, il lavoro, l'amicizia, il rispetto di una dignità troppo spesso derubata.

Ida Santoro e Gino Stasi

Immigrazione e traumi (segue da pagina 5)

Scheda di approfondimento

Minorenni, nella media intorno ai 16-17 anni, ma qualcuno anche di 12. Hanno negli occhi il desiderio di libertà, forti e fortunati coloro che non sono feriti né dispersi.

A gennaio, a Forlì, un ragazzo afgano di 15 anni è "rimasto straziato sotto il tir al quale sia era legato per entrare clandestinamente in Italia". Straniero, profugo, clandestino, extracomunitario, il diritto di asilo è sancito dalla nostra Costituzione e dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, ma a prescindere dalla definizione, realmente accolti solo se c'è vera SOLIDARIETÀ.

Nel 2° rapporto ANCI sui Minori Stranieri non accompagnati pubblicato nel 2007, vengono riportati i risultati di un'indagine del Dipartimento Immigrazione rivolta al 70% dei Comuni italiani, in cui il 21% dei Comuni rispondenti ha dichiarato di aver preso in carico minori con interventi di tutela e accoglienza negli ultimi tre anni, per un totale di 6.629 minori nel 2004, 7.593 nel 2005 e 7.870 nel 2006. Il numero dei minori arrivati in Italia, in prevalenza maschi (78%) di 17 anni (il 47%), è in progressivo aumento, provenienti in maggioranza da Romania, Albania, Marocco e nel 2006 per la prima volta dall'Afghanistan. Dal Ministero per la solidarietà sociale è stato sostenuto un "Programma nazionale di protezione dei minori stranieri non accompagnati" per attivare un sistema in rete per la presa in carico e l'integrazione dei minori attivando standard e procedure condivise sul territorio nazionale.

Ma per accogliere uno straniero e conoscere la sua identità oggi si fa meno fatica prendendo le sue impronte

Anche in sanità sud sempre più indietro

Scritto dalla redazione

I numeri sono argomenti testardi e sulla sanità ogni anno viene presentato un **rapporto ricco di numeri preparato dal Centro Studi CEIS Sanità dell'Università di Tor Vergata di Roma** la cui pubblicazione è divenuta un appuntamento atteso da esperti ed osservatori del servizio Sanitario nazionale. Come spesso accade la mole di dati è notevole (il rapporto 2007 è costituto da quasi 400 pagine) e le analisi sono approfondite ma, proprio queste caratteristiche, rendono poco fruibili molte sue preziose informazioni al grande pubblico ed ai decisori - politici e non - del sistema.

Ovviamente i grandi numeri rappresentano situazioni medie e sistemi articolati e non possono rendere conto del dettaglio. Si è pensato così di estrarre alcuni numeri riferiti al Paese nel complesso e ad alcune regioni in particolare.

La spesa media sanitaria annua dal 1995 al 2005 è aumenta del 6,4 %, in Puglia del 6%, in Lombardia del 6,6%, in Emilia Romagna del 5,9%, in Veneto del 6,8%, nel Lazio del 6,7, in Campania del 6,7%. Per ogni cittadino si sono spesi in Italia 1.352 Euro nel 2002 e 1.627 nel 2006. In Puglia 1.288 e 1.546 rispettivamente, in Lombardia 1.343 e 1.599, in Emilia

Anche in sanità sud sempre più indietro (segue da pagina 6)

Romagna 1.462 e 1.680, in Vento 1.339 e 1.658, nel Lazio 1.350 e 1.646, in Campania 1.266 e 1.515.

entrata e quella in uscita. I valori maggiori di 1 indicano una capacità di attrazione, mentre in valori inferiori all'unità indicano una tendenza maggiore alla fuga. In Lombardia questo rapporto nel 2004 è stato di 2, in Veneto di 1,5, in Emilia Romagna di 2,3, in Puglia di 0,52, in Campania di 0,31, nel Lazio 1,39.

Indicatori estratti dal rapporto CEIS 2006

INDICATORI	Puglia	Lombardia	Emilia Romagna	Veneto	Lazio	Campania	Italia
Spesa sanitaria (variazione percentuale, 1995-2005)	+6,0%	+6,6%	+5,9%	+6,8%	+6,7%	+6,7%	+6,4%
Avanzi/disavanzi (quota pro-capite in €, 2002)	+32	-83	-92	-72	-156	-59	-56
Avanzi/disavanzi (quota pro-capite in €, 2006)	-11	-40	-71	-25	-325	-54	-68
Strutture ricovero private (variazione percentuale,2000-2005)	+0%	+27,0%	+9,0%	-11,0%	-13,0%	-4,0%	+3.1%
Personale medico (variazione percentuale,2000-2005)	+6,8%	+0,6%	7,8%	5,5%	+22,0%	14,0%	+9,7%
Personale infermieristico (variazione percentuale,2000-2005)	-5,5%	-10,0%	+4,90	-3,0%	+11,0%	+6,8%	+0,5

Avanzi o disavanzi per ogni cittadino in Italia sono passati da -56 euro nel 2002 a –68 nel 2006. Nel 2006, in Puglia rispetto alle regione considerate per il confronto, si registra il disavanzo minore(-11).

In Italia nel 2005 c'erano 1.222 strutture di ricovero di cui 553 case di cura private accreditate.

In Italia le strutture di ricovero dal 2000 al 2005 sono diminuite del 7,5% (-14% le pubbliche); sono aumentate del 3% circa strutture private.

Dal 2000 al 2005 in Italia il personale del SSN è cresciuto del 2% (+9,7 % quello medico e +0,5 quello infermieristico).

Quanto un sistema regionale attragga pazienti da altre regioni è in qualche modo spiegato dal rapporto tra la mobilità in

In Italia le famiglie al di sotto della soglia di povertà erano l'11,5% nel 2004 e il 10,9% nel 2005. In Puglia il 25% e il 19%, in Lombardia il 3,6 in entrambi gli anni, in Veneto il 4,2% e il 4,3%, in Emilia Romagna il 3,4% e il 2,4%, in Campania il 24% e il 26%.

Nel 2004 e nel 2005 rispettivamente si sono impoverite per spese sanitarie in Italia l'1,3% e l'1.5% delle famiglie. In Puglia il 2.3% e il 2.8%, in Lombardia. L'1% entrambi gli anni, in Emilia Romagna; l'1% e lo 0,5%, nel Lazio; lo 0,9% e l'1%; in Campania l'1,4% ed il 2,5%.

Nel 2004 e nel 2005 in Italia hanno dovuto sostenere spese

Anche in sanità sud sempre più indietro (segue da pagina 7)

sanitarie catastrofiche rispettivamente il 4,2% e il 4,1% delle famiglie, In Puglia il 7,3% e il 6,8%, in Lombardia il 2,2% in entrambi gli anni, in Veneto 2,7 % e 3,3,%, in Emilia Romagna 2,7 % e 1,2%, nel Lazio 2,5% e 2,1%, in Campania il 6,2% e il 7,7%

Nel 2004 e 2005 il numero di persone disabili con più di 50 anni di età su 100 persone con le stesse caratteristiche è stato di 10, 9 al Nord, 10,5 al Centro e 13 al Sud.

Il quadro tracciato dal Rapporto CEIS 2007 indica chiaramente che nell'ultimo decennio il finanziamento dei sistemi sanitari regionali ha continuato a privilegiare le regioni del Nord che sono sicuramente costituite da una popolazione più anziana ma presentano anche una percentuale di famiglie al di sotto della soglia di povertà inferiore a quella del Sud.

Le famiglie del Sud continuano in maggior misura ad impoverirsi a causa delle spese sanitarie e a sostenerne anche di catastrofiche in misura maggiore rispetto al Centro Nord.

Un altro indice di deprivazione del Sud è la maggior percentuale di persone in età superiore ai 50 anni in condizione di disabilità.

In tutto il Paese vi è una tendenza alla crescita delle strutture private di ricovero (dall'analisi sono escluse le privatizzazioni di gran parte dei servizi anche nelle strutture pubbliche ed anche di tipo sanitario) e ad una diminuzione del personale infermieristico che rappresenta il fulcro dell'assistenza sanitaria.

Gli indebitamenti dei diversi sistemi sanitari non sono di per sé espressione di un buon sistema sanitario. La Puglia ne è un esempio se si considera l'avanzo del 2002 si accompagna alla riduzione del personale infermieristico ed allo scarso indice di attrazione.

Si tratta di fenomeni che tagliano la penisola trasversalmente dal punto di vista politico il che fa mal sperare in un rilancio del servizio sanitario pubblico, l'unico che può garantire appropriatezza delle prestazioni cioè la capacità di rifiutare una prestazione che non serve. Le cronache giudiziarie di queste settimane ci forniscono ulteriori esempi di inappropriatezza (la "clinica degli orrori" e l'istituto dei rimborsi gonfiati a Milano) che stenteranno a produrre, non essendo i primi, reali cambiamenti di indirizzo.

È inoltre di tutta evidenza che i proclami dei diversi Ministri della Salute per un avvicinamento tecnologico tra Nord e Sud del Paese sono aria fritta considerando che i sistemi sanitari delle regioni settentrionali si alimentano anche della mobilità dei pazienti dalle regioni meridionali.

Attendiamo quindi il rapporto CEIS del prossimo anno per capire se il cambiamento politico avvenuto in Puglia nel 2005 ha prodotto una inversione di tendenza

La relazione sullo stato di salute della ASL di Brindisi. La salute collettiva appare peggiorata.

Scritto dalla redazione

La Relazione sullo Stato di Salute presentata dall'ASL di Brindisi il 7.6.2008 costituisce la seconda edizione di un'analoga iniziativa pubblicata nel 2001 e relativa all'anno 2000.

La prima parte della relazione è divisa in quattro settori, che intenderebbero coprire tutta la realtà socio-sanitaria:

1 - indicatori demografici,
2 - indicatori economico-sociali,
3 - indicatori di salute umana e ambientale,
4 - indicatori di salute percepita e gradimento/accettabilità.

La seconda parte della relazione ne rappresenta una sintesi di agevole lettura e fornisce un quadro generale della situazione rilevata in base agli indicatori prescelti.

Rispetto alla relazione del 2000 gli **indicatori per i quali non sono disponibili dati** sono rimasti gli stessi. Ci riferiamo agli indicatori sull'inquinamento ambientale, sui consumi alimentari, sui pesticidi e sui consumi di alcool.

Abbiamo estrapolato dalla copiosa rappresentazione di dati (circa 200 gli indicatori ricercati anche se alcuni, come su esposto, senza risposta) quelli (circa 70) che ci sono parsi più significativi per rappresentare in modo sintetico lo stato di salute della popolazione.

Tenuto conto dei limiti suindicati, è necessario considerare i dati attendibili e riporre fiducia, sia pure temporanea, nella loro capacità di esprimere il significato che si vuole attribuire o estrarre.

Emerge con tutta evidenza un aumento nel ricorso alle strutture o ai presidi sanitari. Ciò deve essere considerato un elemento espressivo di malessere e non può essere semplicemente liquidato come frutto di erronei comportamenti prescrittivi del medico o di abuso diagnostico-terapeutico da parte del cittadino. Infatti, se i dati raccolti sono stati adeguatamente validati, l'aumento delle prestazioni sanitarie è indice di uno stato di salute che peggiora. E ciò nonostante una parte di tale aumento sia attribuibile alla massiccia pressione mediatica verso la estensiva medicalizzazione della vita e, conseguentemente, verso il ricorso alle strutture sanitarie.

Aumentano le prestazioni sanitarie

A fronte di una stabilità demografica della popolazione con un indice di natimortalità positivo, un tasso migratorio negativo e un aumento dei residenti stranieri, **tutti gli indici di consumo di prestazioni sanitarie (prestazioni diagnostiche specialistiche e farmaci) sono in aumento.**

Dalla relazione non si comprende se siano in aumento anche

La relazione sullo stato di salute dell'ASL di Brindisi (segue da pagina 9)

i ricoveri ospedalieri e se i 25.000 ricoveri (sugli oltre 80.000 totali) che si sono registrati al di fuori del territorio dell'ASL e al di fuori della Regione (mobilità sanitaria passiva) siano in aumento o in decrescita rispetto al 2000. È utile comunque richiamare l'attenzione sul fatto che dei 25.000 ricoveri svolti in mobilità sanitaria passiva, 3.000 hanno riguardato le patologie tumorali ed altrettanti le malattie del cuore.

In aumento la mortalità tumorale nelle classi di età lavorative.

Per quanto riguarda la mortalità, la relazione non effettua una standardizzazione dei dati, procedura utile ai fini del confronto di due diverse popolazioni (nel caso specifico quella dei comuni della provincia di Brindisi e quella regionale, del sud-Italia o, in generale, di tutto il paese). Questa carenza rende i tassi grezzi riportati di scarsa utilità.

Nella relazione si riferisce di una stabilità della mortalità per tumori che non viene confermata per i tumori del polmone, del colon e dello stomaco per i quali risulta in crescita rispetto al 2000. Anche questi non sono dati standardizzati e quindi vanno assunti con molta prudenza. Più significativo ci pare, pur in assenza di una registrazione dei casi incidenti di tumore, il dato in crescita delle esenzioni dal ticket per patologie neoplastiche. Tali esenzioni interessano persone vive affette da tumore in vario stadio di gravità (cosiddetti *casi prevalenti*) e sono quasi raddoppiati dal 2000 al 2006.

Ad ogni modo, dalla relazione sullo stato di salute della regione Puglia (relazione redatta dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale) e da un recente articolo sulla mortalità nei comuni della provincia di Brindisi (Gianicolo EAL, Portaluri M, Serinelli M, Vigotti MA *Mortalità nei comuni della provincia di Brindisi 1981-2001,* in Epidemiologia e Prevenzione Anno 32 numero 1 del 2008) emergono due elementi che non sembrano trovare riscontro nella relazione redatta dalla ASL BR:

1) Tra gli uomini i casi di decesso per neoplasia aumentano del 14,3%. Passano, infatti, da 448 nel 1998 a 558 nel 2004. E, sempre tra gli uomini, aumentano sia i tassi grezzi sia i tassi standardizzati (Grafico 1, fonte OER-Puglia). Questi ultimi da 24,7 nel 1998 aumentano a 28,1 nel 2004 con un picco di 29 nel 2003, anno in cui 575 uomini residenti in provincia di Brindisi sono deceduti per Nel 2004, il numero di donne residenti in provincia di Brindisi decedute per cancro aumenta del 3,6% rispetto al 1998, erano 357 nel 1998, sono state 370 nel 2004. Il tasso standardizzato passa da 16,4 a 17 e tocca il punto di massimo nel 2002 anno in cui sono morte per tumore 398 donne (Grafico 2).

Grafico 1 - Mortalità per cause tumorali nei maschi residenti nella provincia di Brindisi dal 1998 al 2004. Tassi standardizzati e linea di tendenza.

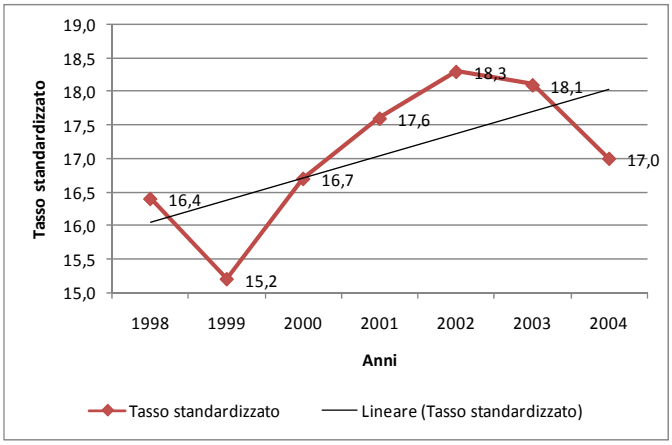
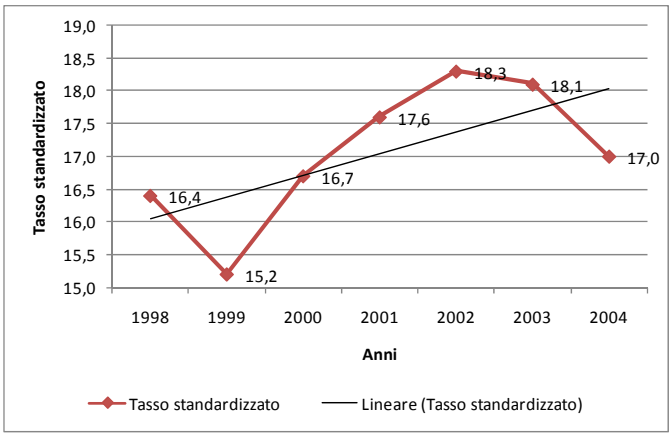


Grafico 2 - Mortalità per cause tumorali nelle femmine residenti nella provincia di Brindisi dal 1998 al 2004. Tassi standardizzati e linea di tendenza.



La relazione sullo stato di salute dell'ASL di Brindisi (segue da pagina 10)

L'opposto andamento nel tempo della mortalità generale (in diminuzione) e della mortalità per cause tumorali (in aumento) conferma quanto emerso nello studio (Gianicolo EAL, Portaluri M, Serinelli M, Vigotti MA *Mortalità nei comuni della provincia di Brindisi 1981-2001*) appena pubblicato su Epidemiologia&Prevenzione, rivista dell'associazione italiana di epidemiologia. Nello studio gli autori evidenziano una tendenza in atto anche in provincia di Brindisi: nelle età lavorative (34-64 anni) "*la mortalità tumorale supera quella cardiovascolare del 44% tra gli uomini e del 145% tra le donne*" (Tabella 1).

Le morti evitabili per interventi preventivi sugli stili di vita sono diminuite ad eccezione delle morti violente (p.es. incidenti). In aumento quelle evitabili per diagnosi precoce ad eccezione di quelle per tumore della mammella (quindi a prescindere dagli screening) e per migliori cure.

Le esenzioni ticket per patologie aumentano complessivamente rispetto al 2000.

Destano preoccupazione i dati riguardanti i controlli sugli alimenti, sull'acqua potabile, di falda e di balneazione che registrano una forte contrazione numerica rispetto al 2000. Del tutto insignificanti quelli sui luoghi di lavoro a fronte di un incremento degli infortuni e delle morti da lavoro.

L'attività di prevenzione risulta estremamente indebolita rispetto al passato. Sintomi di malessere sono gli incrementi dei casi in cura presso il dipartimento di salute mentale e del servizio delle dipendenze patologiche. Aumentano le automobili immatricolate ed è basso il rapporto tra abitanti e mezzi pubblici.

È aumentato il consumo di tabacco quale evidente fallimento delle iniziative informative contro il tabagismo.

Tabella 1 – Confronto tra la mortalità nella Provincia di Brindisi, nella Regione Puglia e in Italia per tutte le cause, malattie cardiovascolare e tumori, per periodo e genere. Tassi Standardizzati Diretti x 100.000 ab. (rif.Popolazione Europea).

TSD X 100.000 Cause di morte		Tutte le età			Età: 34-64 anni		
	Periodi	Brindisi	Puglia	Italia	Brindisi	Puglia	Italia
			Uomini				
Tutte	1981-1991	105	100	107	60	58	69
	1991-2001	104	103	109	46	45	51
Cardiovascolari	1981-1991	44	41	45	19	17	21
	1991-2001	43	43	47	13	12	14
Tumorali	1981-1991	23	23	28	21	21	27
	1991-2001	26	25	29	19	18	22
			Donne				
Tutte	1981-1991	70	67	66	30	30	31
	1991-2001	77	77	80	23	23	25
Cardiovascolari	1981-1991	34	33	31	8	8	8
	1991-2001	41	39	41	5	5	5
Tumorali	1981-1991	13	13	15	14	14	15
	1991-2001	13	14	16	12	12	14

La relazione sullo stato di salute dell'ASL di Brindisi (segue da pagina 11)

Mancano dati sui consumi culturali (giornali e cinema), sui riconoscimenti di invalidità, sui rifiuti, sui consumi alimentari e di alcool.

Fortemente aumentate le certificazioni di malattia per assenze sul lavoro, dato che potrebbe esprimere un accresciuto disagio sul luogo di lavoro coincidente con un peggioramento delle condizioni di lavoro. I disoccupati registrati sono diminuiti sebbene siano diminuite anche le attività economiche.

I depositi bancari sono corrispondenti a quelli del 2000. È aumentata, in tutti i gradi, la dispersione scolastica.

L'aumento dei capi di bestiame macellati a fronte di una diminuzione dei capi allevati potrebbe denotare un allungamento del circuito degli alimenti con impoverimento della agricoltura locale. Un confronto tra la produzione agricola alimentare ed i consumi alimentari potrà, se condotta, chiarire questo aspetto.

Questi pochi elementi consentono di rispondere alla domanda su quale sia lo stato di salute della popolazione brindisina in senso decisamente negativo se si deve fare fede sui dati raccolti.

Le strutture sanitarie sono state maggiormente impegnate che in passato ad assistere cittadini che si sono a loro rivolte per situazioni di malessere. Sono aumentati i consumi di farmaci, i malati assistiti con presidi protesici, sono aumentate le esenzioni ticket per patologia, le prestazioni diagnostiche e riabilitative. Gli stili di vita esplorabili (tabagismo, trasporto pubblico) non sono migliorati.

Questo dato generale necessita di un approfondimento che deve essere rivolto verso un'analisi delle ragioni socio-economiche e delle esposizioni occupazionali e ambientali che sono alla base delle principali morbosità.

Scritto dalla redazione

L'inquinamento a Brindisi: i dati del registro INES

Scritto dalla redazione

Anche quest'anno pubblichiamo i **dati delle emissioni del Registro INES** da cui si continua ad evincere **quali sono le sostanze emesse dai camini delle principali industrie del polo brindisino**.

Molte delle emissioni, ancorché dichiarate dalle stesse industrie, risultano al di sopra della soglia. Nel 2006 alcuni dati appaiono in lieve diminuzione rispetto al 2005 ma questo risulta incomprensibile se si considera il consumo di combustibile che è in aumento in entrambi le centrali, come risulta dai dati dell'Autorità Portuale.

Brindisi Sud 2005 6.014.726 t/a;

2006 5.725.162 t/a (Carbone);

Brindisi Nord 2005 473.849 t/a ;

2006 1.373.130 t/a

Comune e Provincia dovrebbero chiedere spiegazioni.

Centrale termoelettrica Federico II (BR SUD)

Inquinante	Unità di misura	Soglia	Emissioni Totali	
			2006	2005
ARIA				
Ossido di carbonio (CO)	Mg/a	500	2.900	3.300
Anidride carbonica (CO2)	Mg/a	100.000	14.372.364	15.341.552
Protossido di azoto (N2O)	Mg/a	10	212	225
Ammoniaca (NH3)	Mg/a	10	35	31
Composti organici volatili non metanici	Mg/a	100	187	194
Ossidi di azoto (NOx)	Mg/a	100	9.282	9.903
Ossidi di zolfo (SOx)	Mg/a	150	10.176	10.599
Arsenico (As) e composti	kg/a	20	24	52
Cromo (Cr) e composti	kg/a	100	137	286
Rame (Cu) e composti	kg/a	100	506	353
Mercurio (Hg) e composti	kg/a	10	18	51
Nichel (Ni) e composti	kg/a	50	610	399
Piombo (Pb) e composti	kg/a	200	512	202
ACQUA				
Arsenico (As) e composti	kg/a	5	108	134
Cadmio (Cd) e composti	kg/a	5	12	15
Rame (Cu) e composti	kg/a	50	73	69
Mercurio (Hg) e composti	kg/a	1	2	3
Nichel (Ni) e composti	kg/a	20	72	121
Piombo (Pb) e composti	kg/a	20	36	38

L'inquinamento a Brindisi (segue da pagina 14)

Polimeri Europa SPA

Inquinante	Unità di misura	Soglia	Emissioni Totali 2006	Emissioni Totali 2005
ARIA				
Anidride carbonica (CO2)	Mg/a	100.000	481.738	473.325
Composti organici volatili non metanici (COVNM)	Mg/a	100	298	304
Ossidi di azoto (NOx)	Mg/a	100	262	301
Benzene (C6H6)	kg/a	1.000	11.000	11.200

Enipower SPA

Inquinante	Unità di misura	Soglia	Emissioni Totali 2006	Emissioni Totali 2005
ARIA				
Ossidi di azoto (NOx)	Mg/a	100	826	1.752
Anidride carbonica (CO2)	Mg/a	100.000	2.132.833	1.453.940
Ossidi di zolfo (SOx)	Mg/a	150	430	2.644

Edipower

Inquinante	Unità di misura	Soglia	Emissioni Totali 2006	Emissioni Totali 2005
ARIA				
Anidride carbonica (CO2)	Mg/a	100.000	2.681.989	960.237
Ossidi di azoto (NOx)	Mg/a	100	1.282	438
Ossidi di zolfo (SOx)	Mg/a	150	2.091	898

Dialogo sulla psichiatria

Riportiamo uno stralcio di un'intervista di Ezio Catacchio (Associazione "*Altre Ragioni*" - Bari) e Francesco De Martino (Quotidiano di Bari) al dott. Antonucci. L'intervista completa è disponibile su www.SalutePubblica.org

Dottor Antonucci, lei ha lavorato anche in collaborazione con Basaglia, ha pubblicato diversi testi ma soprattutto ha lavorato sempre slegando gli utenti psichiatrici dalla contenzione fisica e non effettuando i tso.

E' quindi possibile lavorare col malessere senza contenzioni fisiche e coercizioni?

Io ho cominciato proprio in questo modo; ho cominciato a Firenze negli anni 66-67 evitando che le persone fossero ricoverate. Sono partito proprio come principio dal fatto che una persona non deve essere presa con la forza, perché non abbiamo nessun diritto di sequestrare e imprigionare una persona che non ha fatto nessun reato e che è presa di mira soltanto perché si pensa che il suo pensiero sia diverso dal nostro. Perciò io ho sempre sostenuto ed ho cominciato a lavorare così e sostengo ancora attraverso questi anni che non bisogna intervenire con la forza.

Nella medicina, in tutta la medicina, la regola è che il medico viene richiesto per una consulenza. Io ho male di stomaco e voglio sapere se questo male di stomaco dipende da un'ulcera, da un tumore, da una gastrite, da un disturbo al fegato, da un disturbo all'intestino e chiamo il medico perché stabilisca da dove derivi questo mio malessere, trovi la malattia e la curi; naturalmente sono io che chiamo il medico per la consulenza, sono io che decido, anche in seguito, se mi faccio o non mi faccio la cura. Per esempio può accadere che io abbia un tumore alla prostata e, come è successo pure ad un famoso sociologo svizzero, mi propongono di operarmi alla prostata per il tumore, altrimenti la mia vita si accorcia di molto, perché il tumore porta alla morte. Però mi dicono che operandomi al tumore alla prostata la mia vita sessuale sarebbe minacciata se non addirittura abolita; allora, dopo aver consultato il medico, sono io che scelgo se curarmi o non curarmi o posso anche scegliere che tipo di medicina o quale tipo di cura.

Fin dall'antichità, e mi riferisco ad Ippocrate, il principio è che il paziente sceglie e il medico lo deve rispettare nella sua integrità e nelle sue scelte. Tutto questo salta per aria col Trattamento Sanitario Obbligatorio, nel senso che il trattamento sanitario obbligatorio permette al medico, in questo caso allo psichiatra, ma anche al medico generico, di decidere che una persona debba essere curata o trattata contro la sua volontà.

La cosa grave è che, mentre per delle malattie vere e proprie, cioè alterazioni biologiche oggettive, uno ha giustamente diritto - il corpo è suo - di scegliere da sé quello che vuole fare, per una variazione di pensiero che non è una malattia, perché non ha nessun fondamento di alterazione biologica, si interviene con la forza. Allora questo fa pensare che lo psichiatra non è più un medico che si preoccupa della salute del paziente e di conseguenza anche della sua libertà ma è, appunto, un controllore sociale che con la forza mette da parte le persone il cui difetto è, secondo il suo giudizio, di avere pensieri inquietanti, nel senso che sono pensieri differenti dalle convenzioni.

Non è che io non creda alle alterazioni fisiologiche. E' chiaro che se una persona ha paura, anche il suo corpo ha paura. Così se è innamorata o crede di essere indemoniata, etc. Ma trasformare un'alterazione fisiologica in alterazione patologica nel senso medico del termine, cioè di genesi organica o bisogno di intervento dal punto di vista organico è un falso, peraltro spacciato per scientifico.

Dialogo sulla psichiatria (segue da pagina 15)

Allora io come medico, e mi sembra una cosa regolare, ho ritenuto che si doveva rispettare la volontà del paziente e ancora come medico, come del resto ha detto già Freud prima di me, so che quando mi occupo di stati emotivi e di variazioni di pensiero, non mi occupo più di malattie ma mi occupo, appunto, della biografia della persona con tutte le sue contraddizioni. Lo ha detto Freud quando ha fondato la psicoanalisi: "ho smesso di fare il neurologo"; il neurologo si occupa delle malattie del cervello, per esempio il morbo di Alzheimer o l'epilessia, ed ho cominciato a fare il biografo. Allora i punti sono due: la persona deve essere sempre libera di scegliere sulla sua salute e sul suo pensiero e lo psichiatra che prende la persona con la forza non è un medico ma è un controllore sociale e il pensiero deve essere libero; nessuno si deve permettere di interferire nel pensiero degli altri se non con il consenso della persona interessata. Se una persona è preoccupata da alcune paure, non so, ha paura, come è capitato a me alcuni anni fa con un diplomatico del vaticano che aveva paura ad andare in aeroplano, e siccome era diplomatico del vaticano doveva andare in giro per il mondo e doveva superare questo problema, venne da me e se ne discusse insieme, ed io l'aiutai a superare la paura.

Questo è legittimo. E' legittimo che una persona chieda aiuto ad uno specialista oppure ad un esperto e, nel rispetto della sua volontà, l'esperto gli dia quest'aiuto. Però l'intervento obbligatorio è inaccettabile e invece fa parte anche della cosiddetta legge Basaglia, dico cosiddetta perché Basaglia lavorava, e io lo so perché ho lavorato con lui, contro gli internamenti e perciò se lavorava contro gli internamenti non era favorevole a che continuassero a farli, perché altrimenti è inutile abolire i manicomi quando si continua a costruirne di nuovi anche se prendono nomi differenti.

Il messaggio che invece abbiamo la sensazione che oggi stia passando, da parte di una certa psichiatria più attenta e democratica, come contrapposizione al ritorno ai manicomi e agli elettroshock che alcuni avanzano, è che la 180 sia una buona legge in assoluto, che Basaglia la volesse e che probabilmente anche i risultati in termine di valutazione degli obiettivi rispetto alla sofferenza siano buoni. Lei cosa pensa di questa cosa?

Io ho parlato di questo anche con Basaglia, poi Basaglia è morto appunto poco tempo dopo il 1978, mi pare un anno dopo; io sapevo già molte cose ma parlando con Pannella del partito radicale, Pannella mi disse a Roma, ad un convegno sull'antiproibizionismo dove c'ero anche io, che la nuova legge era stata preparata rapidamente dal parlamento per evitare il referendum che i radicali avevano chiesto sull'abolizione dei manicomi. Un referendum che chiedeva agli italiani se erano favorevoli o no all'abolizione dei manicomi. Allora il parlamento, per paura di questo referendum, come succede molte volte, fece una legge affrettata la quale mantiene il diritto di prendere le persone e portarle in clinica con la forza.

Ho già detto prima che Basaglia cercava di abolire gli internamenti e non poteva certo essere favorevole ad una legge che ritiene invece questi internamenti parte della società. Basaglia non era una persona inesperta; se lavorava per superare i manicomi è chiaro che riteneva che si sarebbe dovuto smettere con gli internamenti, altrimenti si fa un lavoro inutile: da una parte si liberano gli internati, dall'altra si continua ad internare. Il lavoro diventa a vuoto.

Basaglia non poteva essere favorevole a questa legge perché essere contro i manicomi significa essere contro gli internamenti forzati; il manicomio non è un edificio, gli edifici si possono cambiare; è un criterio: il pensare che si deve obbligare con la forza le persone a cambiare il loro pensiero.

Se uno mi dice di essere perseguitato dal KGB i casi sono due: o è vero - e può succedere – è allora è una cosa oggettiva, o non è vero e quello lì si sbaglia. Ma il fatto che uno si sbagli non significa che debba essere forzato ad andare in clinica per farsi l'elettroshock o riempirsi di psicofarmaci.

Il resto dell'intervista è su www.SalutePubblica.org

Siamo tutti intossicati

di Maurizio Portaluri

Qualche giorno fa ha occupato le pagine di cronaca locale la notizia dell'intossicazione acuta di 49 lavoratori agricoli che, impegnati per le loro attività nelle vicinanze della città di Brindisi, in agro di Restinco, sono stati investiti da una nube di pesticida sparso sulle colture di un campo limitrofo e trasportato dal vento verso di loro.

Un'operaia che ha inalato l'insetticida si è accasciata al suolo mettendo in allarme gli altri lavoratori e facendo scattare i primi soccorsi. Un incidente dalle conseguenze immediate fortunatamente di lieve entità ma che suggerisce qualche riflessione più generale sulla nostra agricoltura e sulla sicurezza alimentare.

I pesticidi inalati dai 49 lavoratori l'altro giorno finiscono normalmente sulle piante che a loro volta giungono sulle nostre tavole. E con i pesticidi anche le altre sostanze a cui la moderna agricoltura espone le colture e noi tutti. Tra queste le sostanze ormonali che fanno crescere velocemente le piante ma che alterano l'equilibrio ormonale e cellulare dei nostri organismi. Dire pertanto che rischiamo di essere tutti intossicati in forma subacuta, cioè impercettibile, non è un azzardo.

Questo è il prezzo di una agricoltura che guarda esclusivamente alla quantità, che ha rinunciato al ruolo benefico che per secoli le è stato riconosciuto nella prevenzione di tante malattie. **Se i prodotti della terra sono solo merce ed il profitto ad ogni costo l'unico obiettivo, non abbiamo alternativa all'avvelenamento quotidiano**.

Eppure l'impiego massiccio della chimica nei campi non è stato da solo in grado di contrastare la riduzione del numero delle imprese agricole registrato nella nostra provincia durante gli ultimi 5 anni. Le imprese agricole, che sono poco più di diecimila e che occupano circa 7500 addetti, rappresentano il 32% delle imprese totali mentre nel 2000 costituivano il 40% delle stesse.

Se l'agricoltura rischia di diventare "patogena" sia per gli agricoltori che per i consumatori, anche questi ultimi hanno la loro parte di responsabilità. Non abbiamo più tempo per andare a ricercare gli alimenti. Il tempo per attraversare col carrello i corridoi degli ipermercati è sempre poco e le scatolette dalle etichette colorate e rassicuranti ordinate sugli scaffali raccolgono la nostra incondizionata fiducia. E ciò mentre frutta ed ortaggi devono competere in bellezza, regolarità e vistosità con le modelle della pubblicità che campeggiano sui tabelloni ai lati delle nostre strade per farci dimenticare che la vita vera, quella che a volte abbiamo anche in casa, è fatta di deformità, asimmetrie ed insufficienze.

Ci attirano i campi ben diserbati, le distese sterminate di colture ignari come siamo ormai di quanta chimica tutto ciò richieda. Chimica necessaria perché i parassiti impazzano in campi che non conoscono altro se non le monocolture e perché la pubblicità e la fretta ci ha fatto dimenticare che ogni stagione ha i suoi frutti.

Il recupero del tempo per andare a cercare il cibo presso agricoltori che non vogliono stravolgere i tempi della natura potrà riservare forse ai consumatori quella salute fisica e mentale ed all'agricoltura quel rilancio che il massivo uso di prodotti chimici non ha saputo favorire.

Maurizio Portaluri

Mercoledì 16 luglio

ANNO II, NUMERO III

Per notizie sull'attività di studio scrivi a: info@salutepubblica.org
Le foto di questo numero sono di Emilio Gianicolo e di Ida Santoro
Responsabile di redazione: Maurizio Portaluri, Piazza del Vento 4, Brindisi