



**Medicina
Democratica**

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE

CONVEGNO NAZIONALE

Salute e partecipazione

Napoli
26 novembre 2005
A.O. Monaldi

DOBBIAMO ESSERE IN GRADO DI CAMBIARE: basta con l'azienda, con i DRG, con il potere assoluto dei direttori generali, con le sperimentazioni pubblico-privato, con le trasformazioni degli IRCCS e degli ospedali in fondazioni, con l'esclusione di migliaia di malati dalla sanità (verso l'assistenza).

UN NUOVO GOVERNO DEL PAESE PER UN NUOVO GOVERNO DELLA SANITA'

L'Aziendalizzazione, la privatizzazione e le esternalizzazioni nel servizio sanitario hanno solo determinato la precarizzazione, la negazione del diritto alla salute, ad un lavoro dignitoso e rispettoso dei diritti dei lavoratori.

Il Convegno, organizzato da Medicina Democratica, ha visto la partecipazione di circa duecento persone, tra esponenti politici, sindacali, operatori, componenti di comitati di lotta contro gli inceneritori, le centrali termoelettriche.

In particolare il Convegno ha inteso ribadire che:

-Il programma dell'Unione deve prevedere una forte discontinuità rispetto al tema del diritto alla salute, che rappresenta una priorità assoluta, così come lo è stata nelle ultime elezioni regionali, in Puglia come in altre Regioni;

-il programma - e questa è la novità - va costruito con l'apporto di tutti i soggetti coinvolti: forze politiche, sindacali, associative, di movimento. In tal senso Medicina Democratica ha dato e dà il suo contributo: lo ha fatto a Napoli, in una città simbolo di tutto il sud, dove in non poche occasioni la sanità è stata oggetto di affare, dove la salute è messa in discussione da vecchie e nuove nocività, nei luoghi di lavoro e sul territorio, dove i problemi di emarginazione, separazione e abbandono sono fra i più gravi e pesanti.

Il Convegno, introdotto da Paolo Fierro, responsabile di Medicina Democratica di Napoli e da Tonino d'Angelo, Presidente Nazionale, è stato concluso da Fulvio Aurora, vice Presidente nazionale di M.D.

Nel corso del Convegno si sono svolti quattro gruppi di lavoro, sui seguenti temi:

1.SALUTE E SERVIZIO SANITARIO. Si è convenuto che un nuovo quadro istituzionale non può prescindere dalla storia e dalle lotte che hanno portato alla promulgazione della legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978. Medicina Democratica fa propria l'attuale proposta della CGIL che riprende un'idea del suo fondatore, il prof. Giulio Maccacaro, di costruzione della CASA DELLA SALUTE, che nasce in un contesto di sanità pienamente pubblica, in cui la parola azienda sparisca, dove la dirigenza USL venga eletta dai cittadini, dove finalmente i cittadini possano essere coinvolti nella realizzazione e rinnovo dei servizi e delle strutture, nonché nella verifica del loro funzionamento.

2.SALUTE E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI. Si ritiene che le risposte ai bisogni di salute devono nascere dalla conoscenza epidemiologica del territorio. I piani sanitari invece di essere volumi di centinaia di pagine senza garanzia di realizzazione devono stabilire: quali sono le priorità di intervento, quali le iniziative conseguenti, quali i servizi e le strutture con cui farvi fronte. Particolarmente si deve affermare la globalità dell'intervento sanitario. Le Istituzioni totali devono essere, sull'esempio dei manicomi, abolite: i CPT (Centri di Permanenza Temporanea per i migranti), ma non solo, anche gli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari), non ultimo i cronici per anziani malati non autosufficienti.

3.SALUTE E AMBIENTE. Appare impossibile garantire il diritto alla salute senza un ambiente di lavoro e di vita salubre. MD nasce con le lotte della fine degli anni 60 contro la nocività nei luoghi di lavoro. Mai questa lotta è stata separata da quella contro il conseguente inquinamento ambientale e per il lavoro. Salute e occupazione non possono essere contrapposti. I processi in cui MD è stata ed è impegnata (primo fra tutti quello di Marghera) richiamano alla necessità di un riconoscimento di giustizia per milioni di lavoratori esposti nel mondo che si sono ammalati a causa dell'organizzazione del lavoro e per l'uso di sostanze tossiche e cancerogene. Cloruro di Vinile

Monomero, arsenico, benzene, amianto rappresentano altrettanti simboli di questi processi: da Marghera a Manfredonia, Da Mantova a Brindisi. E non basta, grandi lotte si sono susseguite e si susseguono contro l'incedere delle forme più distorte di smaltimento dei rifiuti, come gli inceneritori: Acerra insegna. Vi è il problema delle scelte energetiche: da Ferrara a S. Severo sono decine e pressoché immotivate le proposte di costruzione di nuove centrali a turbogas. Quali interessi economici vi stanno dietro e come la salute viene salvaguardata? E qui dove la mettiamo la legalità?

4. GLI INFERMIERI E I SERVIZI INFERMIERISTICI. I Cittadini sembrano assuefatti alla emergenza infermieristica, gli stessi infermieri appaiono rassegnati: Fanno del loro meglio, ma i turni e i carichi di lavoro divengono sempre più pesanti; i servizi e le strutture si dequalificano. E' comune nelle strutture per anziani cronici e in via di diffusione anche negli ospedali la sostituzione degli infermieri con altri operatori con minore formazione e meno adeguata professionalità. OSA, OTA, ASS, ASSS ; le sigle si sprecano, ma la realtà è pure i rischi sia per il personale che per i cittadini utenti restano. MD ha collaborato con un'associazione di infermieri generici (il MIGEP) e un sindacato la RDB per costruire una proposta di legge che si pone l'obiettivo di contribuire alla soluzione del problema. La proposta è stata già presentata al Senato da alcuni senatori dell'UNIONE ed è stata appoggiata da una petizione nazionale corredata da 23.000 firme.

Occorre infine riformare le facoltà e le specializzazioni inerenti sia la Medicina che ogni altra disciplina e settore coinvolto nella tutela della Salute, per riportare i lavoratori tra la gente, nei territori, nella prossimità dei luoghi ove nascono le patologie, nell'analisi e contrasto ai modi di produzione "patogena", in modo che si rompa l'autoreferenzialità e inadeguatezza di operatori che in primo luogo devono sentirsi cittadini, lavoratori impegnati, come diceva Maccacaro, fondatore di Medicina Democratica, per "la lotta per la salute che è in definitiva una lotta per la diminuzione dei ritmi, per la diminuzione della produttività e , quindi, contro lo sfruttamento".

UN NUOVO GOVERNO DEL PAESE PER UN NUOVO GOVERNO DELLA SANITA' PER IL DIRITTO ALLA SALUTE Per dire

No all'Aziendalizzazione

No alla Privatizzazione e all'esternalizzazione

No alla precarizzazione

Si al Servizio socio-sanitario pubblico

Si alla Casa della Salute

Si alla Prevenzione

Si alla Partecipazione Si alla gestione sociale

1. Il fondo sanitario nazionale deve essere adeguatamente finanziato. Il diritto alla salute è diritto assoluto, libero da compatibilità economiche di qualsiasi tipo. E' presumibile allo stato attuale che un finanziamento del fondo pari all'8% del PIL (corrispondente all'attuale finanziamento pubblico più le spese private dei cittadini) sia l'obiettivo da perseguire considerando che occorre intervenire prima di tutto al sud perché siano abolite le differenze in termini di strutture ed organizzazione sanitaria rispetto al nord, non ultimo contro la migrazione sanitaria di migliaia di cittadini. All'8% di finanziamento per la sanità si può giungere progressivamente agendo da un lato con nuovi investimenti e dall'altro sul fronte dei risparmi.

2. L'ideologia e la pratica dell'azienda deve essere abbandonata. E' difficile individuare una formula precisa e magica sostitutiva del sistema aziendalistico fondato sul direttore generale. Possiamo stabilire però dei principi. a) Il primo è il principio degli obiettivi di salute. Chi dirige deve essere oltre che capace a che indirizzato a migliorare le condizioni di salute della popolazione che si trova nel suo territorio. In altri termini si tratta del principio dell'epidemiologia e della prevenzione. Occorre sapere dove si è e dove si vuole andare. b) Il secondo è il principio della democrazia che non è solo quello della partecipazione (ovvero della possibilità dei cittadini organizzati di verificare e fare proposte sul funzionamento delle strutture e dei servizi sanitari), ma è anche quello della gestione sociale. Non vogliamo eliminare il direttore generale, ma sottoporlo ad un controllo e sceglierlo con criteri diversi rispetto a quelli seguiti fino ad oggi. Il finanziamento delle strutture (e degli operatori) cosiddetto a prestazione deve cessare. E' stato dimostrato che il sistema di

pagamento a prestazione (i famosi DRG) ha fallito gli stessi obiettivi che si era posto. La spesa sanitaria si è ridotta nei primi anni dopo l'adozione del decreto legislativo 502/92 per effetto del blocco del personale e della progressiva riduzione dei servizi, successivamente verso la fine degli anni 90, in connessione con la piena applicazione dei DRG, la spesa ha ripreso a crescere, pur rimanendo costante il blocco del personale .

3.La centralità della prevenzione deve essere fermamente voluta: migliore condizione di vita nel suo insieme (lavoro, ambiente, trasporti, abitazione, cultura, relazioni sociali ed altro)=migliore condizione di salute ; adeguato sistema sanitario= capacità di conoscere e rilevare, oltre che di denunciare, le fonti di rischio . Fondamentalmente un sistema preventivo deve essere indipendente dai soggetti che producono o possono produrre rischi e danni.

4.IL Servizio sanitario Nazionale deve comprendere al suo interno per le attività di prevenzione cura e riabilitazione tutti i soggetti "qualunque siano le cause, la fenomenologia e la durata della malattia" (articolo 2 legge 833/78). Non è più accettabile l'emarginazione dal SSN e dalle sue strutture di persone malate croniche non autosufficienti, di malati di AIDS, di persone affette da gravi disabilità, di persone con disagi e malattie mentali, di immigrati malati (siano essi regolari o no).

5.La relazione medico-paziente, struttura sanitaria-cittadino utente, deve essere ripristinata. All'origine, molte volte, della cosiddetta malasanita vi è la non personalizzazione degli interventi, la non considerazione della condizione umana, lavorativa, familiare, sociale, culturale delle persone. Chi è più povero e più disagiato ha bisogno di maggiore attenzione, non viceversa.

6.Il testo unico delle leggi sulla salute nei luoghi di lavoro (previsto dalla riforma sanitaria) deve essere approvato, con la messa al bando delle produzioni di morte e definito anche in via legislativa il rischio zero per i cancerogeni, per le nuove tecnologie, contro la precarietà del lavoro (che va combattuta in ogni caso), e leviolenze morali (mobbing). Non ultimo occorre realizzare quanto stabilito ancora dalla legge 833 in termini di riconoscimento degli infortuni e delle malattie professionali, e cioè il loro passaggio dall'INAIL alle USL.

7.I cittadini devono essere sollevati dal pagamento dei ticket e di altre contribuzioni che si configurano come tassa sulla malattia. In ciò va compresa la pratica della libera professione intramoenia che deve essere abbandonata chiarendo una volta per tutte che chi lavora nel pubblico non può lavorare anche nel privato. Certamente le retribuzioni dei dipendenti pubblici sanitari devono essere adeguate, come deve essere eliminata la precarizzazione del lavoro in sanità.

8.La ricerca scientifica deve essere parte integrante del servizio sanitario nazionale. Tutte le forme di privatizzazione dirette o indirette della ricerca scientifica a partire dall'ultima che stabilisce il passaggio a fondazioni degli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), devono essere abbandonate. Allo scopo la politica farmaceutica deve essere ricondotta al pubblico nelle varie forme che si sono rivelate utili, come il ricorso ai farmaci generici, comunque all'educazione sanitaria e all'utilizzo dell'uso dei farmaci da parte dei medici di medicina generale. Infine è necessario che venga ripristinato il Fondo Sanitario Nazionale indirizzato a battere le differenze territoriali e di classe sociale, e perché ciascun settore di intervento possa contare su un finanziamento certo, relativamente alla sua importanza quantitativa e qualitativa.

Tonino D'angelo - Presidente nazionale MD

CONVEGNO NAZIONALE “SALUTE E PARTECIPAZIONE”

Il Convegno di Napoli del 26 novembre anche se nel breve arco di una giornata è stato organizzato per affrontare il complesso dei temi del diritto alla salute. Infatti gran parte del tempo è stato dedicato alla discussione in 4 gruppi di lavoro il primo dei quali ha riguardato lo specifico della sanità, il secondo il rapporto fra i problemi della salute e quelli dell'ambiente, il terzo quelli della relazione fra sanità e assistenza sociale per finire con un quarto gruppo di lavoro che ha affrontato la questione infermieristica.

Come sintesi generale del convegno riprendiamo l'articolo che è stato pubblicato da Liberazione il 28 novembre a firma di Tonino d'Angelo (presidente di MD) e di Paolo Fierro (responsabile MD di Napoli e Campania)

SALUTE E PARTECIPAZIONE

Dal convegno nazionale di medicina democratica del 26 novembre a Napoli

Cara Unione,

sappiamo che stai lavorando per predisporre il programma per le prossime elezioni politiche. Abbiamo pensato che ti possiamo dare una mano.

Noi siamo Medicina Democratica, un'associazione fatta di operatori sanitari, ricercatori, operai, impiegati, pensionati e cittadini. Come movimento di lotta per la Salute veniamo da lontano. Siamo nati, più di 35 anni fa, da quando il prof. Giulio Maccacaro, direttore dell'Istituto di Biometria e statistica medica della Università di Milano, insieme ad altri ricercatori e ad una cinquantina di consigli di fabbrica ha spiegato che la scienza non è neutrale, che la salute è un diritto e non una merce.

Ci siamo riuniti per te a Napoli, all'Ospedale Monaldi, per dire cose nuove su principi vecchi. Del resto il tuo candidato presidente, Romano Prodi, ha affermato che occorre una discontinuità, è necessario fare delle riforme radicali. Siamo ben contenti di queste parole. La sanità, come dice Gino Strada, deve essere, pubblica, gratuita e di alta qualità. Se è così dobbiamo dire basta ai ticket a tutte quelle forme spurie di commistione pubblico-privato che non hanno fondamento scientifico alcuno, che costano senza per nulla migliorare la salute della popolazione. Quindi meglio abbandonare la sanità come azienda, meglio ridurre i poteri (e i soldi) dei direttori generali, meglio trovare altre forme di finanziamento del servizio sanitario: mettiamo al posto dei DRG la quota capitolaria, il budget concordato. Paghiamo la salute piuttosto che la malattia! Nella sanità, come e più degli altri settori, il lavoro precario peggiora la qualità del servizio e la vita degli operatori. E non è stato dimostrato che si risparmia. Il risparmio va ricercato in altre direzioni, per esempio togliendo le consulenze, eliminando la libera professione all'interno delle strutture pubbliche, ancora e meglio discutendo con i soggetti interessati di come ripartire la spesa: quanto alla prevenzione, quanto ai servizi di base, quanto agli ospedali. Ci hanno detto che in Campania si tagliano le consulenze del 2,5%; un po' poco, meglio il 50% della Liguria. Meglio togliere i ticket sui farmaci a partire dai farmaci generici come è stato fatto in Piemonte. Abbiamo visto, anche dai morti da malasanzità della Sicilia, e più in generale dalla costante migrazione sanitaria dal sud al nord, che nel mezzogiorno d'Italia, quanto a sistema sanitario, stiamo male. Per questo abbiamo scelto Napoli per fare le nostre proposte all'Unione. Dobbiamo lavorare contro le disuguaglianze in sanità, quelle territoriali e quelle sociali: muore prima ed è più malato chi è più povero e meno istruito. Non è accettabile. Ci aspettiamo un programma nazionale e dei programmi regionali che vadano oltre il mero dato sanitario ed intervengano socialmente e sulle cause che producono malattia e disagio. Siamo a dir poco esterrefatti quando sentiamo dire che in Campania l'emergenza rifiuti dura da 12 anni. Il sindaco di Acerra, Ereditato Marletta, è venuto a raccontarci la lotta della popolazione contro l'insediamento di un inceneritore "moderno" (ma che moderno

non era). Ci ha pure dette che sono molto più ideologici coloro che sono a favore degli inceneritori, rispetto a chi, come noi, ha un altro progetto. Un tema caldo anche per l'Unione, un tema da dove si vede se la radicalità che viene professata è vera o è solo un espediente. Il ciclo dei rifiuti va ripensato, a partire dall'inizio, dalla loro produzione. Se ne possono produrre molto meno e quelli che si producono si possono recuperare. Non proponiamo le discariche al posto degli inceneritori, siamo in grado di dimostrare che possiamo fare a meno di ambedue. Il diritto alla salute, costituzionalmente garantito, implica un ripensamento sociale e produttivo generale. Le grandi opere possono produrre e produrranno malattia e morte. Abbiamo fatto l'anno scorso a Monfalcone la Conferenza nazionale sull'amianto e quest'anno quella europea a Bruxelles. Vogliamo - questo è l'obiettivo - che in dieci anni si ponga la parola fine alla presenza di amianto nel nostro paese. I 4.000 morti l'anno da amianto e i 32 milioni di ton. presenti devono essere azzerati. Ma come si farà se si aggiungerà per altri 15 o 20 anni tutto l'amianto che verrà tolto dai 52 chilometri della galleria per l'alta velocità che si vuole costruire in Val Susa?

Cara Unione, hai visto che dalla sanità ci siamo lasciati prendere la mano e siamo finiti a parlare di ambiente. E non è possibile fare altrimenti perché la salute non può essere separata da condizioni ambientali salubri e da condizioni di lavoro sane. La contraddizione apparente può essere risolta se tutti i soggetti interessati intervengono e insieme decidono. Ed è per questo che a Napoli abbiamo rilanciato una vecchia (G. Maccacaro -1972) e nuova proposta (CGIL 2004).: la Casa della Salute. Un luogo, una casa vicino alla gente, dove ci sono i servizi di base in permanenza (medici di medicina generale, infermieri di famiglia), dove si possono trovare in tutto o in parte i servizi collegati come quelli di salute mentale o il consultorio, e dove si possono prenotare tutti i servizi possibili, compresi quelli ospedalieri, e dove si possono, senza girare a vuoto avere tutte le informazioni necessarie, dove, infine e soprattutto, i cittadini organizzati del territorio possono dire la loro su come funzionano i servizi, ed essere ascoltati.

Allora, cara Unione, ascolta anche medicina democratica. Ti faremo pervenire i nostri documenti quello generale e quello scaturito dal lavoro di 4 gruppi (salute e organizzazione sanitaria, salute e organizzazione dei servizi sociali e sanitari, salute e ambiente, salute ed emergenza infermieristica), nonché tutta la disponibilità a collaborare in permanenza.

Tonino d'Angelo, presidente
Paolo Fierro, responsabile MD di Napoli
www.medicinademocratica.org

ATTI DEL CONVEGNO
NAZIONALE
DI MEDICINA DEMOCRATICA

“SALUTE E PARTECIPAZIONE”
Napoli, A.O. Monaldi, 26 novembre 2005

1. SALUTE E SERVIZIO SANITARIO

In sintesi si potrebbe affermare che quello che è emerso è che la legge 833 buttata a mare perché troppo costosa è stata sostituita da una legge che si è rivelata molto più dispendiosa e molto meno equa in assenza di un effettivo miglioramento dell'efficienza del SSN. Questo perché ha spostato l'asse sanitario e quindi le risorse dal territorio e dalla prevenzione, dalle cure di base o primary care all'assistenza ospedaliera sicuramente più costosa.

Oggi si assiste ad una massiccia riduzione delle possibilità dei cittadini dell'accesso universale alle cure che la prossima finanziaria ridurrà ulteriormente.

Premesso che l'obiettivo prioritario di medicina democratica non è, e non può essere, quello economico (che è invece tra i contenuti determinanti la riforma della 833 e che è l'obiettivo di quanti, in Europa ed in Italia, stanno progressivamente demolendo la sanità pubblica) oggi sono in essere nuovi modelli sanitari, validati da anni di esperienze, in atto negli USA ed in Spagna. Sono Kaiser permanente (California, USA) e Zona básica de salud (Andalusia)

Questi modelli sembrano conciliare una maggiore efficacia, un accesso senza barriere, una presa in carico della totalità del malato, una maggiore partecipazione dei cittadini, con costi contenuti rispetto ai benefici.

Premesso e ribadito che le differenze tra Sistema ospedaliero e sistema delle cure primarie si può così visualizzare:

Sistema Ospedaliero:

- **Intensività assistenziale**
- **Orientato alla produzione di prestazioni**
- **Presidia l'efficienza**
- **Tende all'accentramento attraverso economie di scala**
- **Punta all'eccellenza**

Sistema delle cure primarie:

- **Estensività assistenziale**
- **Orientato alla gestione di processi assistenziali**
- **Presidia l'efficacia e i risultati**
- **Tenda al decentramento (partecipazione)**
- **Punta all'equità**

Premesso che anche in Inghilterra dopo decenni di progressivo sfascio del NHS recenti provvedimenti legislativi paiono andare verso uno spostamento del sistema verso la Primary care, si propone anche per l'Italia un modello analogo alle esperienze americane e spagnole centrato sulla primary care: la casa della salute.

In ogni area elementare in cui viene articolato il distretto (bacino di 5-10.000 abitanti) viene realizzata una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione.

La "casa della salute" è tale luogo di ricomposizione; in essa cooperano attraverso il lavoro di gruppo il personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), i medici di base (che vi eleggeranno il proprio studio associato) e gli specialisti ambulatoriali.

La casa della salute è anche il luogo della partecipazione, in essa infatti :

- I cittadini vengono coinvolti direttamente o attraverso loro rappresentanti eletti democraticamente nella definizione dei bisogni di salute e la elaborazione del PAT
- I cittadini vengono consultati per definire "cosa" e "come" produrre in termini di servizi e di prestazioni necessarie alla comunità;
- I cittadini vengono chiamati a verificare l'efficacia degli interventi e gli outcomes realizzati da cui derivano atti conseguenti.

Nella "casa della salute" vengono effettuati gli accertamenti diagnostico-strumentali di base 7 giorni su 7 e per almeno 12 ore al giorno

Nella casa della salute viene realizzata la gestione informatizzata di tutti i dati sanitari e vengono attivate le procedure di teleconsulto e telemedicina.

Nella "casa della salute" vengono implementate le linee guide condivise attraverso l'elaborazione da parte degli operatori presenti di percorsi terapeutici sulle principali patologie;

Nella casa della salute è attivato lo sportello unico per tutte le attività sociali ed assistenziali ed è realizzata la presa in carico del paziente con la delineazione del percorso di cura individualizzato superando la precedente frammentarietà negli interventi.

Per la realizzazione della casa della salute sono necessari alcuni corollari:

Un accordo collettivo nazionale per la medicina generale che incentivi forme aggregative della Medicina di base quali:

* Forme associative che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionali delle strutture di più professionisti.

* Forme associative, quali società di servizio anche cooperative, finalizzate alla fornitura ai medici di beni e servizi ma non alla erogazione di prestazioni sanitarie.

E modelli organizzativi sia sotto forma di Equipos territoriali (obbligatorie) che sotto forma di Medicina in associazioni, Medicina di rete o Medicina in gruppo (volontarie) o sperimentali come le UTAP ovvero forme aggregative sperimentali per l'erogazione di prestazioni complesse riconducibili a diverse tipologie (Ass. spec., prestazioni diagnostiche, ass. infermieristica, riabilitativa e domiciliare, assistenza sociale) anche di tipo ricovero residenziale o semiresidenziale alternativo alla degenza in regime ospedaliero.

Il corollario principale indispensabile per quanto si propone è la riforma del percorso formativo dei medici (a cominciare dagli studi universitari) che non si è sostanzialmente modificato negli ultimi 30 anni

Hanno partecipato al Gruppo (coordinato da Massimo Miniero): Roberto Polillo, Davide Pastore, Umberto Carbone, Massimo De Siena, Umberto Oreste, Maurizio Portaluri, Maurizio Bardi, Andrea Micheli;

Ha pure inviato un intervento non avendo potuto partecipare di persona Mario Valpreda, assessore alla sanità della regione Piemonte che di seguito riportiamo:

" CONTRIBUTO DI MARIO VALPREDI AL CONVEGNO DI NAPOLI DEL 26/11/2005

Dopo i primi sei mesi di governo della sanità regionale si può tracciare un primo bilancio di un'esperienza faticosa oltre le previsioni. Va detto innanzitutto che le diffidenze nei confronti dell'assessore "rosso", pur evidenti in alcune componenti dei medici e dei farmacisti, da sempre schierati politicamente a destra, sono state ampiamente compensate dalla volontà di collaborazione di chi si attende dalla nuova gestione decisi interventi di correzione di rotta. Non sono ovviamente mancati i sostenitori del "tutto e subito", che uniscono alle giuste pretese di

segnali tangibili di cambiamento una molto approssimativa conoscenza delle regole e dei tempi della pubblica amministrazione, che sembrano fatti apposta per frenare gli entusiasmi ed esasperare le attese.

Ma si è lavorato sodo, affiancando al metodo della revisione strutturale della macchina organizzativa la gestione ordinaria. Cercando di evitare, nei limiti del possibile, di rincorrere le mille segnalazioni di disfunzioni che ogni giorno vengono segnalate da tutto il Piemonte.

A quest'impostazione ha fornito un buon contributo anche la decisione di sistematici contatti da parte della Giunta con il territorio, un metodo che unisce i vantaggi dell'ascolto diretto dei rappresentanti delle istituzioni locali con l'immersione nei problemi specifici di ogni area. In sanità, la prima questione affrontata è stata l'analisi della spesa, indispensabile premessa per poter impostare il lavoro. L'esito della puntuale e non facile ricognizione è stata la documentata e certificata (per la prima volta) presa d'atto del pesantissimo passivo lasciato in eredità dal centrodestra: un debito che è un'autentica voragine di circa 3.000 miliardi di vecchie lire.

Un buco frutto di una direzione politico-amministrativa superficiale e disattenta, che ha subito richiamato l'attenzione del procuratore della Corte dei Conti, il quale ha avviato un'inchiesta. Chiarita la situazione economico-finanziaria, si è poi lavorato sul riparto del budget alle aziende territoriali e ospedaliere, condizione determinante per garantire i livelli di assistenza e perseguire l'obiettivo di migliore efficienza nella produzione dei servizi, primo requisito per coprire il disavanzo.

Nei criteri generali, i riferimenti delle quote capitarie sono stati corretti con variabili sociali che considerano: l'età; le funzioni sovraziendali; la dispersione della popolazione; i consumi sanitari storici; l'indice di povertà; la popolazione animale. Un'impostazione innovativa, differenziata per aree territoriali (la montagna avrà più attenzione) e che include interventi specifici anche per l'assistenza domiciliare e le attività diagnostiche d'avanguardia.

Ma, dopo neanche due mesi dall'insediamento, la nuova giunta ha fatto scattare la prima operazione di riduzione dei ticket sulle medicine, con l'abolizione di questa iniqua tassa sui farmaci a brevetto scaduto. Resteranno così nelle tasche piemontesi 17 milioni di euro all'anno, a fronte dei circa 60 milioni incassati complessivamente con i ticket. E senza particolare aggravio di spesa, visto che il risparmio complessivo per la Regione (i generici costano dal 20 al 40 per cento in meno dei farmaci "griffati") è stimato attorno ai 23 milioni.

Questo avanzo consentirà la tappa successiva e cioè l'elevazione del livello di reddito esente da ticket, che passerà dagli attuali 8.300 euro a 15.000. Sempre sul versante del farmaco, si è poi intervenuti anche per centralizzare gli acquisti (con altri notevoli risparmi), per ridurre il costo delle strisce per i diabetici e per mettere a disposizione dei medici prescrittori un'informazione sul farmaco corretta e indipendente. Ma l'impegno principale dell'assessorato è la redazione del piano socio-sanitario, un documento che ridisegnerà la strategia regionale nel comparto della sanità pubblica.

Ci si dovrà confrontare con una domanda in costante crescita per effetto dell'invecchiamento della popolazione, per la continua introduzione di nuove e costose tecnologie e per le maggiori aspettative di qualità di vita. Il piano si baserà su alcuni principi guida, il primo dei quali è l'orientamento alla salute. Una società si definisce sana non solo per come cura gli ammalati, ma soprattutto per come riesce a eliminare e controllare le cause di malattia. Per questo ci sarà un forte potenziamento della prevenzione primaria, rivolta proprio a identificare e rimuovere tutti i fattori di nocività e rischio: sui luoghi di lavoro, nell'ambiente, sulla sicurezza alimentare, nella lotta alle malattie infettive, umane e animali. Si definirà anche un nuovo assetto della rete dei servizi ospedalieri, organizzati per livelli di competenza e specializzazione, ma strettamente integrati con le attività dei medici di base che operano nel territorio. In altre parole, si centerà il sistema delle cure primarie attorno al paziente e ai suoi bisogni, umanizzando i percorsi di cura e considerando i bisogni e le fragilità di chi ha problemi di salute.

Ovviamente si opererà per un sistema sanitario pubblico, finanziato in base a principi solidaristici, che garantisca a tutti i cittadini parità di accesso ai servizi, senza discriminazioni di età, sesso, etnia, religione e classe sociale. Il tutto all'insegna di maggiori investimenti nella ricerca scientifica applicata e anche di un'attenzione privilegiata alle capacità di ascolto e comunicazione del sistema, che deve essere sobrio e utilizzare procedure diagnostico-terapeutiche di dimostrata efficacia, senza cedere alle pressioni di un mercato che spesso confonde e mescola gli affari con le cure. Ma si cercherà anche di introdurre regole etiche, superando la distinzione tra illegittimità ed eticità, per ridare dignità a una medicina la cui credibilità, in Piemonte, è stata offuscata da molti scandali. In conclusione, il piano rappresenterà uno strumento importante per consentire alla

sanità piemontese di esprimere appieno le sue notevoli potenzialità, operando in stretto raccordo con il sociale, nella convinzione che l'aiuto alle persone in difficoltà è spesso altrettanto efficace, nel tutelare la salute, quanto gli interventi sanitari."

2. SALUTE E AMBIENTE

Nei numerosi processi in cui MD è parte civile a fianco dei lavoratori uccisi dalle sostanze cancerogene cui sono stati esposti occorre dimostrare il nesso di causalità. Non bastano le conoscenze scientifiche assodate che affermano ad esempio essere l'angiosarcoma epatico una conseguenza dell'esposizione al CVM (coluro di vinile monomero) o il mesotelioma della pleura derivare dall'esposizione all'amianto, perché i lavoratori (chi per loro) colpiti da queste malattie e purtroppo, allo stato attuale dopo pochi mesi, deceduti devono fare una fatica immane per spiegare nei minimi dettagli fatti e circostanze, cicli produttivi e condizioni di esposizione e pure "il dolo" di chi era responsabile di averli defraudati della loro dignità di lavoratori e di persone.

Ora tutto questo potrà continuare se non verrà respinta con forza la teoria del "rischio consentito", ovvero della inevitabilità del rischio legato a diverse lavorazioni pur in presenza di alcune cautele (che sappiamo nella maggior parte dei casi essere eluse). Certamente al cosiddetto "rischio consentito" saranno esposti pochi o tanti lavoratori, non certamente i loro dirigenti o comunque chi investe e prospera in termini di profitto su quei lavori e su quei rischi. Il Tribunale di Venezia che ha mandato assolti i dirigenti ex Montedison ed ex Enichem ha fatto sua questa teoria e la espone nella sentenza di primo grado.

1. Ci aspettiamo pertanto dall'Unione una parola critica e di condanna del rischio consentito, e, in concreto, la sua traduzione in leggi che risultino più chiare possibili e non diano luogo ad interpretazioni di ogni tipo.

E' stato respinto con una grande mobilitazione nel corso di questa legislatura il testo proposto dal ministero del Lavoro del governo Berlusconi, cosiddetto Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro che avrebbe dovuto essere edito dopo un anno dalla promulgazione della riforma sanitaria del 1978.

Un TU si deve certamente fare e, oltre avere la prerogativa della chiarezza deve fra l'altro contenere:

- il principio del rovesciamento dell'onere della prova, peraltro affermato REACH (il regolamento europeo sulle sostanze chimiche che deve essere ancora approvato definitivamente dall'Unione Europea). In altri termini sostanze e produzioni devono essere messe in atto dopo che sia provata la loro innocuità;
- il principio del rischio zero, che ripete in altro modo il precedente principio, considerando che i cosiddetti valori limite (MAC, TLV) non possono che costituire un'aggravante se superati.

2. Occorre avere il coraggio di togliere dalla produzione e dall'impiego quelle sostanze che hanno dato prova di non potere essere controllate. Una prova pagata con la malattia e la morte di migliaia di lavoratori.

Così come è stato fatto per l'amianto deve essere fatto per il CVM approvando la proposta di legge presentata in questa legislatura da alcuni deputati dell'UNIONE (prima firmataria Tiziana Valpiana); parimenti deve essere approvata la legge che promuove un'azione tendente ad eliminare l'amianto nel giro di dieci anni, istituisce il fondo per le vittime dell'amianto, modifica sostanzialmente le norme apportate recentemente dal governo Berlusconi. Tale proposta è pure stata firmata da diversi esponenti dell'UNIONE (primo firmatario il senatore Antonio Pizzinato).

3. L'UNIONE dovrà pure poi prendere in seria considerazione i risultati della commissione senatoriale di indagine sugli infortuni sul lavoro e le malattie professionali che si concluderà entro la presente legislatura. Non ci basta la lieve diminuzione degli infortuni in questi ultimi anni (che poi è tutta da vedere in relazione al grande aumento della precarietà del lavoro, quindi alla mancata rilevazione dei dati), ci vuole una riduzione drastica che non può che essere provocata sia da un aumento degli organici e della funzionalità dei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro, sia dalla

eliminazione di quella legislazione, come la legge 30, che hanno grandemente aumentato la flessibilità e la precarietà del lavoro, tale da rendere i lavoratori soggetti al più spaventoso ricatto: o l'occupazione o la salute! Non meno è accettabile il fatto che di fronte ad una stima prudente di 10.000 casi/anni di tumori professionali ne vengano riconosciuti dall'istituto assicurativo meno di 500. In proposito chiediamo che venga tolta la deroga presente nella legge finanziaria del 1988 (n.67) che ha mantenuto all'INAIL il potere di riconoscimento degli infortuni e delle malattie professionali quando la legge di Riforma Sanitaria prevedeva che tali compiti dovessero passare alle USL.

4. Nel campo più propriamente ambientale l'impegno di MD si è svolto, specialmente in questi ultimi anni nella lotta contro gli inceneritori e contro l'insediamento di nuove centrali termiche, sia quelle tradizionali che quelle "più moderne" a turbogas. Un impegno che più recentemente si è allargato alla lotta contro le grandi opere, particolarmente a Venezia dove impera il progetto chiamato "MOSE" e contro l'alta velocità, soprattutto in Val di Susa.

Non siamo contro il progresso, ma per un tipo di società diversa. Lo stesso candidato Presidente Romano Prodi ha parlato di un cambiamento radicale, rispetto ai programmi e all'opera devastante dell'attuale governo Berlusconi; da più parti ancora viene invocata una discontinuità chiara e precisa con esso.

Ecco, anche questa secondo noi è l'occasione.

La società del progresso non può essere quella dello spreco, della produzione di rifiuti che vanno ad alimentare gli inceneritori, non può essere nemmeno quella che produce fonti energetiche tradizionali senza preoccuparsi delle modalità di consumo, della dispersione energetica, senza porsi né il problema del risparmio, né quello delle fonti rinnovabili (cui fra i paesi d'Europa l'Italia è ai posti più bassi). Non ultimo non menzionando che in molti casi le giustificazioni di nuove costruzioni di impianti tradizionali sono solo una copertura in funzione del profitto e in non minori casi in funzione del malaffare.

Gli articoli e gli studi tecnico-scientifici su questi argomenti apparsi su MD sono numerosi, pertanto ad essi rimandiamo (Si veda anche il sito: www.medicinademocratica.org). Segnaliamo anche la rivista fondata come MD da Giulio Maccacaro "Epidemiologia e Prevenzione" che affronta anche questi argomenti, quale strumento utile, per non dire indispensabile, al politico e al legislatore per la sua attività quotidiana e di lungo termine.

Per quello che riguarda la TAV, l'UNIONE non può - se veramente vuole agire con discontinuità rispetto a questo Governo - semplicemente fare un discorso di metodo, cioè di apertura di un dialogo con la popolazione della VAL di Susa che non potrà essere convinta al suicidio; è necessario che vada oltre fino ad affermare il superamento della decisione di bucare una montagna, che oltretutto contiene amianto ed uranio, per 53 Km, pensando a serie alternative prima fra tutte e in generale di fare funzionare le ferrovie italiane. (Si veda il documento allegato sulla Val di Susa).

3. SALUTE E ASSISTENZA SOCIALE

Un nodo sul quale Epidemiologia e Prevenzione come rivista scientifica e come organo della Associazione Italiana di Epidemiologia torna spesso è quello delle disuguaglianze nella salute. La speranza di vita e la morbilità sono legate al reddito e all'istruzione: chi ha più soldi e chi è più istruito vive di più e meglio. Un dato lapalissiano e assolutamente dimostrato. Ciò che sembra altrettanto evidente è la mancanza di politiche relative alla riduzione della povertà, quindi alla riduzione delle distanze fra ricchi e poveri (che invece aumentano), non ultimo la mancanza di politiche del lavoro legate sia alla certezza dell'impiego, sia alla eliminazione della nocività. Le disuguaglianze in sanità, come quelle nella società restano, anzi si acuiscono. Come abbiamo sottolineato nel capitolo sulla sanità, la degradazione del sistema sanitario nazionale, sancito dalla legge 833/78 è uno degli elementi che ha favorito le disuguaglianze. Le politiche di riduzione della spesa sanitaria avvenute, in gran parte dei casi, in modo scriteriato, hanno ridotto gli interventi in campo sanitario, spostandoli sull'assistenza sociale (dove non vi sono mai stati cospicui finanziamenti) facendo soffrire maggiormente le categorie più deboli della popolazione: i lavoratori e i cittadini per carenza negli interventi di prevenzione negli ambienti di lavoro e di vita (il famoso 5% della spesa sanitaria per la prevenzione non è raggiunto da nessuna regione); le persone con gravi disabilità, i tossicodipendenti, i malati psichiatrici, gli anziani cronici non autosufficienti, i malati di AIDS, categorie tutte che hanno risposte insufficienti, nella gran parte dei casi, a volte tardive, a volte ancora sono in una condizione di abbandono.

Un discorso iniziato, se vogliamo dare una data, con il decreto del presidente del consiglio dei ministri dell' 8 agosto 1986 nel quale, sotto l'apparenza dell'integrazione fra il sanitario e il sociale, i più malati sono finiti in un - inventato- nuovo settore (non presente nella legge 833), cosiddetto "socio assistenziale" che assomma alla carenza di cure per soggetti in gran parte molto malati, la partecipazione alla spesa, non solo degli stessi, ma anche dei loro famigliari.

La modifica costituzionale del 2000 che ha dato in mano alle regioni l'organizzazione sanitaria (eccetto la definizione dei livelli essenziali di assistenza) e l'assistenza sociale (che nemmeno è concorrente con lo Stato a differenza della sanità), non hanno cambiato in meglio la situazione. Nemmeno ci sembra che questo sia avvenuto con la legge 328 successiva che ha rimandato alla definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) da questo governo (Berlusconi) non ancora definiti. La legge 328 peraltro non ha stabilito diritti certi ed esigibili per i cittadini utenti peraltro stabilendo finanziamenti legati all'andamento delle economie, quindi alle leggi finanziarie, con questo governo, di nuovo, in riduzione. Nemmeno la definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitari (LEA) hanno risolto il problema, anzi per certi versi l'hanno peggiorato aumentando gli oneri a carico dei comuni e degli utenti. L'eccezione del decreto legislativo 130/2000 che finalmente almeno per gli ultrasessantacinquenni, interpretando autenticamente l'articolo 438 del codice civile, ha stabilito che la partecipazione alla spesa, se mai ci deve essere, non può essere richiesta ad altri se non al fruitore dei servizi, non è attuata, con la scusa che manca il decreto applicativo che da anni i ministeri del lavoro e della sanità non emanano. In altri termini il potere esecutivo si permette di cassare quello legislativo.

Considerato tutto ciò in premessa si deve provvedere:

- a definire sul piano legislativo in attuazione degli articoli 117 e 118 della Costituzione quali sono i confini fra Stato e Regioni in termini di competenze in campo sanitario anche per evitare il continuo conflitto fra Regioni e Stato davanti alla Corte Costituzionale;

- a mantenere nella piena competenza della sanità tutti i soggetti che ad essa appartengono, "qualunque siano le cause, la fenomenologia e la durata della malattia" (articolo 2 legge 833/78),
- a fare sì che la sanità comprenda quegli aspetti che sono legati alla condizione patologica direttamente o indirettamente (funzione olistica della medicina),
- a stabilire che la partecipazione alla spesa per i ricoveri di lunga durata riguardi, se del caso, esclusivamente il ricoverato, ad esclusione della famiglia, e che venga sostenuta, nel caso in cui il ricoverato sia privo di risorse dalla sanità piuttosto che dal comune (lasciando il più possibile al comune risorse per intervenire nel campo della povertà). Si attui, ad esempio su questo tema quanto previsto e deliberato dalla Regione Piemonte.
- Che ancora si cancelli la legge 1580/1931, sulla rivalsa, che la dottrina giuridica considera superata, ma che ancora la Cassazione in alcune sue sentenze tende a considerare valida.

Va risolto il problema delle istituzioni totali. La legge 180/78 è un faro che illumina l'intera società riguarda la salute mentale, ma va, anzi deve andare oltre. All'UNIONE si chiede di inserire nel suo programma la parola fine per gli ospedali psichiatrici giudiziari nonché prendere le necessarie misure per eliminare la ancora diffusa contenzione.

Per tutti gli aspetti che riguardano la salute mentale MD condivide la piattaforma di Psichiatria Democratica e del Forum per la Salute Mentale, pertanto ad essa rimanda sottolineando la necessità di costruire Dipartimenti di Salute Mentale sul modello di quelli che hanno dato prova di funzionare meglio, in particolare quello di Trieste che prevede fra l'altro l'apertura per 24 ore al giorno dei CSM. Un aspetto assolutamente importante se si pensa agli attacchi che a fasi alterne vengono portati alla 180. A volte questi partono da un fondamento reale, ovvero dalla disattenzione, per non dire dalla mancanza o insufficienza dei servizi psichiatrici pubblici o per loro ignavia di fronte ai casi più gravi e difficili.

Si è visto che la destra farà "dell'abbandono delle famiglie con malati mentali" un'occasione consistente per la sua campagna elettorale, così pure come la sta facendo e la farà contro i tossicodipendenti, o contro le donne relativamente allo svuotamento della legge 194. Su tutto questo la chiarezza deve essere totale, non solo sul piano delle idee, ma anche su quello delle proposte e delle realizzazioni.

Sempre nel campo della salute mentale va considerato che l'ultimo progetto obiettivo nazionale, pur essendo ben concepito, non è stato realizzato se non a macchia di leopardo (pensando ad un leopardo con macchie molto rade). Deve pertanto essere riproposto, adeguandolo alle mutate condizioni, ma al tempo stesso deve essere studiato un modo per cui diventi impositivo per tutte le regioni.

Istituzioni totali sono le grandi comunità cosiddette di recupero per tossicodipendenti, di cui poco si conosce sul piano scientifico del loro effettivo recupero e reinserimento sociale e lavorativo. L'attività privata è libera, ma il pubblico è altrettanto libero di scegliere se e con chi convenzionarsi, prima di tutto producendo esso stesso luoghi comunitari di non grande entità numerica, quindi escludendo le grandi comunità di per sé ghettizzanti.

Istituzioni totali sono i grandi istituti per anziani cronici. Difficile è capire la differenza con i manicomi se non per la diversità delle patologie delle persone ricoverate. Difficile pure capire come questi istituti possono essere tollerati e considerati facenti parte della "normalità". Eppure sono luoghi "esclusivi" dove si va a morire (senza essere hospice), anche se spesso l'agonia dura anni. Si deve pensare alla trasformazione di questi istituti in ospedali generali o al limite in ospedali geriatrici, dove si entra, ma si può anche uscire dopo un periodo di cure e riabilitazione. Certo è che bisogna finalmente attuare un vero servizio di cure domiciliari, che sulla base della letteratura europea, richiederebbe di moltiplicare quelli attualmente in atto nelle regioni italiane per nove volte (con alcune eccezioni dove la moltiplicazione dovrebbe essere "solo" per tre). Strutture residenziali clinicizzate con un numero di posti letto limitati, non superiore a 60 considerando che le persone che oggi tendono a ricoverarsi in RSA sono molto anziane e molto malate, ovvero affette da pluripatologie e che il carico di tipo assistenziale risulta essere limitato e pertanto può essere supportato dal servizio sanitario.

Salute ed immigrazione

L'avvento del fenomeno migratorio pone attualmente nel nostro paese dei problemi oltre che politici e civili anche sanitari.

Va detto che già il decreto legislativo 299/99, la riforma Bindi, in qualche modo poneva il problema della immigrazione "clandestina" come target di popolazione a rischio per l'esposizione a malattie gravi come la Tbc e l'Aids .

Attraverso il varco che indicava la necessità di un intervento sanitario in quella direzione, alcune regioni hanno messo a punto degli strumenti per garantire le cure "urgenti ed essenziali" ai cittadini immigrati privi di permesso di soggiorno (i tesserini sanitari provvisori per stranieri temporaneamente presenti - STP).

Gli strumenti indirizzati verso una marginalità che si credeva, o si sperava, di contenere in piccole dimensioni risultano utilizzati solo parzialmente e per tanti versi appaiono improponibili nel prossimo futuro.

Appare ora chiaro che quella marginalità non è né sporadica né di breve durata : essa interessa centinaia di migliaia di persone ed applicare alla lettera il dettato legislativo vuol dire negare il diritto alla salute ad una parte consistente della popolazione residente..

Un Governo realmente democratico dovrà quindi affrontare questo nodo riconoscendo innanzitutto il completo diritto alla Salute ai cittadini immigrati -tutti- ed equiparando la loro condizione a quella degli italiani .

Cure primarie

Va quindi posto con chiarezza l'obiettivo di garantire, oltre che la chiusura di Istituzioni come i CPT che tendono ad escludere le diversità con ottica reclusoria , anche l'assistenza sanitaria di base completa .

Si può regolarizzare il rapporto con il servizio sanitario nazionale per tanta popolazione immigrata concedendo l'assistenza sanitaria di base a chi ha fatto richiesta, autocertificata, di permesso di soggiorno.

Considerando le difficoltà della fase di integrazione,(reddito,casa, istruzione ,cultura etc..) ,è necessario inoltre garantire l'esenzione ticket ai cittadini immigrati nei primi anni successivi all'ingresso , al fine di evitare anche forme improprie di riutilizzo dell'STP e stimolare un rapporto di migliore accesso al SSN.

Lo STP andrebbe mantenuto per i casi di reale permanenza temporanea di breve durata.

In ogni caso si dovrebbe includere nella funzione di STP anche la prevenzione e le cure riabilitative non rinviabili, intendendo con questa dicitura tutte le pratiche riabilitative la cui mancanza comporta complicazioni alla patologia di base.

Si dovrà garantire in maniera chiara e su tutto il territorio nazionale ,tra le funzioni dell'STP ,l'accesso ai Day Hospital ed al Day Surgery per non penalizzare con lunghi e inutili ricoveri i lavoratori stranieri che sono più esposti ai ricatti del padronato .

Esiste poi il problema degli immigrati dall'ex blocco dell'est di cui una parte è entrata nella UE e quindi non è più nominalmente extraeuropea, ma che perviene nelle nostre città con i vecchi problemi di bisogno estremo, di reddito, abitazione, ecc.:

E' il caso di estendere l'STP anche a loro e chiedere interventi straordinari della UE per sostenerne l'onere.

I mediatori culturali nei percorsi sanitari

Un altro cardine in un progetto di salute che includa i cittadini immigrati è la necessità di superare le barriere che si frappongono ai servizi del servizio sanitario nazionale per le persone che soffrono di problemi sociali, di lingua o di cultura.

Abbassare la soglia di accesso è un obiettivo che non va posto con demagogia o pressapochismo, ma con la lucidità di chi comprende che il mondo dell'immigrazione è un universo di migliaia di microcosmi che tendono a preservare la propria identità e spesso anche a porre essi stessi delle barriere verso l'esterno. Quindi non basta stabilire dei principi - il diritto alla salute - ma studiare delle strategie per aprire dei contatti veri con i microcosmi che formano la galassia dell'immigrazione.

Sono in proposito fondamentali i mediatori culturali che non dovranno essere semplici interpreti-traduttori , ma elementi di riferimento nelle comunità e nelle realtà sociali scelte come target,

personale quindi che a partire da un vissuto interno all'immigrazione sviluppi un percorso formativo adeguato.

Queste nuove professionalità non vanno immiserite con il sigillo del volontariato, ma devono possedere o acquisire nozioni di medicina, di prevenzione, di legislazione sanitaria, e di conoscenza delle normative locali e dei servizi; queste nuove professionalità devono cooperare attivamente nella progettazione degli interventi sanitari a partire dalla conoscenza della cultura, della lingua e dei dialetti, delle credenze religiose e della cultura medica di origine delle popolazioni immigrate verso cui è rivolto il progetto.

Questo tipo di scelta servirà a sviluppare un maggiore rispetto delle culture "altre" siano esse mediche e non - che eviterà lo sviluppo di nuove forme di colonialismo interno magari solo di tipo sanitario ma non per questo meno fastidioso nei riguardi di chi proviene da altre aree geografiche.

Non ultimo devono entrare pienamente nell'organico del SSN specialmente nelle aree a maggiore presenza di immigrati.

Gli ambulatori internazionali.

Gli ambulatori STP abbandoneranno il carattere di separazione (ambulatori per immigrati) e saranno sostituiti da centri di accoglienza ed ambulatori internazionali ove gli operatori avranno l'obbligo di seguire appositi corsi di formazione e di lingue straniere.

Infine andrebbe sviluppato a fondo un programma di prevenzione per le situazioni a rischio.

Si veda in particolare le condizioni di lavoro della manodopera immigrata : oltre alla precarietà ed ai bassi salari i lavoratori immigrati accettano spesso notevoli rischi , mancanza di misure preventive ed esposizione a sostanze nocive.

Come stile di lavoro si dovrebbero promuovere progetti di contatto con la popolazione immigrata delimitata su un territorio, gestiti da un gruppo di operatori sanitari e di mediatori culturali insieme a rappresentanti delle comunità.

Le altre medicine.

La sanità italiana inoltre deve necessariamente aprirsi alle culture mediche "altre". L'esperienza avviata all'interno di alcune A-USL di impiego anche di alcune pratiche mediche non occidentali (medicina cinese,-agopuntura, omeopatia, fitoterapia, ecc.) ed il contatto con il mondo dell'immigrazione deve essere visto come un'occasione di scambio proficuo da sviluppare con rigore, attenzione, senza demagogia, ma in maniera convinta.

Occorre però evitare lo sviluppo di un filone tutto ideologico di esotismo sanitario che è fortemente presente in tutte le fasi storiche in cui si produce un'apertura verso sistemi di pensiero provenienti da paesi lontani .

Le menomazioni fisiche anche minime , comunque proposte e in qualunque modo praticate (mini, con anestesia, in ambiente asettico, ecc.), non sono concepibili come pratiche sanitarie, ma rimangono atti di violenza gratuita e pertanto esclusi da ogni legittimazione in ambito medico.

Quello che invece va sicuramente valorizzato - ed è il filo comune di tutte le culture mediche non occidentali - è la concezione olistica dell'essere umano che in qualche modo sovrasta e contrasta il meccanismo positivista della nostra medicina. Questa concezione dovrebbe rientrare nella nostra pratica sanitaria per umanizzare il rapporto medico-paziente, ospedale-paziente, ecc.

Il medico di comunità (la casa della salute)

Oltre a ciò alcuni elementi non direttamente sanitari, ma sicuramente efficaci da un punto di vista sanitario sono già stati individuati andranno rafforzati: la medicina di comunità o più semplicemente quel rapporto solidale che si sviluppa nei gruppi insediati in territorio straniero e si rafforza in condizioni di malattia, ha rappresentato e rappresenta una sorta di ombrello protettivo che ricorda le nostre famiglie contadine o le società operaie di un tempo, il cui valore si è andato perdendo nella nostra realtà occidentale.

L'istituzione della casa della salute nella sua dimensione principale di cure primarie con al centro il medico di medicina generale che diventa medico di comunità potrebbe essere una soluzione atta a rinforzare i legami e favorire la conoscenza di culture e tradizioni che possono talora avere carattere ostativo verso l'intervento sanitario.

La Partecipazione.

Il sito ideale di aggregazione e di organizzazione della partecipazione democratica sui temi della salute dovrebbe essere la casa della Salute che deve necessariamente divenire multi-etnica e sviluppare dei rapporti di collaborazione con le comunità presenti sul territorio.

L'ospedale orizzontale.

Altra prospettiva che sarebbe utile per tutti i cittadini è assumere l'idea di "ospedale orizzontale" così come progettato e messo in atto da un gruppo dall'architetto Carola in Mauritania (ospedali di Kaedi). Un ospedale che ripercorre la concezione del villaggio comprendente un'area centrale con intorno le singole abitazioni come una sorta di fiore in cui i petali sono gli aggregati familiari e l'area centrale svolge una funzione comunitaria e sociale. Allo stesso modo nell'ospedale il centro è costituito dal percorso sanitario con le funzioni strategiche (camera operatoria, ambulatori, laboratorio, ecc.) ed i petali sono rappresentati dalle stanze di degenza collegati ad una seconda corona di aree-spazi per i familiari ed i rapporti esterni: si inverte in tal modo il centro per riaffermare la socialità e la non separazione dell'ammalato.

Il valore terapeutico del rapporto umano -del gruppo familiare e/o della comunità-gruppo sociale, sarebbe in tal modo riconosciuto e valorizzato nella sua reale importanza.

Gli ospedali italiani in gran parte tendono a ripercorrere modelli anglosassoni "verticali" spersonalizzanti ed asettici ma si potrebbero superare le difficoltà strutturali e di spazio sviluppando una parte piana nella quale i degenti vengano messi nella possibilità di mantenere un rapporto più intenso con familiari ed amici. L'esigenza è stata in parte accolta in strutture particolari come gli Hospice, ma in generale la presenza dei familiari e le forme di socialità in genere, per l'effetto terapeutico che rappresentano, dovranno entrare di diritto nella progettazione dei luoghi sanitari.

Prevenzione primaria e diagnosi precoce

I cittadini immigrati, particolarmente quelli sprovvisti di permesso di soggiorno, arrivano nel nostro paese attraverso viaggi avventurosi ed in condizioni disumane.

Le condizioni abitative, la vita di strada e i lavori gravosi fanno il resto, selezionando da un lato le fibre particolarmente robuste ma rendendo quanto mai debole e sensibile alle malattie una discreta minoranza dei migranti.

Se è ormai chiaro che nessuna minaccia possa provenire alla popolazione italiana dal contatto con quella immigrata è invece vero il contrario e cioè che sono i soggetti immigrati che risultano più esposti a patologie infettive anche gravi come la Tbc e l'AIDS.

Per attuare campagne di prevenzione è necessario stabilire quali sono le fasce di popolazione immigrata e rischio a partire da quelle di immigrazione più recente.

Per entrare in questi mondi che sono difficili per definizione bisogna attrezzare dei gruppi di lavoro particolarmente attenti a studiare i target, a seguirne le tracce ed utilizzare strumenti e canali di connessione non burocratici. Questi gruppi devono agire insieme ai mediatori culturali e ai rappresentanti delle comunità straniere e proiettarsi necessariamente sul territorio.

E' necessario fare indagini epidemiologiche, approntare test rapidi ed interventi terapeutici mirati a determinati target di popolazione immigrata: per fare questo c'è la necessità di definire dei finanziamenti certi.

Le patologie poco note.

E' necessario infine sottolineare un problema che non è preminente ma sussiste in maniera significativa: la presenza di pazienti immigrati con patologie poco note alle nostre latitudini. Molto spesso gli interessati ne sono a conoscenza, ma la paura di essere bollati come pericolosi vettori di epidemie o la difficoltà della lingua impediscono o ritardano una diagnosi altrimenti utile ad una facile gestione degli eventi morbosi. A tale proposito gran parte delle patologie di tipo tropicale subiscono nei portatori un'attenuazione dei sintomi ed una scarsissima o nulla trasmissibilità a partire dall'habitat naturale e sociale profondamente modificato: Ciò non vuol dire che non si debbano ricercare e curare.

4. L'EMERGENZA INFERMIERISTICA

Medicina Democratica ha contribuito insieme la MIGEP (movimento infermieri generici e puericultrici) e alla RDB-CUB alla redazione di una proposta di legge il cui scopo è quello di risolvere il problema dell'emergenza infermieristica.

Prima di entrare nel merito è necessario in modo sintetico presentare il pensiero di MD così come è venuto a determinarsi dagli inizi degli anni 70 ad oggi. Giulio Maccacaro rimproverava ai suoi colleghi medici di essere molto distanti dalla comprensione delle condizioni di lavoro e di vita della classe operaia, di credere di essere portatori di una scienza medica neutrale, di considerare le persone malate o che ammalano, oggetti piuttosto che soggetti (: "... un uomo fatto cosa che diventa cosa di un altro uomo.."), di essersi costituiti come corporazione per salvaguardare se stessi, piuttosto che di "operare per la salute degli altri uomini". Maccacaro individuava la gran parte dei suoi colleghi nel "medico della corporazione" esprimendo un concetto di lontananza e di separatezza dal contesto sociale e lavorativo; un contesto che metteva molti nella condizioni di ammalarsi e di morire più di altri dimostrando la vacuità della pretesa neutralità della scienza.

Da 30 anni a questa parte vi sono stati enormi cambiamenti, il medico non è il professionista sul piedistallo come una volta (per quanto qualcuno di questi è rimasto, pur come una specie rara), la scienza neutra è rimasta per interesse nel pensiero dei dirigenti dei grandi impianti industriali specie se chimici e petrolchimici, di qualche giudice (anche se con pesanti conseguenze), ma il messaggio di personaggi come Maccacaro e come Basaglia è stato colto solo a metà, quando certe conquiste, come lo Statuto dei Lavoratori, la Riforma Sanitaria, la 180, La 194 vengono di nuovo messe in discussione.

Abbiamo fatto parte, come MD, di un movimento che si batteva per l'abolizione dell'ordine dei medici, il cui senso, all'interno della sanità pubblica è privo di fondamento. Del resto molti medici pubblici non si recano nemmeno a votare per l'Ordine, sono ad esso iscritti esclusivamente perché obbligati.

Qualcuno ha poi pensato che se nella sanità esiste l'ordine dei medici, perché non devono esistere altri ordini, ciascuno per ogni professione? Così ogni "discriminazione" professionale verrebbe a cadere. Un progetto di legge in tal senso è già passato in Senato, con questo, se passerà pure alla Camera (speriamo che non ci siano i tempi!) avremo un'altra ventina di ordini, cui sarà obbligatorio iscriversi a vantaggio degli apparati che per ciascuno di essi verranno formati, non certo degli aderenti obbligati e ancora meno dei cittadini utenti che di operatori autoreferenziati non sanno più che farsene.

Diventa difficile anche la discussione sui problemi perché quando si evidenzia in campo infermieristico una realtà difficile e precaria, fatta ad esempio di un rapporto medico-infermiere di 1 a 1, quando dovrebbe essere di 1 a 4, con una carenza di infermieri molto elevata, (secondo l'IPASVI), sarebbero 40.000 ci si trova di fronte a risposte difensive e arrabbiate, negli interessi della corporazione piuttosto che di coloro che devono usufruire dei servizi.

Nonostante ciò insistiamo perché la proposta di legge, oggetto anche di una petizione corredata da 25.000 firme, e già presentata in Senato da esponenti dei partiti dell'UNIONE (primo firmatario il senatore Luigi Malabarba) entri nel suo programma, quanto meno come problema sul quale dovere esprimersi per una soluzione definitiva.

Tale soluzione non tende certo a ridurre il livello di professionalità nell'ambito assistenziale ma vuole invece cercare di invertire una tendenza che sembra avere ormai preso piede nelle "aziende" sanitarie che di fatto sta già contribuendo a ridurlo. In diverse realtà italiane, infatti, molte figure infermieristiche vengono sostituite da personale attualmente considerato facente parte dell' area tecnica (OTA, OSS,...) con un periodo di formazione molto contenuto e molto differenziato fra di loro. Questa modalità di gestione sembra rispondere soprattutto ad una finalità di riduzione della spesa per il personale utilizzando come motivazione principale la cronica carenza infermieristica. Non si comprende, inoltre, come il rapporto medici-infermieri e infermieri-popolazione possa essere così differente dalle medie europee (rispettivamente 92,4 infermieri per 100 medici contro i 386 dell'Irlanda o i 335 del Regno Unito; 5,4 infermieri per mille abitanti in Italia contro una media OCSE dell'8,2): delle due l'una: o la qualità assistenziale è nettamente più bassa in Italia oppure -come di fatto è- le figure definite "tecniche", espletando il loro lavoro a diretto contatto con il malato, dovrebbero invece essere considerate facenti parte della quota sanitaria non rilevata dalle statistiche. In questo caso però, per garantire un buon livello assistenziale, dovrebbero anche avere una formazione di un livello più elevato rispetto a quella attuale e che sia omogenea nell'area assistenziale (che possa cioè prevedere anche per essi la possibilità di un percorso di crescita professionale e formativa). Solo in questo modo può essere garantita una assistenza qualitativamente elevata.

L'aziendalizzazione delle USL e degli ospedali, la riduzione del numero delle USL e particolarmente le recenti modifiche del titolo V della costituzione non ha certo aiutato ad invertire la tendenza, anzi le differenze sembrano essere più marcate.

Sicuramente non si può rimanere nella situazione attuale nella quale la gran parte dei pazienti non ha le cure necessarie e molti operatori sono oppressi dal lavoro, sviliti nella loro professionalità, non riconosciuti per il lavoro che svolgono.

Per diventare infermiere, secondo la legge con cui l'Italia ha recepito la normativa Europea, occorre una laurea, quindi ci vogliono tre anni di studio dopo il diploma di scuola media superiore. La novità è quella di aver definito la figura intermedia che colga una necessità indilazionabile e sia abbastanza condivisa;

* Il nuovo nome è "Infermiere diplomato di base";

un infermiere a tutti gli effetti, con una formazione differente da quella dell'infermiere laureato, ma con un percorso formativo completo.

* Aver definito una nuova scuola:

un istituto tecnico sanitario di cui se ne vede l'estrema necessità, in quanto le strutture e i servizi chiedono questo tipo di istituzione.

* Unificazione su tutto il territorio nazionale di tutte le figure:

ota - adest - ass - osa ecc. , individuata ora con il nome di OSS (operatore socio sanitario), diciamo subito che deve essere l'unico, una figura professionale con una serie di mansioni già individuate dalla conferenza Stato Regione, inserendola nell'area sanitaria.

* Si individuano così tre figure : l' OSS - l'Infermiere di base - l'infermiere laureato.

La soluzione che vogliamo proporre è la seguente:

* Gli infermieri con laurea breve restano con il loro sviluppo di carriera e la loro qualificazione e responsabilità, con possibilità di diventare dirigenti.

* Ai 35 mila ex infermieri generici, psichiatrici, puericultrici viene riconosciuta la professionalità.

* Viene istituita la figura dell'infermiere di base con un percorso formativo nuovo, all'interno della scuola secondaria superiore, istituendo un Istituto Tecnico Sanitario che rilascia un diploma che dà immediatamente possibilità di inserirsi come infermiere diplomato di base o con altro tipo di specializzazione sanitaria. L'istituto Tecnico Sanitario è strettamente connesso con le Regioni per la frequenza di stage e tirocini degli studenti negli ospedali e nelle A-USL. I diplomati hanno diritto di accedere all'università verso le lauree infermieristiche, riabilitative e mediche. La figura dell'infermiere di base viene istituita da subito anche utilizzando la stessa legge 42, in pratica attuando il dettato della legge, non con un decreto, ma con un'altra norma. Gli infermieri generici

- puericultrici - psichiatrici con 5 anni d'esperienza sono equipollenti a " infermiere diplomato di base" secondo le modalità previste, possono accedere all'università nella misura in cui consegue il titolo di scuola secondaria superiore. Per il conseguimento di tale titolo sia l'infermiere generico, puericultrice - psichiatrico devono avere delle facilitazioni dall'ente in cui lavorano, considerando che si tratta per la maggior parte di personale femminile che ancora allo stato attuale è portatore di maggiori carichi sociali e di vita. La figura OSS attraverso un percorso graduale conteggiando le ore fatte, la permanenza di un anno nel profilo OSS, per acquisire esperienza infermieristica, effettua 1200 ore corrispondenti a un anno di corso per diventare infermiere di base scegliendo la specializzazione in una delle aree individuate dal Ministero della Salute con decreto 739/94, utilizzando le 150 ore.

* Detto istituto tecnico sanitario potrebbe fornire altre figure di base come fisioterapisti . tecnici di radiologia, tecnico di laboratorio, l'OSS ecc.

* Inoltre nel ruolo di infermiere di base vengono inseriti quegli infermieri extracomunitari, che hanno conseguito il titolo al di fuori della Unione Europea non equiparabili, come definito dal Ministero della Salute in conformità alla legge 42/99; gli infermieri generici delle carceri, le crocerossine come definito dalla legge del 4 febbraio 1963 n°95, il personale che opera nelle cooperative nelle strutture private e nelle case di cura, gli ex infermieri militari D.M. n° 19 del 12/12/90

* Si stabilisce un ulteriore unica figura, denominata operatore socio sanitario con formazione definita, con un numero di ore uguali sul territorio nazionale, ai quali viene richiesto la scuola dell'obbligo e ai quali viene facilitata la frequenza allo istituto tecnico sanitario.

* La proposta di legge che segue individua dunque nell'infermiere diplomato di base la figura centrale, preparata e responsabile. L'infermiere diplomato di base svolge tutte le funzioni infermieristiche di primo livello ed è impegnato nell'assistenza ospedaliera, domiciliare e territoriale, collabora in parallelo con le altre figure fermo restando le specifiche competenze.

* L'infermiere psichiatrico con 2 anni di corso è equipollente all'infermiere di base mantenendo la fascia e il salario attuale.

* Il riordino dei profili professionali dovrà definire un assetto dei ruoli e delle professionalità, complementare per queste figure (OSS - infermiere diplomato di Base) andando a definire una sanità efficace e sicura per l'utente.

* Viene presa in considerazione pure la figura della cosiddetta "badante", visto il suo dilagare in buona parte del territorio nazionale almeno per evitare che prevalga nei suoi confronti uno sfruttamento sempre più marcato e quindi, di contro, per fornirle un minimo e certo grado di competenza mediante un'adeguata formazione.

Il servizio sanitario nazionale viene definito l'art 1 della legge 23 dicembre 1978 n° 833 quale:"Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli Enti locali Territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini."

Per Medicina Democratica

Tonino d'Angelo, Presidente

Ful.vio Aurora, v.presidente e direttore responsabile dell'omonima rivista

Paolo Fierro, responsabile MD di Napoli e Campania

Allegati

UN SISTEMA SANITARIO PUBBLICO, QUALIFICATO E PARTECIPATO (Programma dell'UNIONE per la Sanità in Lombardia - ultime elezioni regionali)

La salute è un diritto costituzionalmente garantito. Un diritto esigibile cui corrispondono le caratteristiche di universalità, equità ed uguaglianza.

Il cosiddetto "modello lombardo" non ha previsto, né raggiunto questo obiettivo. Un modello, non originale, che ripercorre le indicazioni del Fondo Monetario Internazionale, basato sull'introduzione di logiche di mercato con separazione fra il fornitore di prestazioni e finanziatore/acquirente e cioè fra ASL e aziende ospedaliere pubbliche e private. Il sistema di finanziamento a prestazione (i cosiddetti DRG) ha fatto il resto: aumento delle prestazioni non giustificate, aumento della spesa, minore considerazione degli interventi di prevenzione. Il caso Galeazzi a quello più recente, in via di indagine dell'Humanitas, mostrano che il sistema sanitario è più volto al profitto che alla soddisfazione del bisogno di salute dei cittadini. I rimedi messi in atto per contenere la spesa si sono mostrati disastrosi sul piano sociale: si è introdotta la compartecipazione alla spesa da parte dei malati (in genere la parte più povera della popolazione), attraverso i ticket e l'aumento dell'IRPEF, si sono posti tetti alle prestazioni, si sono ridotti gli interventi socio sanitari quasi a toglierli dal sistema sanitario (salute della donna, salute mentale, tossicodipendenze, handicap grave, cronicità e non autosufficienza).

Gli obiettivi dichiarati dalla giunta di destra erano una riduzione erano una più vasta libertà di scelta dei cittadini; lo sviluppo di una più ampia rete di offerta con una liberalizzazione degli accreditamenti e convenzionamento di tutti i privati che lo avessero richiesto; la riduzione delle liste di attesa (conseguenza dell'aumento dell'offerta); un miglioramento qualitativo dei servizi; il contenimento della spesa sanitaria.

Dopo dieci anni di governo della giunta di destra il fallimento di questa politica è evidente, in quanto:

* La sbandierata libertà di scelta è contraddetta dall'esperienza di cittadini sempre più soli, che si avventurano nel percorso ad ostacoli alla ricerca delle cure più appropriate. E' divenuta un miraggio dopo l'introduzione dei tetti ai volumi di attività per le strutture sanitarie; soprattutto la libertà di scelta ha creato di fatto disuguaglianze sociali dovute al disinvestimento dell'immagine e della valorizzazione del servizio pubblico;

* I tempi di attesa (per una non adeguata programmazione) per numerosi esami diagnostici, visite specialistiche e diversi interventi chirurgici risultano inaccettabili e spingono i cittadini, all'acquisto privato delle prestazioni pur di ottenerle in tempi ragionevoli;

* La collocazione territoriale delle nuove strutture e l'accredimento di attività specialistiche sono avvenute senza programmazione, con una logica puramente di mercato incrementando gli squilibri del sistema;

* Le politiche di razionamento della spesa, di precarizzazione del personale, gli inadeguati investimenti stanno pesando sulla qualità dei servizi;

* La dinamica della spesa è cresciuta oltre il previsto a causa dell'incremento ingiustificato e repentino dell'offerta. L'eccesso di spesa è stato ripianato fino al 2001 facendo mutui per 1234 mln di €, dal 2002 introducendo un'addizionale IRPEF, fino allo 0.5 del reddito imponibile, per un gettito annuo di 320 mln di €, dal 2003 con ticket sui farmaci e pronto soccorso per altri 200 mln di € annui.

* Le ASL sono state di fatto private del ruolo di orientamento e di politica sanitaria e provvedono semplicemente a pagare le prestazioni. Per controllare la spesa la Regione ha emanato nel 2003 una delibera che impone alle ASL di fissare dei tetti di spesa con gli erogatori impegnandosi a riconoscere una percentuale fissa del fatturato dell'anno precedente indipendentemente dalla qualità del servizio fornito. Questo è puro dirigismo, con un governo della spesa fatto dal centro, che esautorava le ASL chiamate solo ad applicare le direttive regionali.

* Il modello lombardo ha portato agli estremi la logica l'aziendalizzazione stabilita dalla controriforma sanitaria del 1992, facendone il perno per introdurre la logica del mercato in sanità: i direttori generali rispondono a criteri di nomina politica, e a loro volta nominano i direttori amministrativi e sanitari all'interno di ASL e Aziende Ospedaliere. I pervasivi poteri del direttore generale, anche nel merito delle scelte sanitarie ha determinato l'emarginazione del personale

medico-sanitario, con pesanti squilibri per il sistema.

* I medici di base, che costituiscono il punto di contatto tra i cittadini e il sistema sanitario, sono in realtà privi di raccordi con il sistema ospedaliero e non sono sufficientemente incentivati ad aggiornare il loro patrimonio di conoscenze: ciò fa del tanto decantato "modello lombardo" un gigante dai piedi d'argilla.

* L'erogazione di prestazioni diagnostiche, difficilmente controllabili per appropriatezza e qualità, è di fatto condizionata dalla convenienza degli operatori. Si assiste così a una eccessiva prescrizione (per numero e sofisticatezza) in regime privato, al più oculato risparmio in regime convenzionato. Ciò penalizza sempre l'utente, o sotto il profilo economico, o sotto quello della qualità delle cure.

* Sono stati fatti passi indietro nel rapporto con i Comuni, estromessi da qualunque ruolo significativo; questo di fatto impedisce al cittadino di poter esercitare anche in forma indiretta una verifica su tutte le scelte di politica sanitaria; a questo occorre aggiungere la scelta di non promuovere la riprogrammazione attraverso piani di zona.

* La decisione di distribuire in modo generalizzato la Carta Regionale dei Servizi (tessera sanitaria elettronica) è un'azione velleitaria, in quanto non sono disponibili i servizi promessi. Nelle quattro ASL dove è già stato avviato il Sistema Informatico Socio Sanitario, i servizi attivati sono pochi e con gravi problemi di funzionamento. La sproporzione tra servizi disponibili e costi, diverse centinaia di milioni di euro, si sta trasformando in un colossale spreco e distrazione di risorse pubbliche dalla cura dei malati.

* La gestione dell'Assistenza domiciliare integrata, storicamente affidata in modo prevalente ai distretti delle ASL in alcune province, con prevalenza di rapporti convenzionali in altre, è in via di smantellamento e di esternalizzazione e viene sostituita dall'utilizzo di voucher

* Va registrato un grave ritardo nella riorganizzazione dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e dei Medici di Continuità Assistenziale, sia nel loro ruolo di garante della salute dei cittadini in forme territoriali e prossime alla domiciliarità che nella loro valorizzazione per assicurare le cure primarie. La guardia medica è ormai ridotta a poco più di un centralino. Questo impoverimento del tessuto sanitario e (sociale) ha determinato confusione, sensazioni di insicurezza da parte dei cittadini, diffidenza nei confronti della rete dei servizi pubblici, fuga al privato come elemento di rassicurazione in un vissuto complessivo di perdita di diritti;

* La giunta di destra ha proposto l'istituzione di Fondazioni di partecipazione, aperte ai Comuni, per gestire taluni ospedali. In altri casi le Fondazioni sono state la via per affidare a soggetti privati la gestione di piccoli ospedali in cambio di investimenti. In realtà si tratta di strumenti creati per rispondere all'evidente difficoltà di rapporto con i cittadini e con le comunità locali, che hanno tuttavia dimostrato di non essere del tutto idonei a garantire una buona collaborazione tra pubblico e privato; non creano evidenti vantaggi per i cittadini, mentre vi è il rischio concreto che sfuggano al controllo degli Enti pubblici.

Più in generale, si deve osservare che dal 1992, per mantenere in equilibrio economico il sistema, si è puntato su politiche di risparmio, di razionalizzazione, di efficienza aziendale condizionando le politiche sanitarie alla compatibilità economica, senza valorizzare i livelli di programmazione territoriali e regionali. Questo ha portato risultati diversi tra le regioni. Di fatto, il sistema è stato finanziato in disavanzo, in modo cumulativo e costante, costringendo Stato e Regioni a ripiani, assunzione di mutui, rinuncia ad adeguamenti tecnologici, ma soprattutto a scaricare progressivamente i costi sui cittadini. In un quadro di crescenti disuguaglianze sociali e di contrazione dei redditi, ciò porta spesso alla impossibilità di accesso alle prestazioni sanitarie creando disparità e penalizzazioni sul piano della salute. Le scelte strategiche ed organizzative attuate dalle giunte di destra in Lombardia hanno accentuato in modo forte questa impostazione economicistica. È necessario correggere questa visione della sanità. I livelli essenziali di assistenza non devono essere pensati come limiti di spesa ma come servizi essenziali da garantire. Si tratta di riformulare il valore della salute come investimento sul bene comune economico e sociale e non soltanto come costo da ridurre, puntando con forza alla riconversione dei bisogni di cura in bisogni di salute.

- Niente ticket sui farmaci, riduzione delle liste d'attesa, cure odontoiatriche gratuite, più riabilitazione

I ticket devono essere eliminati in quanto strumento iniquo e non efficace per il controllo della

domanda di prestazioni e dei farmaci. Durante la legislatura dovranno essere progressivamente ridotti gli altri ticket sulla specialistica.

Nello stesso tempo occorre rendere più efficace l'attività di prevenzione e di cura per le patologie odontoiatriche, a partire da adeguati programmi di educazione nella scuola dell'obbligo: per situazioni personali e familiari di disagio economico, in base a parametri ISEE (sistema per la misurazione del reddito), occorre prevedere anche per i denti cure gratuite. Infine, va garantita l'offerta di servizi in tutte le forme di riabilitazione (motoria, neurologica, cardiaca e psichica), oggi raramente disponibili come cure gratuite.

Le liste d'attesa devono essere ridotte ricorrendo alla riqualificazione del ruolo del medico di medicina generale (medico di famiglia) nella individuazione dei percorsi di cura per il cittadino a cui deve corrispondere un'offerta di prestazioni qualificate da criteri di appropriatezza e di efficacia che consentano di risparmiare sulle attività diagnostiche e sulle terapie.

A questo scopo occorre anche trovare il modo per evitare che le prestazioni ottenute a pagamento dai medici che esercitano la libera professione all'interno dell'ente pubblico debbano essere per il cittadino un'alternativa obbligata rispetto alla prestazione sanitaria pubblica gratuita la cui fruizione è condizionata dalle liste di attesa.

I nostri obiettivi:

* Ridefinizione del sistema di finanziamento. Quello a tariffa incentiva il proliferare delle prestazioni, e dunque l'aumento della spesa. Occorre dunque uscire dall'attuale paradigma. L'obiettivo è quello di pagare i risultati di salute e non la malattia. Altri sistemi appaiono più idonei al contenimento dei costi, come quello che assegna un budget prefissato ad ogni erogatore di servizi. Obiettivo deve essere l'introduzione di sistemi di finanziamento/remunerazione che allineino a etica e salute della comunità dei cittadini le convenienze dei diversi attori in sanità.

Più servizi sul territorio. La Lombardia ha storicamente una rete di servizi territoriali sanitari e sociali assai debole e poco integrata. E' indispensabile far fronte alla carenza di servizi territoriali per la salute mentale, la neuropsichiatria infantile, i consultori. E' inadeguata l'offerta pubblica sul territorio in alcune specialità: ginecologia, dermatologia, oculistica, odontoiatria. E' fondamentale una condivisione per la progettazione dei servizi necessari e per la loro localizzazione, da parte di ASL, Aziende Ospedaliere, Comuni, associazioni di volontariato, operatori. La qualità e la sostenibilità del sistema sanitario si giocano sulla capacità di riorganizzare il sistema delle cure primarie. I medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici della continuità assistenziale, specialisti convenzionati devono essere incentivati all'associazionismo, affinché i cittadini trovino un'adeguata continuità assistenziale. Il medico di base ha la responsabilità di guidare il cittadino lungo i complessi percorsi diagnostici e terapeutici imposti dalla malattia. Nello stesso tempo è il professionista che meglio di altri può aiutare a evitare il rischio, oggi molto diffuso, di un consumo eccessivo e inutile di farmaci e prestazioni sanitarie: visite, esami, uso di farmaci, interventi chirurgici,

Nell'ottica dello sviluppo dei servizi territoriali:

* Verranno studiate soluzioni organizzative che permettano al cittadino di trovare risposta in un unico luogo a diverse esigenze di cura, semplificando il più possibile gli attuali iter burocratici. Tra i modelli già avviati in altre Regioni, la 'Casa della Salute' - ospitando nella stessa sede gli studi di medicina generale, la specialistica di primo livello, laboratori di analisi e attività consultoriali e di riabilitazione - appare oggi il più adatto a una larga sperimentazione regionale.

* E' necessario riformare la Guardia medica notturna e festiva, così da rendere questo servizio, molto richiesto dai cittadini, più efficace che in passato.

* Vanno rilanciati i servizi territoriali di neuropsichiatria infantile, adolescenziale e per adulti, tutti gravemente penalizzati dalla preminenza accordata negli ultimi anni agli ospedali.

* Per evitare conflitti e aumentare il coordinamento tra l'attività territoriale e quella degli ospedali, è necessario superare la separazione generalizzata tra 'acquirente' e 'produttore' di prestazioni sanitarie in particolare nei servizi territoriali. Per questi le ASL devono continuare a garantire la gestione diretta.

* E' necessario restituire alla ASL il ruolo che gli è proprio di indirizzo della politica sanitaria, tornando a coinvolgere i comuni; il loro rapporto con il territorio consente a questi enti di conoscere quali sono i bisogni della popolazione e, sulla base di queste informazioni, andare a negoziare con gli erogatori i volumi e la qualità delle prestazioni.

* Valorizzare gli operatori sanitari. Attualmente il sistema di governo delle Aziende ospedaliere si risolve in un controllo politico del direttore generale sul personale medico-sanitario. Ciò è inaccettabile, è invece necessario un riequilibrio del potere decisionale a favore degli operatori sanitari.

* Fondo per la non autosufficienza. Per l'addizionale IRPEF è necessario elevare il livello di esenzione. Il gettito non può essere utilizzato per ripianare i disavanzi prodotti dalle inefficienze del sistema ma va finalizzato esclusivamente alla costituzione di un Fondo regionale per la non autosufficienza degli anziani le cui risorse dovranno essere amministrare dalle ASL. Agli anziani ricoverati in strutture residenziali va garantita la piena attuazione del Decreto Legge 130 del 2000, evitando di far ricadere gli oneri sui parenti. Saranno valorizzati i Piani di Zona e forme di gestione consortile: eventuali buoni o voucher concessi dalla regione o dagli enti locali agli ultrasessantacinquenni verranno utilizzati esclusivamente a integrazione dei servizi garantiti.

Riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica: verso l'efficienza di sistema e la qualità

La rete ospedaliera lombarda va ridisegnata, superando la legge 31/ 97, con il ritorno di ospedali alla ASL, riservando a poche realtà ospedaliere la caratteristica di azienda autonoma.

Le nuove strutture ospedaliere e quelle da ristrutturare dovranno, seguire criteri innovativi nell'organizzazione logistica e gestionale, integrarsi come nodi di una rete, che deve contemplare le strutture private accreditate, distinte in:

* ospedali ad alta specialità ragionevolmente distribuiti sul vastissimo territorio regionale, valorizzando le vocazioni e distribuendo in modo equilibrato le specialità e le più importanti dotazioni tecnologiche. (Non è tollerabile che in Lombardia siano presenti 20 cardiocirurgie di cui 12 collocate in provincia di Milano e hinterland. Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) debbono tornare ad essere considerati come l'eccellenza del patrimonio pubblico e come tali gestiti.

* ospedali intermedi, ben distribuiti territorialmente e dotati delle principali specialità e di reparti di riabilitazione;

* ospedali di comunità organizzati per ospitare lungodegente, riabilitazione, diagnostica e visite specialistiche. Integrati ai servizi territoriali e alle attività dei Medici di Medicina Generale.

Un sistema pubblico improntato alla qualità, che sappia anche integrare strutture gestite privatamente secondo criteri di complementarietà ed equilibrio, è realizzabile, come hanno dimostrato le Regioni storicamente governate dal centrosinistra.

Così come hanno dimostrato che una programmazione democratica e partecipata, determina condizioni di cambiamento se ha il consenso dei cittadini e delle loro rappresentanze istituzionali; che, risparmi ed investimenti, non sono incompatibili, bensì assieme, fattori essenziali di buon governo. Che l'innovazione organizzativa e strutturale è realizzabile. Per queste ragioni siamo contrari alla trasformazione degli ospedali pubblici in Fondazioni.

* Prevenzione, informazione, educazione. La prevenzione primaria, la diagnosi precoce, l'educazione sanitaria costituiscono un investimento in salute ad elevato ritorno sociale ed economico. Esse devono essere considerate un obiettivo prioritario del sistema sanitario, cui riservare risorse non inferiori al 5% del fondo sanitario. Occorre promuovere iniziative di contrasto a fumo, inattività fisica, eccesso alimentare, stigma dei disturbi mentali, alcolismo, droga, incidenti stradali. Tutti gli attori del sistema, dai medici di medicina generale alle ASL alle AO, devono essere coinvolti in programmi di prevenzione attiva verso la popolazione generale o a gruppi di rischio per malattie di rilevanza sociale, che cerchino l'adesione consapevole dei cittadini interessati. Particolarmente importanti sono i servizi per la salute dell'età evolutiva e per prevenire il decadimento psicofisico e la non autosufficienza degli anziani. Va prestata una particolare attenzione alla prevenzione nei luoghi di lavoro, in una regione ad altissimo tasso di incidenti e di

mortalità, che non si riesce ad abbattere anche a causa dell'estensione della precarizzazione e del persistere del lavoro nero.

* Va insediato un osservatorio epidemiologico regionale per monitorare i rischi, e per operare in modo integrato con l'ARPA a tutela dell'ambiente per migliorare la condizione di vita dei cittadini. Occorre una rigorosa valutazione di impatto ambientale per gli impianti termici ed industriali per contrastare l'inquinamento atmosferico e ambientale. Va perseguito l'obiettivo tendenziale del rischio zero alle sostanze tossiche o cancerogene e ai processi produttivi pericolosi prevedendo i necessari interventi di bonifica ambientale a partire da quelli che riguardano l'amianto.

* Dipendenze. La complessità e i mutamenti che sono avvenuti nel campo delle dipendenze richiedono un intervento da parte del servizio sanitario regionale di ampie dimensioni. Anche in Lombardia, i Dipartimenti delle Dipendenze che intervengono sui temi delle droghe e dell'alcolismo, devono essere istituiti in tutte le ASL e devono essere aperti a tutte le altre forme di dipendenza. Il rispetto della dignità della persona ed il riconoscimento della esigibilità del diritto alla cura e alla riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo devono essere le coordinate di riferimento principali.

* Ai Dipartimenti di salute mentale, ai CPS, che devono essere aperti almeno 12 ore al giorno, va garantita la destinazione dei redditi prodotti dall'uso e dalle vendite dei beni mobili ed immobili degli ex ospedali psichiatrici.

* Una politica del farmaco più appropriata. Un sistema sanitario efficace richiede una politica del farmaco adeguata, senza sprechi e senza che i cittadini siano obbligati a spendere in proprio. Essa deve articolarsi sulle seguenti linee: maggiore disponibilità di farmaci generici, fino a oggi poco usati in Lombardia; sviluppo della distribuzione diretta: come in altre Regioni va introdotta, soprattutto per i pazienti dimessi dagli ospedali, la distribuzione dei farmaci necessari alle cure nei giorni successivi alle dimissioni; revisione dell'elenco dei farmaci distribuiti in ospedale; adeguamento delle confezioni alle esigenze dei malati.

* Ricerca biomedica e innovazione: più sviluppo e nuove opportunità per la salute. Nella ricerca biomedica la Lombardia vanta una diversificazione ed una tradizione di eccellenza uniche.

* Medicine complementari e servizi per il benessere. Sempre più numerosi sono i cittadini che si rivolgono alla medicina non convenzionale. E' doveroso regolare questo settore supportando i cittadini nei processi di selezione e consumo della medicina complementare e dei servizi per il benessere. Periodicamente va verificato ciò che è bene assicurare tramite il servizio sanitario nazionale, secondo il principio fondamentale dell'evidenza dei risultati, e ciò che va escluso.

MEDICINA DEMOCRATICA FIANCO DELLA POPOLAZIONE DELLA VAL SUSA

Medicina Democratica è solidale e a fianco della popolazione della Val di Susa e con gli altri comitati e associazioni che si battono contro la TAV in Italia e in Europa.

La vicenda della Val di Susa è stata seguita da MD fin dall'inizio, particolarmente a causa dell'amianto che data la particolare conformazione geologica (complesso oceanico ligure-piemontese) è presente in quelle montagne.

Il problema è però ben più ampio di quello grave e importante della presenza di amianto e pure di uranio in quella valle. Si tratta di un problema generale che ha molte facce:

1. Di fronte ad una grande opera che, riconosciuto da tutti, provoca un dissesto ambientale di notevoli dimensioni quale parte hanno i diretti interessati, in questo caso gli abitanti della Val di Susa (naturalmente anche quelli delle valli sul versante francese); in altri termini chi deve decidere?
2. L'esistenza di rischi certi e danni probabili e possibili cui possono incorrere i lavoratori che vengono impiegati nel traforo e nel complesso delle opere per realizzare il tratto ferroviario ad alta velocità non richiede a gran voce almeno di attenersi al principio di precauzione?
3. I costi economici di grandissima entità che graveranno sulla collettività per anni (quindici o venti) prima di potere trarre qualche vantaggio (forse) dalla grande opera in una condizione economica difficile (in cui si tagliano ad esempio i fondi per l'assistenza sociale degli enti locali), non richiederebbero di muoversi verso una proposta alternativa?
4. La situazione precaria delle ferrovie italiane, dove si brinda a champagne quando un treno arriva in orario, non richiederebbe di investire per un loro riammodernamento oltre che, per primo, nella sicurezza per i lavoratori e per gli utenti?

1. NO AL RISCHIO CONSENTITO

La TAV in Val Susa che richiede una galleria di 53 provocherà un cantiere permanente per tutta la durata dell'opera che, calcolata in 15 anni, come normalmente succede in questi casi sarà più lunga, almeno di 5 anni. Il quantitativo di materiale che verrà estratto sarà pari ad un grattacielo con la base di un campo di calcio e l'altezza di 900 metri o se si vuole alla piramide di Keope. Un cantiere di tal genere metterà a rischio i lavoratori impiegati (come è avvenuto negli altri cantieri TAV, soprattutto quelli della Bologna-Firenze che abbiamo maggiormente seguito), quindi con possibili gravi infortuni, malattie professionali (da silice, da rumore, da sostanze tossiche e cancerogene che verranno utilizzate, da strumenti di vibrazione, ecc.), e ciò senza considerare lo specifico della valle, ovvero la presenza di amianto e di uranio; l'enorme movimentazione di mezzi, merci e materiali che dovranno essere trasportati provocherà un grandissimo aumento del traffico, quindi un rischio elevato di incidenti stradali, con danni possibili sia per i lavoratori che per la popolazione residente o di passaggio, non ultimo la situazione idrogeologica verrà sconvolta così come è già pesantemente successo nel Mugello per la già citata TAV tosco-emiliana.

Vi sarà nondimeno uno stato permanente di tensione fra i cittadini della Valle e i dirigenti e i lavoratori, che sul posto dovranno eseguire l'opera, nonché con le forze dell'ordine che dovranno presidiare permanente i cantieri.

Tutto ciò, dicono coloro che hanno proposto-imposto quest'opera è in funzione di un grande beneficio futuro: il trasporto delle merci su rotaia, il collegamento Lisbona Kiev... un grande sviluppo.

Se tutto ciò fosse vero, - ma non lo è - si porrebbe lo stesso il problema e cioè se alcuni (che comunque sono tanti) si devono sacrificare per il benessere di molti (in quanto è assodato che del cosiddetto "sviluppo" non tutti usufruiscono, anzi ne usufruiscono in pochi, o comunque ne usufruiscono in maniera diversa).

La nostra tesi è diversa. Essere moderni ed avanzati significa fare usufruire tutti del frutto del progresso o dei miglioramenti tecnologici complessivi. E, in questo contesto, è inaccettabile il discorso del "rischio consentito", perché non sono quelli che corrono il rischio a decidere, ma altri che sono costretti ad accettarlo perché non gli è stata data altra alternativa. Un operaio non può essere considerato alla stessa stregua di un alpinista che prende, si spera essendo ben preparato, dei rischi per scalare una montagna. Essere moderni significa che quell'operaio è protetto dai rischi oggettivi cui si può trovare di fronte, ma se questi sono così elevati o comunque vi è un ragionevole dubbio che siano tali, è meglio scegliere un'altra strada. Ancora oggi nel

mondo ogni 5 minuti muore una persona a causa del rischio amianto per il grande uso che è stato fatto nel passato e perché ancora in molti paesi viene utilizzato. E' significativo che in questi paesi si lavori come si lavorava in Europa 30 anni fa, tacendo sulla pericolosità dell'amianto. Pertanto il rischio consentito non è consentito. (si veda su questo tema l'articolo di Beniamino Deidda, procuratore della Repubblica di Trieste, "attività produttive e rischi per la salute: questioni rilevanti in tema di malattie professionali. Rilevanza e attendibilità delle indagini epidemiologiche", in *Epidemiologia e Prevenzione* - maggio-agosto 2005, pag. 214).

Il discorso non si esaurisce nel respingere il cosiddetto rischio consentito, ma va oltre investendo i soggetti interessati. Si è visto nel caso della TAV, e più in generale con le leggi di semplificazione, che per fare presto si salta tutto: le valutazioni di impatto ambientale, quelle di impatto sanitario, e per di più decidendo che l'opera è di interesse generale si salta il parere e la discussione anche con gli enti locali interessati, sul cui suolo passa l'opera, figuriamoci poi se si pensa minimamente a coinvolgere la popolazione. Oggi anche una singola persona cui gli si prospetta un'operazione chirurgica, ha diritto e chiede di essere informata, oltre che sul perché dell'operazione su quali siano i possibili effetti e danni collaterali, e può rifiutarsi di sottoporsi ad essa, ma un territorio, la popolazione su quel territorio deve accettare e tacere altrimenti gli vengono mandati i carabinieri. Abbiamo sentito dichiarare da molti esponenti del Centro-Sinistra che sono d'accordo sulla costruzione della TAV che il metodo usato dal Centro-Destra è inaccettabile. Giusto, ma il Centro-Sinistra si è dimenticato di tirare le conseguenze finali, cioè se, dopo una grande azione di convincimento, con i migliori e più convincenti argomenti (che comunque ci piacerebbe conoscere), i sindaci e la popolazione della Val di Susa non si convincerà, si dovrà pensare ad un'alternativa (peraltro esistente e già proposta).

2. AMIANTO, URANIO, SILICE

Nelle montagne dove deve passare la galleria è stato rilevato la presenza di amianto (crisotilo e tremolite), e di uranio (pechblenda), oltre naturalmente la silice -SiO₂- che la IARC (agenzia internazionale di ricerche sul cancro) considera cancerogena.

Nello studio dell'Università di Siena (Centro di Geotecnologie - geologia Strutturale - Geologia Applicata - Mineralogia), commissionato dalle Ferrovie -ITALFER "Analisi delle problematiche di scavi in galleria in presenza di fibre di amianto nelle conclusioni si afferma: "Anche se una valutazione dei tenori in fibra, in base ai dati attualmente a nostra disposizione, non è possibile, possiamo confermare che localmente sono riconoscibili porzioni metriche dell'ammasso roccioso in cui il tenore di fibra di amianto è sicuramente superiore a qualche per cento.

Una valutazione attendibile dei volumi di roccia portatrice di amianto, attraversata dalla galleria, richiede delle sezioni geologiche lungo il tracciato su cui sia distinta anche la formazione delle Peridotiti serpentizzate.

L'entità di questa formazione che sarà attraversata dalla galleria sembra comunque rilevate in base alla considerazione che circa la metà degli affioramenti di metabasiti della bassa Val di Susa è costituita da peridotiti serpentizzate più o meno mineralizzate con tremolite nella varietà fibrosa (amianto)."

In alta Val di Susa nel massiccio d'Ambin è stato rivelato del minerale d'uranio la pechblenda: "le località interessate dalla mineralizzazione uranifera sono situate in un'area delimitata a sud della Val di Susa, a est dalla Val Cenischia, a nord e a ovest dal confine italo-francese: La più interessante di queste località, dove sono stati eseguiti scavi in galleria ed è venuto in luce un minerale molto ricco, è Molaretto, nel territorio del comune di Venaus".

Pertanto si incontrerà amianto e uranio nella scavo della galleria. Non si può dire quanto e come, e questo naturalmente complica il problema piuttosto che facilitarne la soluzione. Il rischio riguarderà prevalentemente i lavoratori, ma non potrà essere esclusa la popolazione. Infatti come afferma il prof. Luca Mercalli, presidente della società meteorologica italiana a causa degli effetti del vento vi può essere un rischio di dispersione di particelle di amianto (osservazioni al secondo progetto RFI tratta TAC/TAV Settimo-Bruzolo, Torino, 29.12.03).

Vi è chi sostiene, almeno per i lavoratori che è possibile "controllare il rischio amianto". Un discorso che non improbabile anche in teoria, considerando il numero di chilometri che devono essere scavati e l'impossibile previsione del materiale contaminato. Non vi è solo il rischio amianto e uranio, ma anche quello della silice, quindi la contaminazione diviene sinergica a causa della loro interazione. Va considerato inoltre l'effetto nocivo moltiplicatore dell'amianto per i fumatori (certamente fra i minatori i fumatori non sono un'esigua minoranza).

E' impensabile che i lavoratori addetti possano lavorare muniti di scafandro, che tutto il materiale che viene scavato sia insaccato e sigillato e che sia trasportato a regola d'arte, senza possibili dispersioni. I tempi dell'opera sarebbero a tal punto così elevati che oggettivamente impedirebbero l'opera. Chi poi controllerà i lavori? Il Piemonte è disponibile ad assumere un numero di operatori tali da occuparsi giorno e notte del controllo dei lavori?

L'esperienza dei servizi di prevenzione di Firenze dove è stata costituita una task force formata da 17 operatori della prevenzione che in gran parte a tempo pieno seguono i lavori TAV (fra Bologna e Firenze) in una regione come la Toscana che è fra le poche regioni che curano i servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro certamente ancora insufficiente ci dice ad esempio che su 750 lavoratori/anno per 4 anni (1999/2001) sono stati contati 2204 infortuni di cui 1222 lavoratori hanno subito solo una medicazione, 116 hanno avuto una prognosi fra 1 a 3 giorni, 547 fra 4 a 30 giorni, per 319 la prognosi è stata maggiore di 30 giorni, con indice di frequenza complessivo di 379,5 per milione di ore lavorate. Un'altra analisi che è stata fatta riguarda l'indice di capacità di lavoro (WAI - Work Ability Index) dalla quale emerge che "l'intero gruppo operaio indagato dimostra una perdita diffusa di salute per cui le misure preventive ed anche solo compensative e di riduzione del danno risultano ancora insufficienti. Il confronto fra il WAI di 5 categorie di lavoratori: medici, infermieri lavoratori chimici, edili tradizionali e lavoratori TAV nota come per ogni fascia di età il valore più basso sia quello dei lavoratori TAV, anche rispetto agli edili, la cui attività è riconosciuta come fra le più usuranti." (cfr.: Organizzazione del tempo di lavoro ed effetti sulla salute e sicurezza in una coorte di lavoratori sul versante toscano della TAV, suggerimenti preventivi a cura di Luigi Carpentiero, Dipartimento di Prevenzione ASL 10 di Firenze). Fra l'altro il dott. Carpentiero afferma come sia impensabile affrontare una situazione lavorativa che prevede un tunnel continuo di 53 KM (quello più lungo del tratto Firenze-Bologna è di 18) in una condizione dove alla silice si aggiungono amianto e uranio. "Chi pensa che sia possibile lavorare in sicurezza in quelle condizioni, non sa di cosa stia parlando!"

Non vi è dubbio in conclusione che per salvaguardare la salute dei possibili lavoratori addetti e della popolazione sia necessario cambiare progetto.

3. I COSTI

La TAV che attraversa la Val Susa e giunge in territorio francese costerà come preventivo 15,2 miliardi di euro, quanto quattro ponti sullo stretto di Messina. I tempi di realizzazione previsti assommano a 15 anni. Si tratta di costi e date del tutto ipotetiche che di norma vengono aumentate del 20%. Infatti, sempre restando in tema di TAV tosco-emiliana i costi preventivi nel 1991 erano stabiliti 1.100 milioni di euro, allo stato risultano 5.200 milioni e non è ancora finita perché per l'adeguamento agli standard di sicurezza sarà necessario un ulteriore investimento del 30/ 40%.

I costi, nonostante quanto è stato detto in tema di investimenti dei privati, nella sostanza verranno messi sulle spalle dei contribuenti. La collettività avrà dei presunti vantaggi dopo 20 anni, dopo che le già compromesse casse dello Stato avranno versato milioni di euro a palate.

E alla fine la domanda è: CUI PRODEST, a chi giova tutto ciò? A incassare tanto per cominciare, sarà la Rocksoil della famiglia Lunardi, incaricata dei "sondaggi" (le prime trivellazioni) in territorio francese: così sarà ipocritamente aggirato il conflitto di interessi del sig. ministro delle infrastrutture. In Italia incasserà la CMC di Ravenna, già pronta a iniziare i sondaggi in territorio nazionale. Una grande opera bipartisan dunque!

Anche da questo punto di vista l'UNIONE dovrebbe ben pensarci, specie nel momento in cui l'Italia è attraversata da scandali finanziari, oggetto di intervento della Magistratura. Se i partiti dell'UNIONE vogliono prendere le distanze anche dalle speculazioni finanziarie inizino a mettere da parte le grandi opere il cui senso è solo quello di favorire grandi interessi economici, non certo la salute e la vita dei lavoratori e della popolazione.

4. RIAMMODERNARE IL SISTEMA FERROVIARIO ITALIANO

L'inaccettabilità della TAV raggiunge il colmo se si pensa a come sono conciate le ferrovie italiane. Certamente noi riteniamo che sia necessario sviluppare il trasporto ferroviario al posto di quello su gomma, ma in questo la TAV c'entra poco. In Italia abbiamo ancora dei tratti di ferrovia a binario unico, abbiamo una rete obsoleta, abbiamo delle scarse condizioni di sicurezza, le manutenzioni sono un optional. Se solo si investisse una piccola parte di quanto preventivato per la TAV in ammodernamento delle linee e in personale (come numero e come qualificazione) si avrebbero

enormi vantaggi soprattutto per i maggiori utilizzatori dei treni, principalmente i pendolari. Costoro non hanno bisogno di arrivare prima, hanno piuttosto bisogno, per la loro salute e il loro lavoro, di arrivare puntuali.

Sono stati presentati, alla TAV in Val di Susa dei progetti alternativi, considerando la galleria già esistente sulla base dei flussi commerciali di passeggeri e di merci: con un milione di euro si potrebbero realizzare, risparmiando una grande quantità di denaro ed evitando di trapanare ancora una volta le montagne con le conseguenze che abbiamo descritto.

Un motivo assolutamente logico che ancora una volta smonta la tesi di chi vuole a tutti i costi (è proprio il caso di dire a tutti i costi: umani economici e di intelligenza) realizzare una cosiddetta "grande opera" come la TAV.

In conclusione si può dire in termini molto generali che oggi la società capitalista ha vinto in tutto il mondo all'est come all'ovest, ma non ha risolto alcuno dei problemi di cui soffre la società. Al contrario le disuguaglianze aumentano e i livelli di povertà e di sofferenza si acuiscono. In questo sistema si spinge sempre di più su un livello tecnologico (anche con la guerra) che essenzialmente viene utilizzato dai paesi ricchi e dalla parte più abbiente di questi paesi. Un'alternativa possibile è quella di fermare per un momento questa grande macchina che insieme alle tecnologie più sofisticate produce malattia, morte e guerra, per occuparsi di equità, cioè di redistribuzione delle ricchezze e delle tecnologie in ordine ad una migliore condizione di salute e di vita.

NORME RELATIVE ALLA CESSAZIONE DELL'IMPIEGO DI CLORURO DI VINILE MONOMERO E DEI SUOI DERIVATI

RELAZIONE

La storia della produzione del cloruro di vinile monomero (CVM), del suo impiego e dei prodotti da esso derivati è costellata da inganni, silenzi colpevoli, connivenze, omissioni e quant'altro.

Una produzione che ha portato malattia e morte a molti lavoratori addetti.

Lo sfruttamento industriale è avvenuto senza avere valutato gli effetti che la produzione, lavorazione, commercio e impiego del CVM avrebbe potuto avere sugli esposti, nonché sulle popolazioni prossime agli impianti e non ultimo sui consumatori dei prodotti finiti.

I danni che hanno subito gli esposti sono stati riconosciuti tardivamente. Si è fatto di tutto per evitare che si conoscessero gli effetti quando erano sperimentalmente noti e si sono nascoste o minimizzate le malattie e le morti dei primi lavoratori che sono stati colpiti.

A livello scientifico già nel 1969 in un congresso internazionale (a Tokio) sono stati presentati gli studi del prof. Pier Luigi Viola (medico del lavoro della Solvay di Rosignano) che dimostravano la cancerogenicità del CVM. La sua pericolosità, ovvero la sua tossicità era comunque nota già da anni come nel 1974 aveva affermato il prof. Irving Selikoff, uno dei più grandi medici del lavoro ed epidemiologi conosciuti: "Da 25 anni esistevano prove sulle patologie potenzialmente pericolose sviluppate dai lavoratori impegnati nella produzione di CVM-PVC... Perché gli scienziati e il Governo non l'avevano affrontata in maniera adeguata?" La risposta, scaturita dai fatti, si rileva semplice perché in quegli anni (1970) esistevano solo negli USA dieci compagnie con 14 impianti e 1500 lavoratori che producevano cloruro di vinile monomero.

In effetti le aziende in un primo tempo (per anni) negarono l'evidenza, ovvero i danni che i lavoratori subivano, successivamente di fronte alle certificazioni dei pochi scienziati coraggiosi (o costretti ad esserlo) cercarono di giustificarsi dicendo che le malattie e le morti dei lavoratori esposti erano dovute al seguito di alti livelli di esposizione.

Se infatti la prima gravissima mancanza e responsabilità delle imprese (e loro associazioni) fu quella di avere messo in circolazione una sostanza prima di averla tastata sui suoi effetti sulla salute; se ancora la seconda fu quella di avere taciuto sugli effetti sperimentali ed umani noti, la terza fu quella di avere lottato per evitare che le autorità sanitarie adottassero misure atte ad abbassare i limiti di concentrazione delle esposizioni.

Altre responsabilità vanno ricercate negli scienziati; come afferma il prof. Franco Carnevale, medico del lavoro della A-USL di Firenze: "Cesare Maltoni (che aveva rivisto i vetrini della sperimentazione di Viola) e tutti gli altri medici e consulenti delle aziende del CVM in Europa come negli USA, seppure venuti a conoscenza della cancerogenicità del CVM a partire dai primi mesi del 1970, hanno dato, con l'autorità della propria professione, un contributo alla politica dilatoria stabilita unitariamente dai produttori". I produttori americani ed europei, infatti, dopo i risultati delle sperimentazioni commissionate proprio al prof. Maltoni, strinsero un patto segreto per non divulgare i dati che dimostravano la cancerogenicità del CVM. Lo scopo era preciso, evitare che le autorità sanitarie adottassero misure limitative nei loro confronti, quindi misure protettive, magari costose a favore dei lavoratori (e dei consumatori). Va comunque affermato che il prof. Maltoni chiamato a testimoniare al processo di Marghera contro l'ex MONTEDISON ed ex ENICHEM affermò (purtroppo invano rispetto ai risultati del processo di primo grado) l'indubbia cancerogenicità del CVM anche a dosi estremamente basse.

Certo è che il discorso della definizione di un livello di soglia o valore limite per gli agenti nocivi cancerogeni, teratogeni e mutageni, è falso; come riportano i due storici accademici americani che hanno puntualmente raccontato la storia del CVM, Gerald Markowitz e David Rosner: "soltanto i malfidenti o gli ingenui o gli ignoranti pensano che il raggiungimento del consenso generale sia solo una questione di ... accettare una certa percentuale di morti e di malattie a un dato limite di esposizione, per così dire fattibile."

Poiché questo criterio anche oggi non viene confessato, ma viene praticato ancora in molte situazioni e per molte sostanze, occorre cambiare registro, perché, quello che è stato tardivamente fatto con la messa al bando dell'amianto in tutte le sue forme sia in Italia, con la legge 257/92 e dalla UE, purtroppo solo a partire dal 2005, sia messo in opera per tutte le altre. Le migliaia di morti per amianto che ci sono state e che ancora ci saranno lo testimoniano.

Occorre procedere allo stesso modo per il CVM. Togliere di mezzo, togliere di mezzo le sue produzioni e i suoi impieghi per rispetto dei morti, perchè molti altri non subiscano la stessa sorte.

La prima obiezione che va respinta riguarda l'affermazione che allo stato attuale, le esposizioni al CVM sono molto basse, quasi innocue, che gli impianti di oggi sono moderni e che non lasciano passare nessuna perdita.

Anche questo è falso; "incidenti" di fuoriuscita dagli impianti sono frequenti anche oggi e lo testimoniano non solo il più grande processo di primo grado conclusasi a Venezia con l'assoluzione degli imputati, ma altri procedimenti minori in atto o che invece si sono già conclusi con la condanna dei responsabili. Negli USA la perdita annuale della produzione è stata calcolata intorno al 6%, "sembra poco - dice il commentatore - ma se si considera che la produzione annua di PVC si aggira intorno a 5 miliardi di libbre (una libbra=453 grammi), una perdita del 6% si aggira intorno ai 250 milioni di libbre che fuoriescono dagli impianti."

In Italia gli impianti sono ancora più obsoleti, e le leggi sono poco e male applicate, anzi qualcuno pure è arrivato a pensare che, visto che questa è la situazione, occorre delegificare oppure, con termine più soft, semplificare.

Ed è inaccettabile la seconda obiezione, da sempre usata, da sempre usata in maniera strumentale, quella della perdita dell'occupazione. Non si può contrapporre la salute con l'occupazione, certo, come evidenzia la proposta di legge che segue, i lavoratori occupati attualmente nella produzione di CVM-PVC, devono essere garantiti. La loro salute come quella di molti altri deve comunque essere altrettanto garantita. Il vero progresso non è quello di costruire nuovi materiali al di là degli effetti che questi possono produrre sull'uomo e sull'ambiente, ma di produrre materiali che salvaguardino la salute dell'uomo e la salubrità ambientale.

Sintesi degli articoli.

La proposta di legge stabilisce all'articolo 1 la messa al bando delle produzioni di cloruro di vinile monomero e conseguentemente dei prodotti derivati; l'articolo 2 entra nel merito di che cosa sia il CVM e il PVC, mentre l'articolo 3 stabilisce il rischio zero, cioè la non rilevabilità, nel caso delle bonifiche e smaltimento, del CVM-PVC.

L'articolo 4 istituisce una commissione che ha il compito di seguire la dismissione del CVM nel tempo, l'articolo successivo ne definisce i compiti; l'articolo 6 obbliga le imprese produttrici a fornire tutti i dati necessari di produzione, organizzazione aziendale, organizzazione del lavoro, misure di tutela dei lavoratori.

L'articolo 7 impone alle regioni di predisporre dei piani regionali di protezione ambientale e di bonifica; in particolare all'articolo 8 si stabilisce di risanare l'area del Petrolchimico e della Laguna di Venezia inquinata con i finanziamenti già definiti, comunque per il rimanente a carico delle società produttrici di CVM-PVC. L'articolo 9 definisce il registro delle aziende di bonifica e smaltimento.

L'articolo 10 entra nel merito delle misure che vengono prese a sostegno dei lavoratori delle aziende produttrici che chiudono; l'articolo 11 tratta parimenti del sostegno alle imprese. L'articolo 12 istituisce i registri degli esposti e degli angiosarcomi epatici; l'articolo 13 definisce le sanzioni per gli inadempienti, e infine l'articolo 14 definisce le norme finanziarie.

SENATO DELLA REPUBBLICA
---- XIV LEGISLATURA ----
N. 3268

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori MALABARBA, BOCO, DATO, NIEDDU, CORTIANA, RIPAMONTI, LIGUORI, MARTONE e SODANO Tommaso
COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 26 GENNAIO 2005

Riordino del ruolo infermieristico e istituzione del profilo professionale dell'infermiere diplomato

Onorevoli Senatori. - Il Servizio sanitario nazionale (SSN) viene così definito dall'articolo 1 della legge 23 dicembre 1978, n. 833:

"Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini".

Tale definizione non è stata modificata, nonostante i numerosi cambiamenti legislativi intervenuti successivamente.

Il SSN ha impiegato diversi anni per essere realizzato; in molte zone del Paese lo è stato, anzi, solo parzialmente. La sua attuazione, nonostante le notevoli disparità e disuguaglianze, aveva portato lo stato di salute della popolazione italiana a un livello considerato "estremamente buono" dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e riconosciuto tale da buona parte della letteratura scientifica internazionale, anche se il livello di finanziamento ad esso riservato è stato relativamente limitato. È altresì da più parti riconosciuto che il SSN è il migliore sistema, in assoluto, quanto ad efficacia sugli effetti della salute pubblica.

Qualsiasi azione legislativa per migliorare la salute della popolazione non può che partire dalla difesa del SSN come servizio pubblico, oggi seriamente messo in discussione da politiche sanitarie di tipo privatistico.

Dalla sua approvazione, il sistema è stato in realtà sottoposto ad una serie di modifiche che ne hanno indebolito e snaturato la portata, fino ad arrivare a registrare un visibile peggioramento delle condizioni di salute della popolazione, in particolare delle fasce più deboli e di quella dei territori più disagiati.

L'aziendalizzazione degli ospedali e delle Aziende unità sanitarie locali (AUSL), il loro ridimensionamento ed anche la modifica del Titolo V della Costituzione non hanno certo aiutato ad invertire la tendenza, ma, al contrario, c'è il rischio concreto che i sistemi sanitari regionali, andranno ad accentuare le disparità delle prestazioni ai cittadini.

Tra le grandi disfunzioni del nostro sistema sanitario, quella infermieristica è certamente fra le più evidenti: da anni la mancanza cronica di infermieri ha prodotto una situazione insostenibile sia per il personale infermieristico, provato da un aumento delle mansioni, svilito nella professionalità e dalla mancanza di riconoscimento, anche economico della stessa, sia per gli effetti negativi sull'utenza, fortemente penalizzata dalla mancanza di personale negli ospedali e nelle strutture territoriali. A questo proposito è peculiare la situazione italiana, dove tra infermieri e medici vi è un rapporto 1 a 1, quando secondo l'OMS e secondo quanto accade in altri Paesi europei, il rapporto è di 4 a 1.

Prima del recepimento delle direttive comunitarie, emanate al fine di armonizzare la formazione di base e complementare degli infermieri e delle altre professioni sanitarie per facilitare la libera circolazione nei Paesi dell'Unione, erano tre le figure professionali infermieristiche: gli infermieri professionali, gli infermieri generici e gli ausiliari.

Le scuole per infermieri erano molto diffuse, ogni ospedale importante era dotato di scuole che

formavano infermieri professionali. In non pochi casi, oltre all'insegnamento teorico e pratico, erano state avviate esperienze avanzate e innovative, come quella delle cure domiciliari che avevano creato un proficuo rapporto tra territorio ed ente ospedaliero.

Le norme di recepimento delle direttive propongono di elevare la qualificazione professionale degli infermieri con l'introduzione del diploma universitario, che assicuri un'adeguata preparazione e una valorizzazione della professione.

Gli infermieri generici, quelli psichiatrici e le puericultrici sono stati collocati con il decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, nell'arte ausiliaria, fino al contratto di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 maggio 1987, n. 270, che li pone come figure "ad esaurimento".

L'esaurimento di queste figure non solo ha già comportato di fatto una riduzione delle prestazioni sanitarie assistenziali di cui, al contrario, esiste sempre più richiesta, ma disperde un patrimonio umano e professionale insostituibile.

È vero che le nuove norme prevedono la possibilità di equiparazione all'infermiere professionale, previo svolgimento di un corso integrativo. Tale norma era però molto restrittiva e limitata nel tempo, tale da non permetterne l'utilizzo a tutti gli aventi diritto. Nella fattispecie, la legge n. 42 del 1999 (articolo 1, comma 2), stabilisce di nuovo una possibilità di equiparazione in base ad apposito decreto del Governo tuttora non emanato.

Il presente disegno di legge prefigura un percorso formativo che valorizza tutte le risorse e le competenze infermieristiche, insostituibili per un efficace funzionamento delle strutture sanitarie.

Si definisce una figura intermedia che assume la denominazione di "infermiere diplomato" ossia un infermiere a tutti gli effetti, con una formazione differente da quella dell'infermiere laureato, ma con un percorso formativo completo; il diploma viene rilasciato da un Istituto tecnico sanitario che sarà istituito dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute; si unificano le molteplici figure di operatori sanitari esistenti (OTA, ADEST, ASS, OSA) in un'unica figura: l'operatore socio sanitario (OSS).

Queste, in sintesi, le proposte avanzate:

1. gli infermieri con laurea breve restano con il loro sviluppo di carriera e la loro qualificazione e responsabilità, con maggiori possibilità di diventare dirigenti;

2. ai quasi 35.000 infermieri generici e psichiatrici e alle puericultrici viene riconosciuta la loro esperienza e capacità professionale;

3. viene istituita la figura dell'infermiere diplomato con un percorso formativo nuovo, all'interno della scuola secondaria superiore, attraverso un Istituto tecnico sanitario che rilascia un diploma che consente la possibilità di inserimento nel lavoro come infermiere diplomato o con altro tipo di specializzazione sanitaria. L'Istituto tecnico sanitario è strettamente connesso con le regioni per la frequenza di stage e tirocini degli studenti negli ospedali e nelle AUSL. I diplomati hanno diritto di accedere a tutti i corsi universitari, ma in particolare verso le lauree infermieristiche riabilitative e mediche. Allo stesso modo gli infermieri generici e psichiatrici e le puericultrici vengono equiparati all'infermiere diplomato secondo le modalità previste e possono accedere all'università tramite il conseguimento del titolo di scuola secondaria superiore. Facilitazioni sono previste da parte dall'ente in cui lavorano;

4. si stabilisce un'ulteriore unica figura, l'operatore socio sanitario, con una formazione definita e con un numero di ore uguali su tutto il territorio nazionale, in possesso di licenza di scuola media a cui viene facilitata la frequenza all'Istituto tecnico sanitario;

5. gli OSS e gli operatori socio sanitari specializzati (OSSS), attraverso un percorso graduale nel loro profilo per acquisire esperienza infermieristica, effettuano 1.200 ore di corso corrispondenti a un anno, per diventare infermieri diplomati, scegliendo la specializzazione in una delle aree individuate dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 739;

6. nel ruolo di infermiere diplomato vengono inseriti gli infermieri extracomunitari con titolo di studio riconosciuto.

Questo disegno di legge è stato elaborato e proposto dal Coordinamento Collegiato del Movimento infermieri generici, puericultrici e psichiatrici (MIGEP).

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Principi ed obiettivi)

1. La presente legge istituisce il profilo professionale dell'infermiere diplomato.
2. La presente legge individua nell'area sanitaria tre profili professionali:
 - a) operatore socio sanitario (OSS);
 - b) infermiere diplomato;
 - c) infermiere laureato.
3. La formazione dell'infermiere diplomato avviene nell'ambito dell'istituto di cui all'articolo 2, comma 1.
4. Gli infermieri generici e psichiatrici e le puericultrici sono equiparati alla figura dell'infermiere diplomato, a seguito di almeno cinque anni d'esperienza lavorativa effettuati presso strutture sanitarie, socio-sanitarie, enti, cooperative e strutture private, case di cura, istituti pubblici e privati, profit e non profit e comuni.
5. Confluiscono nel medesimo profilo professionale dell'infermiere diplomato anche gli infermieri extracomunitari con titolo di studio riconosciuto, come previsto dall'articolo 4, le crocerossine che ai sensi della legge 4 febbraio 1963, n. 95, sono abilitate all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiere generico, gli infermieri generici delle carceri a seguito dell'esperienza maturata da non meno di cinque anni in strutture sanitarie o socio sanitarie, in istituti pubblici e privati, profit e non profit e nei comuni e gli infermieri militari.
6. L'infermiere diplomato svolge tutte le funzioni infermieristiche di primo livello, è impiegato nell'assistenza ospedaliera, domiciliare e territoriale, e collabora con le altre figure, ferme restando le specifiche competenze, di cui all'articolo 5 e all'allegato B.
7. Gli infermieri psichiatrici con due anni di corso di cui alla legge 29 ottobre 1954, n. 1046, e successive modificazioni, all'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, e all'articolo 24 del regio decreto 16 agosto 1909, n. 615, e successive modificazioni, sono equiparati all'infermiere diplomato, mantenendo le condizioni contrattuali di miglior favore.
8. L'infermiere diplomato acquisisce il diritto a ricevere un aggiornamento professionale continuo con i relativi crediti formativi di educazione continua in medicina (ECM).
9. Gli OSS e gli operatori socio sanitari specializzati (OSSS) con almeno un anno di lavoro maturato in questo profilo, hanno diritto alle facilitazioni di cui all'articolo 7 per poter frequentare l'istituto di cui all'articolo 9 ed accedere al diploma di infermiere diplomato.

Art. 2.

(Formazione dell'infermiere diplomato esterno)

1. La formazione dell'infermiere diplomato, egualmente suddivisa in insegnamenti teorici e pratici, si svolge all'interno dell'Istituto tecnico sanitario di cui all'articolo 9.
2. La durata dei corsi è di tre anni, con un numero di 2000 ore, di cui 700 di tirocinio, al termine dei quali si acquisisce il diploma di infermiere diplomato previo superamento di un esame finale.
3. Il tirocinio è svolto nell'ultimo anno di formazione nelle strutture sanitarie delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, definisce linee guida obbligatorie per tutto il territorio nazionale.
4. Il percorso di studi di cui al presente articolo dà la possibilità di accedere all'università.
5. Per accedere all'Istituto di cui al presente articolo è necessario aver frequentato il biennio di scuola secondaria superiore con ammissione al terzo anno.

Art. 3.

(Formazione interna: inserimento degli infermieri generici e psichiatrici e delle puericultrici, delle crocerossine, degli infermieri generici delle carceri e degli infermieri militari nella figura dell'infermiere diplomato)

1. Gli infermieri generici e psichiatrici che hanno rispettivamente frequentato uno e due anni di corso per il conseguimento della loro qualifica e che successivamente sono stati considerati "ad esaurimento", sono equiparati all'infermiere diplomato, conformemente all'articolo 1, commi 4 e 7.
2. Le puericultrici, che hanno acquisito il titolo tramite specifico corso, sono equiparate all'infermiere diplomato, conformemente all'articolo 1, comma 4.

3. Gli infermieri militari e le crocerossine sono equiparati all'infermiere diplomato conformemente a quanto stabilisce l'articolo 1, comma 5.

Art. 4.

(Equiparazione degli infermieri extracomunitari)

1. Gli infermieri extracomunitari devono presentare il titolo di studio autentificato e la certificazione dell'esperienza professionale posseduta all'assessorato competente delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano per essere equiparati all'infermiere diplomato con le medesime modalità stabilite nell'articolo 1, comma 5.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono autorizzate ad indire concorsi per l'assunzione di infermieri extracomunitari con le caratteristiche stabilite dal comma 1, previa verifica della loro buona conoscenza della lingua italiana.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano comunicano l'avvenuto riconoscimento del titolo di infermiere diplomato al Ministero della salute.

Art. 5.

(Contesto operativo)

1. L'infermiere diplomato collabora con le altre figure professionali nel campo dell'educazione alla salute, della epidemiologia e della prevenzione primaria.

2. L'infermiere diplomato opera nel contesto di tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie in ambito ospedaliero, domiciliare, residenziale e semi residenziale, negli istituti pubblici e privati, profit e non profit e nei comuni.

3. L'infermiere diplomato ha compiti di tutorato con riconoscimento di crediti ECM.

4. L'infermiere diplomato opera nelle seguenti aree:

a) sanità pubblica;

b) pediatria;

c) salute mentale-psichiatria;

d) geriatria;

e) area critica o in ulteriori aree in relazione a motivate esigenze indicate dal SSN.

5. L'attività di infermiere diplomato, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, è indirizzata all'assistenza primaria tesa a favorire il completo ristabilimento dello stato di salute, delle condizioni di benessere e dell'autonomia della persona di cui all'allegato B.

Art. 6.

(Istituzione dell'operatore socio sanitario)

1. Conformemente a quanto stabilito nell'accordo sancito nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 22 febbraio 2001, le regioni e le province autonome istituiscono scuole di formazione per OSS della durata di 1.000 ore, secondo il programma stabilito dal medesimo accordo.

2. Le figure professionali dell'operatore addetto all'assistenza (OTA), dell'operatore socio-assistenziale (OSA), dell'ausiliario socio sanitario specializzato (ASSS), dell'assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST), e dell'ausiliario socio sanitario (ASS) che operano nelle varie strutture sanitarie, sono riqualficate nella figura professionale dell'OSS.

3. L'OSS viene collocato nell'area sanitaria, acquisendo l'obbligo dei crediti ECM.

Art. 7.

(Norme transitorie per l'OSS interno)

1. L'OSS e l'OSSS, dopo un anno di permanenza nella propria qualifica, con una formazione di 1.200 ore acquisisce l'idoneità al titolo di infermiere diplomato, previo superamento di un esame finale.

2. Gli istituti tecnici sanitari, di cui all'articolo 9, avviano corsi per gli OSS, OSSS e il personale extracomunitario.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano completano la formazione degli OSS entro un anno dalla attivazione degli istituti tecnici sanitari.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano che non abbiano ancora provveduto alla riqualficazione del personale come stabilito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, devono inquadrare come OSS le

figure che svolgono mansioni ASS, prevedendo una formazione non superiore a 800 ore.

5. Agli operatori che intendono frequentare i corsi di formazione di infermiere diplomato sono conteggiate le frequenze dei corsi già svolti in precedenza.

6. Le aziende sanitarie, le strutture private, gli istituti ed enti, pubblici e privati, profit non profit, e i comuni adottano ogni misura idonea per favorire la frequenza, previo accordo con le organizzazioni sindacali, sia dal punto di vista dell'ente che della scuola, ivi compresi i corsi serali.

Art. 8.

(Tirocinio pratico)

1. La formazione prevede un tirocinio guidato presso le strutture e i servizi sanitari di medicina chirurgica, pediatria ed ostetricia e in reparti e servizi di altre specialità per 700 ore complessive.

2. Il tirocinio, svolto in orario di lavoro, può realizzarsi con mobilità temporanea nei servizi interessati.

3. Il tirocinio è valido indipendentemente dal servizio in cui viene effettuato.

Art. 9.

(Istituto tecnico sanitario)

1. L'Istituto tecnico sanitario è istituito in ciascuna regione e nelle province autonome di Trento e di Bolzano con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, sentite le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base di programmi di insegnamento uniformi su tutto il territorio nazionale.

2. L'Istituto tecnico sanitario provvede alla formazione della figura dell'OSS e dell'infermiere diplomato.

3. L'Istituto tecnico sanitario rilascia un titolo valido e preferenziale per l'assunzione nelle diverse aree sanitarie, negli istituti ed enti pubblici e privati, profit e non profit, e nei comuni.

4. La frequenza ai corsi di formazione è obbligatoria; non possono essere ammessi alle prove di valutazione finale gli operatori che abbiano superato un numero di assenze pari a un terzo.

5. L'attestato rilasciato dall'Istituto tecnico sanitario ha valore legale su tutto il territorio nazionale; è fatto obbligo alle aziende sanitarie, agli istituti ed enti, pubblici e privati, profit e non profit, e ai comuni di prevedere l'utilizzo della nuova figura professionale. L'acquisizione del titolo deve consentire la mobilità regionale, interregionale, provinciale e aziendale.

Art. 10.

(Frequenza di corsi per gli operatori interni)

1. Gli operatori interni che frequentano l'Istituto tecnico sanitario non hanno obbligo di lavoro straordinario e non possono essere tratti in servizio durante l'orario di lezione; hanno diritto ai permessi retribuiti e a una turnazione che consenta loro la frequenza delle lezioni.

2. Gli operatori interessati hanno diritto alle 150 ore di permesso studio con priorità sulle altre richieste.

3. Al termine del corso gli allievi sono sottoposti a una prova teorica e a una prova pratica valutate da una commissione esaminatrice ad hoc.

4. Le strutture sanitarie, gli istituti pubblici e privati, profit e non profit e i comuni non in grado di ottemperare ai corsi interni per gli operatori che intendono frequentare il corso, si avvalgono dei corsi istituiti ai sensi dell'articolo 7, comma 2.

5. Per accedere al corso di laurea in scienze infermieristiche dopo aver conseguito il titolo di studio rilasciato dall'Istituto di cui all'articolo 9, occorre:

- a) frequentare un anno di corso integrativo;
- b) superare il relativo esame di maturità.

Art. 11.

(Aree di attività)

1. Le aree di attività, relative ai moduli didattici, sono le seguenti:

- a) intervento terapeutico e di pronto soccorso;
- b) assistenza infermieristica di base;
- c) intervento igienico-sanitario;
- d) intervento amministrativo, gestionale, e formativo;
- e) assistenza in pediatria;

- f) assistenza in psichiatria;
 - g) collaborazione nel campo epidemiologico, della prevenzione e dell'educazione alla salute.
2. Le attività di cui al comma 1, nonché le relative competenze, sono riassunte nell'allegato A.

Art. 12.

(Materie di insegnamento)

1. Le materie dei corsi per infermiere diplomato sono articolate nelle seguenti aree disciplinari:
- a) area socio sanitaria;
 - b) area sanitaria;
 - c) area culturale istituzionale e legislativa;
 - d) area igienico-sanitaria;
 - e) tecniche infermieristiche;
 - f) etica professionale;
 - g) area epidemiologica e preventiva;
 - h) area tecnico operativa;
 - i) area di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
 - l) area pediatrica;
 - m) area salute mentale-psichiatria;
 - n) area critica;
 - o) elementi di anatomia e fisiologia dell'uomo.
2. Le materie di cui al comma 1, relative ai moduli didattici, sono riassunte nell'allegato.

Art. 13.

(Formazione professionale in istituti ed enti, pubblici e privati, profit e non profit e nei comuni)

1. Tutte le figure di operatori OTA, OSS, OSA, OSSS, ADEST, infermieri generici e psichiatrici, extracomunitari, puericultrici che svolgono a qualsiasi titolo funzioni infermieristiche, ovvero che assistono persone malate in istituti ed enti, pubblici e privati, profit e non profit e nei comuni, inseriti in regioni a statuto ordinario o speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano hanno diritto alla formazione professionale, come stabilito dalla presente legge, con i relativi crediti formativi ECM.

2. L'assessorato competente delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, le AUSL, nonché le aziende ospedaliere, gli istituti ed enti, pubblici e privati, profit e non profit e i comuni fanno opera di informazione e pubblicizzano i corsi di formazione.

Art. 14.

(Formazione professionale per assistenti a domicilio)

1. Il diritto di cui all'articolo 13 spetta agli operatori anche extracomunitari, che assistono in famiglie e case private persone malate e croniche non autosufficienti, nonché portatori di handicap grave.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, istituiscono corsi di qualificazione, riqualificazione o formazione per gli operatori e il personale di cui al comma 1, e favoriscono il loro inserimento nei corsi di qualificazione OSS.

Art. 15.

(Lavoro autonomo)

1. Gli infermieri generici e psichiatrici e le puericultrici, anche extracomunitari, in possesso di un titolo per il quale si richiede il riconoscimento di equipollenza a quello dell'infermiere diplomato e che svolgono attività professionale in regime di lavoro autonomo, possono presentare domanda di equiparazione all'assessorato competente della propria regione o provincia autonoma.

2. Gli assessorati regionali delle province autonome rilasciano un certificato di idoneità allo svolgimento dell'attività professionale strettamente correlata al titolo di infermiere diplomato.

3. La domanda di cui al comma 1 deve essere riferibile ad una attività coerente o comunque assimilabile a quella prevista per la figura professionale per la quale si chiede l'equiparazione.

Art. 16.

(Enti interessati)

1. Gli istituti ed enti, pubblici e privati, profit e non profit, i comuni, le AUSL, le aziende ospedaliere, le strutture con contratti ARIS (Associazione religiosa istituti socio-sanitari), AIOIP (Associazione italiana ospedalità privata), ONLUS (Organizzazione non lucrativa di utilità sociale), l'Istituto Don Carlo Gnocchi, le regioni a statuto ordinario o speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano si attengono alle disposizioni della presente legge.

Art. 17.

(Ordine professionale)

1. Gli infermieri diplomati e gli OSS formano un ordine professionale costituito su base nazionale con organi democraticamente eletti e adottano un codice deontologico, istituendo un albo professionale.

Allegato A

(articolo 11, comma 2)

Elenco delle principali attività con materie di insegnamento, relative ai moduli didattici

Assistenza infermieristica di base e intervento terapeutico

- Respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno, manovre emostatiche di emergenza, seguiti da immediata richiesta di intervento medico;
- assistenza al medico nelle varie attività di reparto e di sala operatoria;
- rilevamento e annotazione dei parametri vitali del paziente, ossigeno terapia;
 - realizza attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale;
 - somministrazione dei medicinali prescritti ed esecuzione dei trattamenti curativi su prescrizione del medico e, se del caso, sotto il suo controllo;
 - a) iniezioni ipodermiche, intramuscolari, fleboclisi, prelievi di sangue;
 - b) vaccinazioni per via orale;
 - c) frizioni, massaggi e ginnastica medica;
 - d) medicazioni e bendaggi, alimentazione con sonda gastrica;
 - e) applicazioni elettriche più semplici, esecuzioni di ECG e similari;
 - f) lavanda gastrica, traumatologia choc traumatico, respirazione artificiale;
 - g) prelievamento di escrezioni e secrezioni a scopo diagnostico;
 - h) esecuzione di clisteri;
- assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale;
- realizza attività di animazione e socializzazione di singoli e gruppi;
 - coadiuva il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente;
 - aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita;
 - assistenza al neonato sano e malato;
 - assistenza alle degenti nel reparto ostetrico, sterilizzazione, compiti nella sala operatoria.

Intervento igienico-sanitario

- Cura la pulizia e l'igiene ambientale;
- attua i protocolli di sterilizzazione e preparazione del materiale sanitario;
- osserva e rileva i bisogni e le condizioni di rischio-danno dell'utente;
- attua gli interventi assistenziali;
- valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da attuare;
- attua i sistemi di verifica degli interventi.

Intervento amministrativo, gestionale e formativo

- Riconosce ed utilizza linguaggi e sistemi di comunicazione-relazione appropriati in relazione alle condizioni operative;
 - mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale ed il mantenimento e recupero della identità personale;
 - collabora alla verifica della qualità del servizio; compilazione dei dati sul movimento degli assistiti e rilevazione dei dati statistici al servizio; controllo della pulizia, ventilazione, illuminazione e microclima di tutti i locali del reparto;

- promuove, per quanto di competenza, iniziative per soddisfare le esigenze psicologiche del malato e della sua famiglia;
- concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini ed alla loro valutazione;

- collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamento;

- collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero, alla realizzazione di attività semplici.

Collaborazione nel campo epidemiologico, della prevenzione e della educazione alla salute

Nozioni di epidemiologia delle malattie infettive. Elementi di igiene ambientale con particolare riguardo per gli aspetti ospedalieri. Elementi di igiene degli alimenti e di profilassi delle tossinfezioni alimentari. Igiene della persona, elementi di educazione sanitaria.

Elementi di ostetricia

Le più importanti manifestazioni patologiche della gravidanza, parto e puerperio, profilassi prenatale.

Pronto soccorso e rianimazione

Pronto soccorso in caso di incidenti e trasporto feriti, fratture, emorragiche, lipotimia collasso, folgorazione, arresto respiratorio e circolatorio, respirazione artificiale, massaggio cardiaco.

La legislazione sanitaria e medicina legale

Ordinamento sanitario dello stato, organizzazione ospedaliera, organizzazione mondiale della sanità, legislazione sulle professioni, cenni di medicina legale.

Malattie

Malattie dell'apparato respiratorio circolatorio, digerente, urinario, malattie del sangue, del sistema nervoso e del ricambio, principali avvelenamenti, disturbi di alimentazione.

Patologia chirurgica-medica-generale - anatomia e fisiologica umana

Lesioni da infezioni, da agenti fisici e chimici e da cause traumatiche, ulcere, gangrene, ernie, malattie chirurgiche dell'apparato digerente, malattie chirurgiche dell'apparato respiratorio, malattie chirurgiche dell'apparato urogenitale, del sistema nervoso, del sistema scheletrico, le malattie neoplastiche, lesioni da agenti fisici e chimici, radiodermiti, ustioni, congelamenti, lesioni da agenti chimici. Cause principali di malattie e principi di termoregolazione, la febbre, ipertrofia, atrofia, necrosi, malattie dell'apparato circolatorio, del sangue, del ricambio e delle ghiandole a secrezione interna, gotta, diabete, e dell'apparato urinario. Sistema muscolare.

Elementi di pediatria

Accrescimento del neonato, prematurità ed immaturità, alimentazione infantile, vaccinazioni, malattie infettive dell'infanzia..., anatomia e fisiologia del neonato, le fasi dell'accrescimento, allattamento materno ed artificiale, malattie della nutrizione, dispepsie, distrofie, strofie, le avitaminosi, le più importanti malattie infettive dell'infanzia, la mortalità infantile, elementi di ostetricia, profilassi prenatale, le più importanti manifestazioni patologiche della gravidanza, del parto e del puerperio, assistenza del neonato sano e malato.

Farmacologia

La definizione, l'azione dei farmaci, veleni, sieri e vaccini, disposizioni legislative concernenti gli stupefacenti.

Psicologia

Elementi storici con particolare riferimento all'attività lavorativa ed alla educazione: psicologia individuale - sociale - e sociologia, salute mentale - psichiatria.

Etica professionale, tecnica, direttiva e didattica

Lavoro specifico e responsabilità professionale, formazione del personale, definizione dei compiti per ogni singola categoria.

Allegato B

(articolo 5, comma 5)

L'infermiere diplomato in possesso del seguente profilo è un operatore sanitario diplomato, è responsabile dell'assistenza infermieristica: preventiva, curativa, palliativa, riabilitativa, educativa.

Le sue funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

- Partecipa all'individuazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;

- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;

- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- per l'espletamento delle funzioni si avvale ove necessario, dell'opera di altre figure;
- svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare cooperative, in regime di dipendenza o in autonomia;
 - concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca, contribuisce alla formazione delle altre categorie, fornendo conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permette di fornire specifiche prestazioni infermieristiche.

L'infermiere diplomato con specialità di pediatria, oltre alle mansioni di pulizia, alimentazione e sorveglianza del neonato sano, può svolgere:

- posizionamento e assistenza del neonato in incubatrice anche in presenza di O₂;
- assistenza del neonato sottoposto a fototerapia anche in presenza di O₂;
- posizionamento e lettura saturimetro;
- assistenza del neonato in terapia intensiva;
- terapie orali;
- prelievi capillari;
- profilassi oculari e intramuscolo sul neonato;
- igiene, bagnetto e medicazioni ombelicale;
- controllo peso;
- sostegno allattamento al seno;
- collabora con il pediatra sui tempi e modi dello svezzamento e attività psicomotoria;
- partecipa a corsi di infant massage;
- consigli sull'alimentazione artificiale.

NB: IL TESTO DEL DDL SULL'AMIANTO DEL SENATORE PIZZINATO E' IN VIA DI PRESENTAZIONE IN QUESTI GIORNI

A ROMANO PRODI

- La Fabbrica del Programma -
Bologna

- AL GRUPPO DI LAVORO DELL'UNIONE PER IL PROGRAMMA DELLA SANITA'
On. Rosy Bindi, On. Maura Cossutta, Paolo Ferrero, On. Livia Turco
Roma

Il 26 novembre 2005 Medicina Democratica ha organizzato un convegno nazionale a Napoli ("SALUTE E PARTECIPAZIONE"), presso l'Ospedale Monaldi al fine di contribuire alla costruzione del programma della sanità dell'UNIONE.

Il presupposto primo riguarda la necessità di promuovere il diritto alla salute coinvolgendo tutti i soggetti interessati (partiti, sindacati, movimenti, associazioni) che per la loro storia e le loro iniziative siano in grado o ritengano di essere in grado di fare analisi e proposte in merito.

Il secondo presupposto riguarda l'esperienza maturata in regione Lombardia dove il programma per la sanità delle ultime elezioni regionali è stato costruito in "un tavolo di confronto" nel quale erano presenti insieme ai partiti dell'UNIONE alcuni sindacati confederali e di base, molte associazioni fra cui Medicina Democratica, esperti ricercatori ed operatori della sanità e del sociale. (cfr.: programma allegato)

Medicina Democratica è un movimento nato alla fine degli anni 60 che si è formalizzato nel primo congresso nazionale (Bologna 15/16 maggio 1976), divenuto cooperativa a r.l. nel 1978 a Milano (editrice della rivista omonima il cui numero 0 è uscito nel 1977), associazione ONLUS a Milano nel 2003

SCHEDA DI IDENTITA' di MEDICINA DEMOCRATICA

1. l'associazione denominata "Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute".

Fa parte della storia sociale, politica e culturale di questi trent'anni All'inizio del 1970 era maturata, nei fatti, una singolare rivolta "contro quelle statiche e sonnolenti interpretazioni dell'articolo 32, 1° co. Cost., risolvendosi, tutt'al più, in classificazioni o in astratte categorie concettuali" . (Montuschi, Rapporti etico-sociali, Commentario Zanichelli, 1976).

2. L'articolo 9 dello Statuto dei Diritti delle Lavoratrici e dei Lavoratori "proiettava in una dimensione collettiva, più articolata, e soprattutto credibile, quel diritto all'integrità psico-fisica e morale, già previsto a livello individuale, nell'articolo 2087 del Codice Civile" (peraltro inapplicato nella sua dimensione prevenzionale).

Nei luoghi di lavoro molti avevano capito che il diritto alla salute, delineato nell'ontologia costituzionale, precedeva e non seguiva l'organizzazione dell'impresa.

L'impresa, nel postulato costituzionale, doveva organizzarsi sulla salute, non sulla sofferenza di chi lavora.

3. L'atto costitutivo di Medicina Democratica risale ai primi anni '70 mentre il suo Primo Congresso nazionale si è tenuto a Bologna nei giorni 15 e 16 maggio 1976, preceduto da un pre-convegno tenutosi a Milano nel 1975.

Non si pensò e non ci si pose l'obiettivo né di fondare una corporazione né di ripetere una rappresentanza sindacale, ma si volle dar corpo e vita a un'aggregazione spontanea e autonoma di gruppi di operai/e e di popolazione autoorganizzata sul territorio, assieme a tecnici, ricercatori e intellettuali sul modello del "Centro per la Salute Giulio A. Maccacaro", costituito da lavoratori e lavoratrici chimici della Montedison di Castellanza (VA) e di altre fabbriche dei diversi settori merceologici, uniti nel rifiuto di scambiare i livelli di rischio con gli aumenti salariali.

Il "Centro per la Salute Giulio A. Maccacaro" già allora si proponeva di sviluppare metodologie di intervento, in fabbrica sui temi della salute, della sicurezza e dell'ambiente, già sperimentate in anni di lavoro, nei molteplici campi della prevenzione dei rischi e delle nocività, della bonifica dei cicli produttivi e dell'ambiente inquinato all'interno come all'esterno dei luoghi di lavoro, con la partecipazione di migliaia di lavoratrici e di lavoratori appartenenti alle piccole, medie e grandi fabbriche italiane nonché a settori dei servizi, dalle banche agli ospedali.

Metodologie fondate sui principi :

- della partecipazione diretta delle lavoratrici e dei lavoratori alle indagini in fabbrica e della popolazione autoorganizzata nel territorio;
- dell'affermazione della soggettività operaia nella sua accezione più ampia e pregnante sia sul piano culturale che sindacale e tecnico-scientifico;
- del rifiuto della monetizzazione dei rischi e della nocività nei luoghi di lavoro così come nel territorio;
- del rifiuto della delega da parte del gruppo operaio di lavorazione omogeneo della propria salute ai tecnici;
- della non accettazione della cosiddetta neutralità della scienza e della tecnica e della oggettività dei cicli produttivi che da esse derivano;
- della informazione e formazione permanente, attraverso il corretto rapporto fra gruppo operaio omogeneo e tecnici sugli innumerevoli temi della salute, della sicurezza, dell'ambiente salubre e dei diritti umani.

Analoghi gruppi si erano costituiti in numerosi centri industriali come, per esempio, quelli di Aosta, Bari, Biella, Brindisi, Bologna, Firenze, Foligno, Genova, Lecce, Lecco, Massa Carrara, Milano, Napoli, Novara-Pallanza, Verbania, Nuoro, Padova, Palermo, Pavia, Perugia, Portici, Pinerolo, Reggio Emilia, Roma, Salerno, Savona, Torino, Varese, Venezia.

4. Per la prima volta, per quanto è dato sapere, si affermò e si volle rivendicare la "centralità della lotta per la salute" nei luoghi stessi dove << si realizzavano insieme e in massimo grado la "concentrazione della nocività e la spoliazione di questo bene primario, quale estremo e preciso portato di una scienza lungamente votata alla organizzazione 'scientifica' del lavoro" >>.

Nei luoghi stessi dove la "lotta collettiva per la salute, investiva il modo della produzione e lo contestava proprio sul punto nodale della sua falsa e deviata razionalità" (Giulio A. Maccacaro, Relazione introduttiva al Primo Congresso nazionale di fondazione di Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute). Una lotta collettiva per la salute, la sicurezza, l'ambiente salubre, i diritti umani che contestava alla radice non solo come produrre ma anche cosa, per chi e dove produrre.

5. Da questo impegno si forma e con queste finalità si muove e opera Medicina Democratica fin dagli anni '70 affermando la positiva sussistenza di un diritto soggettivo perfetto (alla salute), che non poteva rientrare nel sinnàllagma contrattuale : la garanzia della salubrità dell'ambiente essendo un presupposto collocato all'esterno di ogni singolo rapporto di lavoro.

Diritto non negoziabile e, in tal senso, generatore di un diritto intersoggettivo per adoperare i termini usati da alcuni giuristi (Montuschi, sempre nel Commentario citato, e la rivista *Quale Giustizia*, nei fascicoli 21/22 e 27/28, *La Nuova Italia*, 1974).

6. Al Congresso di Bologna, Medicina Democratica traccia dunque le linee culturali e scientifiche ancor prima che politiche del suo programma:

- tutelare attraverso azioni concrete, sul piano delle istituzioni, il diritto alla salute dei cittadini, delle lavoratrici e dei lavoratori, dei pensionati, dei disoccupati e delle persone deboli socialmente contro la loro emarginazione ed esclusione;
- intervenire, sul piano delle iniziative politiche e giuridiche, ogni qualvolta questo diritto, nella sua più estesa accezione, venga lesa;
- promuovere l'affermazione di una politica della prevenzione dei rischi e delle nocività all'interno come all'esterno dei luoghi di lavoro nonché della salute e medicina pubblica;
- favorire l'incontro con istituzioni, gruppi, movimenti, leghe, comitati, associazioni, operanti per l'affermazione dei diritti alla salute, alla sicurezza, all'ambiente salubre, nonché per affermare i diritti umani, mettendo a disposizione le proprie competenze e strutture, ogni volta ciò si renda necessario. (1)

7. Sui principi fondamentali sopra ricordati MD ha sviluppato e prodotto documenti, iniziative e proposte in tutti gli ambiti della salute. In effetti fin dall'inizio l'azione del suo principale fondatore il

prof. Giulio Maccacaro che ebbe il merito, fra quelli scientifici a lui attribuiti, di avere portato fra i primi l'epidemiologia in Italia, oltre che di avere definito saldi principi sulla sperimentazione clinica (per l'uomo e con l'uomo e non sull'uomo), di avere stabilito quali dovevano essere i diritti del malato ed in particolare del bambino malato, fino ad andare a spaziare nella formazione del medico e nella costruzione della Riforma sanitaria e della Casa della Salute (Si vedano gli scritti di Giulio A. Maccacaro in una raccolta edita da Feltrinelli, non più sul mercato: "Per una Medicina da rinnovare"). Del resto la figura di Giulio Maccacaro spaziò nel campo della medicina e della sanità, quanto quella di Franco Basaglia nella salute mentale. Sulla base dei principi maturati dalle lotte operaie e dalla scienza di Giulio Maccacaro MD elaborò una proposta di legge di Riforma Sanitaria che venne presentata nel 1977 dall'on. Gorla e successivamente contribuì alla stesura di un'ulteriore proposta insieme all'associazione esposti amianto (AEA) per la messa al bando dell'amianto, presentata un anno prima della promulgazione della legge del 1992 dall'on. Bianca Guidetti-Serra. Del resto la stessa AEA (ora AIEA - associazione italiana degli esposti all'amianto) fu fondata da Md a Casale Monferrato nel 1989 con sede a Milano nella stessa sede. Non solo, ma Md contribuì alla nascita della associazione lombarda- "Senza Limiti (coordinamento interassociativo per la cura e riabilitazione degli anziani cronici non autosufficienti)", nonché dell'associazione per la realizzazione delle Unità Spinali Unipolari, per finire collaborò alla fondazione del Forum per la difesa della salute di Milano e Lombardia"

8. La qualità, la quantità e l'importanza pratica politica, sociale, culturale e tecnico-scientifica dell'Associazione sono documentati dalla rivista omonima pubblicata a partire dal 1977, nonché dai suoi numerosi supplementi e libri.

Nota 1: questa scheda viene presentata nei processi nei quali MD si è costituita parte civile. Si consideri che MD è impegnata in molte processi per affermare il diritto alla salute dei lavoratori colpiti da malattie e morte a seguito delle esposizioni a sostanze cancerogene. Nel processo più grande e più importante (quello contro ex Montedison ed ex Enichem di Marghera) MD è stata ed è (visto che è stato fatto ricorso per Cassazione da entrambe le parti) la protagonista principale.



Medicina Democratica - Onlus

Via dei Carracci, 2 – 20149 MILANO
tel. 02.498.46.78 – fax 02.480.14.680

www.medicinademocratica.org

segreteria@medicinademocratica.org

