

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



**Medicina
Democratica**

Rivistaweb

N.3 gennaio 2019

DOVE VA LA SANITA' IN LOMBARDIA?

Perché é importante sostenere il ricorso al TAR contro la Dgr. 6551/2017.



IN RISPOSTA ALLE SOLLECITAZIONI DEL CONVEGNO „CAMPANE A MORTO SUL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE?“ Milano, 27 OTTOBRE 2018

Come cittadina particolarmente interessata a sostenere il servizio sanitario pubblico a copertura universalistica, sia a livello nazionale che in regione Lombardia, desidero richiamare l'attenzione su due appuntamenti importanti e molto ravvicinati, e lanciare qualche spunto per dimostrare che riguardano questioni strettamente intrecciate fra di loro, per i loro riflessi sull'impianto del servizio sanitario regionale nel suo complesso. Si tratta di:

Il pronunciamento del Tar della Lombardia sul ricorso presentato nel 2017, che ha chiesto la cancellazione della DGR 6551/2017- quella che ha istituito i „Gestori“ per la presa in carico (PIC) dei cronici - e di altre DGR correlate. La prima udienza é stata fissata per il giorno 28 novembre 2018

La valutazione dell'articolazione in ATS e in ASST del

servizio sanitario e sociosanitario della regione lombardia, come disciplinato dal tit. 1 della legge regionale 33/2009 a seguito delle modifiche introdotte dalla legge 23/2015.

Parto dal secondo punto, poichè si tratta di una questione che sembra caduta nell'oblio.

La regione Lombardia con la l. r. n. 41/2015 ha disposto che „l'articolazione in ATS e in ASST del SSR Lombardia, avviene per un periodo sperimentale di cinque anni, al termine del quale la regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, valuta i risultati della sperimentazione. La regione, in collaborazione con il Ministero della salute, effettua una prima verifica al termine del primo triennio di sperimentazione al fine di individuare eventuali interventi correttivi“.

Ricordo che con la l.r. 41/2015, la regione Lombardia aveva recepito i rilievi fatti dai Ministeri della Salute, del Ministero dell'Economia e delle Finanze, e del Ministero della Giustizia sulla L.R. n.23/2015 e conteneva varie disposizioni che impegnavano la regione ad apporre

modifiche. Per esempio si disponeva di sostituire il termine „Sistema sanitario e socio sanitario della Regione Lombardia“ con „Servizio Sanitario ecc.“

Direi che la regione Lombardia nell'esercizio delle sue funzioni che riguardano la cura della salute dei cittadini, permane nella scelta identitaria di considerare se stessa un sistema, tanto che ce lo scrive invariabilmente quando comunica con noi cittadini, utenti delle cure e delle prestazioni sanitarie. Ma noi cittadini, non avremmo la certezza di poter esigere, ora e in futuro, il diritto di essere curati se avessimo come interlocutore un servizio pubblico e non un sistema ?

Sono convinta che anche per gli operatori della sanità tutti, sarebbe dirimente avere la certezza che il loro lavoro „sta di casa“ in un servizio sanitario pubblico anziché in un „sistema sanitario“.

E qui veniamo alle ragioni di fondo che rendono nebulosi e insidiosi gli sviluppi di questo cosiddetto sistema e che ci richiamano anche al dovere della verifica e della valutazione delle ATS e delle ASST. Ne cito alcune:

A)La scelta di non realizzare i servizi sanitari e socio sanitari territoriali previsti dalla l.r. 23/2015 e che rientrano nel governo dell'offerta, di competenza delle ASST.

Infatti i Presst e i Pot, sono pochissimi, così come i servizi territoriali previsti dalla legge Balduzzi del 2011.

Se fossero stati attuati, potrebbero ora costituire la struttura portante per la PIC dei cronici, prevista dal Piano Nazionale della Cronicità del 2016 ?

Sarebbe verosimile aspettarselo, poiché nella Dgr 5113/2016 si prevedeva che le ASST avrebbero dovuto realizzare l'integrazione tra le reti (sanitaria, sociosanitaria e sociale) per attuare la PIC dei cronici e/o fragili . A questo proposito la stessa Dgr aveva avviato la costruzione della Rete integrata di continuità clinico assistenziale (RICCA), in capo alle ASST.

Invece la Regione ha scelto di affidare la PIC dei cronici e/o fragili ai Gestori, che sono un nuovo istituto creato con la dgr 6551/2017, quella contro cui è stato fatto il ricorso al TAR di cui sopra, decisione che ha risvolti molto complessi come si vedrà anche nei punti successivi. L'insediamento dei Gestori, con relativa idoneità, è avvenuto a cura di ognuna delle 8 ATS. La deliberazione n.754 del 5 novembre 2018 ci ricorda che i Gestori (tra cui prevalgono le aziende e le società private, comprese le cooperative dei medici di base) sono affidati al monitoraggio e al controllo da parte delle ATS.

Potrebbero essere i Gestori a far partire i servizi territoriali Presst e Pot? No, perché la legge 23/2015 dice che „le ASST possono gestire i POT e i Presst direttamente, ovvero anche mediante la stipulazione di accordi tra le stesse e altri erogatori privati accreditati, validati dalla competente ATS“.

Quello che il cittadino si domanda è : qual è il ruolo delle ASST, se poi al loro interno non comprendono tutta l'offerta, anche quella territoriale dei servizi sanitari e socio sanitari ? Sono state congelate nel ruolo di contenitori delle disciolte Aziende Ospedaliere, e dei piccoli ospedali, ora sistemati nei POT e intesi come ospedali di comunità ?

Questi interrogativi hanno dei risvolti molto concreti perché riguardano anche i destinatari dei finanziamenti pubblici, oltre alle ricadute dei progetti. Vediamo ad esempio il caso del grosso investimento che arriva alla Lombardia dal Fondo sanitario nazionale di cui alla delib. n.XI/755 del 5 novembre 2018 (*Approvazione dei progetti per l'utilizzo delle quote vincolate del fondo sanitario nazionale per la realizzazione di obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2018*). Essa dispone lo stanziamento (biennale) di 141.681.609 euro (quasi il 70% del finanziamento ministeriale complessivo !!!) per realizzare un modello organizzativo per la PIC dei cronici che dalle reti di patologia si basi sulle reti clinico assistenziali, in modo da realizzare il Piano diagnostico terapeutico (PDT) condiviso e personalizzato per i pazienti con multicronicità.

Mi pare che con la strada scelta, quella dei Gestori, si parli semplicemente di PAI (piano assistenziale individuale), remunerato dalla Regione con 10 euro e di norma non più di una volta l'anno (di durata del contratto con il gestore). E' così ?

Il cittadino immagina che in questo grosso progetto saranno coinvolti gli ospedali, poiché i beneficiari del progetto sono pazienti complessi che hanno bisogno di particolare assistenza ospedaliera ed extra-ospedaliera ma si domanda se nelle reti clinico assistenziali ci siano (ancora) dei servizi strutturati in modo permanente, tali da costituire i „nodi“ organizzativi portanti. E' noto infatti che la Regione Lombardia ha disinvestito dal finanziare molti servizi pubblici nel settore sanitario e socio sanitario, e che sono i finanziamenti europei che sosten-

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

gono vari progetti (per loro natura temporanei) in questo secondo ambito.

In sintesi il cittadino si domanda se ci sono le condizioni per produrre (anche con il denaro pubblico) dei servizi pubblici o se si stiano creando dei mercati a cui trasferire la produzione e l'erogazione di beni pubblici, come la cura della salute.

B) La modalità con cui la regione Lombardia ha scelto di realizzare la PIC dei cronici e/o fragili.

A differenza di altre Regioni che hanno scelto di innestare la PIC dei cronici nel tessuto del servizio sanitario pubblico esistente (in genere nei distretti delle ASL) - che in un certo senso è così incentivato ad evolvere e a trovare occasione per rafforzarsi e migliorare la sua integrazione-, la Regione Lombardia ha intrapreso una strada completamente diversa.

Ha deciso di esportare, per così dire, la PIC dei cronici e/o fragili (che si porta dietro un budget stimato nel 70% dell'intero bilancio regionale destinato alla sanità), in capo ai Gestori. Si tratta di soggetti che nel panorama degli istituti finora preposti a curare la nostra salute non esistevano, perché (pur essendo alcuni di loro dei soggetti noti, pubblici o privati già contrattualizzati con le ASL, ma in qualità di *erogatori*), quando operano in qualità di Gestori, instaurano rapporti *giuridicamente „innovativi“* nel panorama del servizio pubblico. Ciò avviene sia nei confronti dei pazienti (con cui stipulano il patto di cura, che è un contratto di diritto privato), sia nei confronti dei fornitori delle prestazioni sanitarie di cui si avvalgono a favore dei pazienti „arruolati“, come scrivono le delibere. La natura di questi soggetti sembra quindi estranea alla nostra storia ed è molto più compatibile con sistemi sanitari non derivati dal modello Beveridge, pubblico e universalistico. A me sembra che siano più compatibili con sistemi sanitari di tipo assicurativo, soprattutto statunitensi.

Come e chi può gestire la compresenza di soggetti *erogatori* e di soggetti *gestori*, i primi preposti prevalentemente alla „medicina di attesa“ e i secondi candidati a mettere in piedi la „medicina di iniziativa“? La Regione, centralizzando le decisioni? Ciascuna delle 8 ATS?

Il cittadino dall'esterno avverte che nella scelta di questa separatezza, c'è il rischio di avviare una macchina molto costosa, ma poco efficace e appropriata, che dovrà aumentare molto il personale addetto alle funzioni amministrative, gestionali e informatiche, e la telemedicina, a scapito degli operatori addetti alle cure mediche dirette rivolte ai pazienti.

Se poi consideriamo che nel sistema sanitario la partizione tra pubblico e privato si è ampliata progressiva-

mente a danno del pubblico, aumenta nei cittadini il timore di veder implodere il sistema a causa delle prevedibili dinamiche perverse indotte dalla miscelanea di soggetti Gestori privati scelti dalla Regione per la PIC dei cronici e fragili (tra cui assicurazioni, multinazionali, ecc). Tra di essi ci sono soggetti privati che hanno un potere di penetrazione sul mercato ben più incisivo delle cooperative di medici, che rientrano tra i gestori aziende private.

C) L'adesione al modello regionale di PIC per i cittadini che vogliono ricevere cure per le loro malattie croniche (non in regime di solvenza) e /o per i soggetti fragili, ora viene decisamente indirizzata a far accettare ai pazienti di farsi curare dal Gestore.

Finora era sembrato possibile scegliere se avvalersi della Pic dei cronici o no. Molti medici di base sono molto critici su questa impostazione, così come i loro pazienti. Tuttavia un discreto numero di medici di base, ha aderito come gestore alla PIC dei cronici diventando socio di una cooperativa di medici di base e sarà il *clinical manager* della sua cooperativa a fare il Piano di assistenza individuale (PAI) per il suo paziente, mentre sarà il *care manager* della cooperativa a garantirgli esami e terapie per la malattia cronica.

La deliberazione n.XI/754 del 5 novembre 2018, introduce novità importanti che superano alcune resistenze basate sul fatto che il paziente non voleva avere a che fare con due medici, il medico di base e il clinical manager del gestore per la patologia cronica. Ora questa delibera stabilisce che il MMG/PLS in forma singola (si suppone il medico di base) può fare il clinical manager del suo paziente, cioè fare il suo PAI, ma solo nel momento in cui contestualmente il paziente gli comunica il nome del Gestore con cui fa il contratto per ricevere le cure per la sua malattia cronica.

I medici di base che avevano inizialmente aderito alla PIC dei cronici come co-gestori (cioè come responsabili della redazione del PAI in collaborazione con il clinical manager del gestore, scelta che sembrava orientata a tutelare il paziente e ad aiutare il gestore a dare continuità alle cure), si sono trovati collocati d'ufficio (dalla del. 754/2018) nella categoria dei medici in forma singola e sono perfino esonerati dal fare domanda per esserne inclusi.



Se il paziente che aderisce alla PIC pensa che tutto sommato, nulla cambierà nella sostanza per curare la sua salute, si sbaglia e glielo ricorda la Deliberazione 754/2018 che ribadisce una cosa già nota: che le prestazioni previste dal suo PAI, „ in una prima fase (che resta indeterminata) saranno remunerate secondo il metodo del finanziamento a prestazione e che successivamente...in applicazione dell'art. 9 della l.r. 23/2015, per alcune patologie (ne sono citate solo 2, seguite da ecc.) si potrà procedere a definire una modalità di remunerazione onnicomprensiva delle prestazioni necessarie“. E' previsto dalle delibere che in regime di solvenza si possono ricevere ulteriori prestazioni. Tuttavia la delibera citata precisa che al clinical manager non verrà pagato (10 euro !!!) più di un PAI all'anno.

Ma il cittadino, malato cronico e/o fragile da chi potrà esigere il rispetto del diritto a ricevere i „*Livelli essenziali di assistenza*“ LEA previsti dal Ministero della Sanità a livello nazionale ?

Dalla Regione Lombardia ? Ma la Regione é responsabile della stratificazione della domanda e degli algoritmi che includono o escludono i malati cronici e/o fragili dai livelli delle patologie in cui vengono collocati ed é responsabile di deliberare i set di cura. Il compito della Regione sembra essere solo questo, insieme a quello di inviare alle ATS i nomi dei pazienti cronici già classificati e da mettere in contatto con i gestori ?

Allora é l'ATS che é responsabile dei LEA, in quanto é l'ATS che deve garantire che il cittadino cronico abbia un PAI e deve monitorare e controllare il Gestore che lo applica?

Se sì, quale ATS? quella in cui risiede? Quella ATS che ha dato l'idoneità al Gestore a cui si rivolge, che può essere diversa da quella in cui risiede ? Infatti il gestore, reso idoneo in una ATS, seguendo la logica aziendale, può delocalizzarsi anche in altre ATS.

D)Più in generale, la questione della esigibilità dei livelli essenziali di assistenza (LEA), in prospettiva può diventare una questione centrale per tutti i cittadini lombardi, non solo per i cronici.

Infatti, il modello della PIC dei cronici adottato in Lombardia può essere teoricamente trasponibile anche su altre categorie di persone da curare. Si parte con la stratificazione della domanda, con la definizione die set di cura, si estraggono i pazienti designati, e li si indirizza a stipulare un contratto privato con una rosa di gestori dedicati.

Il cittadino percepisce chiaramente che il modello dei Gestori che si prendono in carico uno strato di malati - ora sono i cronici e/o fragili - é il primo esempio di stra-

tificazione del diritto alla cura della salute.

Questa sembra essere la via lombarda per smontare un servizio sanitario pubblico dal punto di vista della domanda. Se poi consideriamo che con l'eccesso di privatizzazione dei servizi, anche l'offerta (soprattutto pubblica) viene svuotata e messa a rischio, il gioco é fatto .

Con quale ruolo delle ATS e delle ASST ? Di che cosa sono chiamate a rispondere verso i cittadini?

E) Veniamo al ruolo svolto dalle ATS finora.

Le 8 neonate ATS, istituite dalla l.r. 23/2015 e appena insediate nel corso del 2016, hanno assolto nel 2017 il compito di ricevere e valutare le domande dei soggetti che si sono candidati a fare i Gestori della PIC dei cronici.

Fin dal 2017 ogni ATS ha assegnato l'idoneità a fare i Gestori della PIC dei cronici ad una serie di soggetti, alcuni nuovi ed altri noti in quanto già precedentemente contrattualizzati come erogatori. Sempre nel 2017 ogni ATS ha reso pubblico l'elenco degli erogatori di prestazioni sanitarie, con cui i Gestori stipulano contratti di avvalimento per procurarsi le prestazioni da offrire ai pazienti.

Una regia perfetta per creare la domanda e l'offerta di 8 mercati locali, sovvenzionati dal sistema pubblico (che gravita, come si diceva, su circa il 70% del bilancio della sanità lombardo)?

E' un dettaglio che il cittadino abbia delle limitazioni nella scelta di chi gli eroga le prestazioni. Lo farà il gestore per lui. Non é più comodo per evitare le code ?

Con l'aver decentrato l'insediamento dei Gestori a ciascuna delle 8 ATS, la Regione ha abdicato al compito di garantire la distribuzione appropriata dell'offerta di servizi per la PIC su tutto il territorio regionale ? Si direbbe di sì.

I Gestori si sono collocati in ciascuna delle 8 Ats a seconda delle loro possibilità e convenienze e aspirano a prendere in carico i cronici del livello 3, quelli che già i medici di base curano abitualmente con l'appoggio delle reti di patologia, ma non in modo proattivo. Sono

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

**ATS Milano
Città Metropolitana**

i casi più semplici con monopatia cronica in fase iniziale e sono il gruppo più numeroso (il 58%). Più problematica è l'accettazione di pazienti del livello 2, che sono portatori di polipatologie croniche e costituiscono il 37,14% dei cronici. Già, perché il gestore è un soggetto che assume un obbligo a seguito di un contratto privato, e può valutare se prendere in carico o no il candidato malato cronico. Non parliamo dei cronici di livello 1 che sono i più gravi e complessi, con frequenti ospedalizzazioni. In tutte le regioni il problema più difficile da affrontare si pone quando occorre prendere in carico la cura dei malati cronici più gravi. In Lombardia, la scelta di affidarsi ai Gestori non ha assolutamente facilitato la soluzione di questo problema.

Tralasciamo il commento alle figure e alla natura dei Gestori resi idonei dalla Regione Lombardia, che costituiscono una miscelanea su cui sono stati segnalati vari punti di allarme. Ricordiamo solo che oltre agli ospedali e agli IRCS pubblici e privati e a varie strutture sanitarie e sociosanitarie già contrattualizzate con le ASL, compaiono molti soggetti nuovi, tra cui: strutture di assistenza specialistica ambulatoriale e/o Servizi di medicina di laboratorio extraospedaliera, RSA, centri privati che erogano ADI, assicurazioni, multinazionali, ecc..

Se consideriamo l'azione costante di contrazione e penalizzazione degli erogatori pubblici svolta dalla regione Lombardia a vantaggio di quelli privati, se consideriamo l'apertura senza precedenti alle assicurazioni private, se consideriamo l'enorme valore economico mobilitato dalla PIC dei cronici e/o fragili insieme con il fatto che la modalità scelta dalla regione Lombardia per la presa in carico della domanda, amplia enormemente la spesa per funzioni amministrative e informatiche a danno degli investimenti sugli operatori addetti a prestare le cure dirette ai pazienti, si capisce perché siamo in presenza di un vero stravolgimento di quello che conosciamo come servizio sanitario pubblico regionale.

Forse ne rimangono tracce in ciascuna delle 8 ATS ?

Forse la Regione Lombardia, che persevera nel presentarsi a noi cittadini nella veste di „sistema“, ci fa un onesto e sincero discorso perché ci sta comunicando che il suo compito di farsi garante di risposta al diritto alla salute, in una forma pubblica e universalistica, si sta di fatto dissolvendo ?

Si sa infatti che un sistema non è governabile, e che non può essere finalizzato, ma che ciò che lo qualifica è l'esser fatto di parti che coesistono e si rapportano tra di loro in virtù di convenienze, di adattamenti reciproci e soprattutto di ampi gradi di autonomia, che sono incompatibili con qualsiasi forma di gerarchia.

Per concludere, ora dobbiamo aspettarci qualche spiraglio di chiarezza da:

-il Tar della Lombardia, che dovrebbe pronunciarsi sul ricorso contro la DGR 6551/2017 (quella che ha istituito i Gestori) e contro altre DGR del 2017 relative alla PIC dei cronici. La prima udienza è fissata per il 28 novembre 2018.

- la valutazione delle ATS e delle ASST, in quanto considerate sperimentali.

Non vorrei scoraggiare il lettore che mi ha seguito fin qui, se informo che la l.r. 41/2015 è stata abrogata dalla legge regionale n.5 del 25 gennaio 2018, una legge di razionalizzazione legislativa che ha abrogato circa 200 tra leggi e norme regionali. Nel silenzio generale, anche la 41/2015 è caduta vittima della semplificazione legislativa, senza che avesse i requisiti previsti per la stessa l.r.5/2018, definiti dai criteri per l'annullamento delle norme.

Tuttavia, alcune norme della 41/2015 sopravvivono e sono state inserite in una versione modificata della legge 23/2015. Le disposizioni che ho richiamato e che contengono l'impegno a valutare ATS e ASST, a tre e a 5 anni dal loro avvio, sono contenute nell'**art. 1 bis** della l.r. 23/2015 modificata. Credetemi.

Quindi, al lavoro ! vogliamo provare ad estrarre dalla nebulosa del cosiddetto „sistema“ sanitario lombardo , un *servizio sanitario pubblico* che sia appropriato e dignitoso per chi ne usufruisce e per chi ci lavora?

L'incremento della popolazione anziana, su cui grava il peso di molte malattie croniche con i relativi costi, non giustifica lo stravolgimento di alcun sistema sanitario regionale pubblico in Italia, allo scopo di contenere i costi. In questi anni è entrata nella fascia anziana una popolazione numerosa costituita dai baby boomers del dopoguerra. Le coorti di età anziane successive saranno molto meno numerose. Quindi è privo di senso smantellare un bene pubblico prezioso come il servizio sanitario pubblico (per sostituirlo con un privato più costoso, anche per le casse pubbliche), in nome di un supposto disegno di contenimento della spesa. Occorrono provvedimenti ponte di razionalizzazione, che non intacchino la natura del servizio sanitario pubblico universalistico. Occorre anche investire di più per curare le malattie croniche della popolazione giovane e adulta, perché possono essere molto invalidanti (e costose) se non vengono affrontate tempestivamente con interventi appropriati e coordinati tra vari specialisti.

Anna Tempia - Milano

L'IMPIANTO GPL DI CHIOGGIA E SUOI RISCHI



I rischi da GPL sono essenzialmente da incendio e esplosione, perché esso non si mescola e non reagisce con l'acqua per cui sulla superficie marina si diffonde, dato che è più pesante dell'aria, come una nube rasoterra finché si disperde o trova un innesco per l'incendio (come un motore di barca). Sul terreno si comporta allo stesso modo e se trova buche o cavità (ad es fognature, caditoie, garage sotterranei, ecc) vi si insinua e rischia di creare sacche esplosive.

Nel novembre 1984 a Città del Messico per un incidente esplosivo in un deposito GPL ci furono 500 morti e 7000 feriti, il peggiore della storia. Ovviamente oggi gli impianti e i dispositivi di sicurezza sono migliorati. A Viareggio il 29-6-09 per il carro bombolaio di GPL deragliato e esploso ci furono 33 vittime e il volume coinvolto era di 35 mc.

A Paese alla Butangas il 13-3-96 ci fu esplosione dopo caricamento di autobotte di 52 mc di GPL e relativa perdita, con 2 morti e 13 feriti; quella volta fu isolata tutta la zona entro 3 km di raggio e lasciata senza elettricità e gas. Il 5-12-18 vicino Rieti una autobotte in fase di scaricamento GPL ha avuto una perdita ed è poi esplosa con 2 morti e 17 feriti.

Ma vediamo questo impianto di Chioggia che ha avuto una serie di eventi "fortunati" e giudicati "improbabili".

La prima fortuna è che il progetto viene presentato un anno prima della pubblicazione della Seveso Tre (dlgs 105 del 26-6-15) che prevede l'obbligo di pubblicazione del progetto sul sito del Comune e 60 gg di attesa delle osservazioni dei cittadini. Garantisce cioè la informazione e la possibilità di partecipare alle decisioni in base alla convenzione di Aarhus del 1998. Invece il progetto naviga per uffici, nessuno ne sa niente, neppure in consiglio comunale, e i cittadini cominciano a preoccuparsi quando vedono l'inizio dei lavori e degli scavi e si chiedono cosa ci sarà lì.

Poi nel corso dell'iter amministrativo :

- il progetto viene descritto come ampliamento di uno esistente in realtà è un impianto nuovo si passa da depositi di oli per 1.000 mc a depositi GPL da 9.000 mc.

Malgrado fosse molto improbabile che passasse nes-

suno disse nulla.

- i terreni dove dovrà sorgere l'impianto sono dati da ASPO alla ditta pur non avendone la legittima proprietà perché sono demaniali e reclamati dalla capitaneria di porto.

Malgrado fosse molto improbabile che passasse nessuno disse nulla.

- i terreni nel piano regolatore comunale non prevedevano quella tipologia di azienda e quindi non erano urbanisticamente compatibili. Ma una firma di un dirigente dichiara falsamente che sono consoni al PRC.

Malgrado fosse molto, ma molto improbabile che passasse nessuno disse nulla.

- Il piano regolatore del porto viene modificato da questo progetto, il porto da commerciale passa ad industriale per cui bisogna rifare il Piano regolatore del porto con relativa Valutazione di Impatto Ambientale e la partecipazione dei cittadini.

Malgrado fosse molto, ma molto improbabile che passasse finora nessuno dice nulla, salvo la Capitaneria di porto che non viene ascoltata

- la banchina che sarà utilizzata dalla ditta per scaricare il GPL viene costruita con fondi europei passati dalla Regione per uso pubblico, ma la banchina verrà usata ad esclusivo uso privato dalla ditta Socogas.

Malgrado fosse molto improbabile che passasse nessuno disse nulla.

- tutto l'iter amministrativo esclude la valutazione del vincolo paesaggistico in capo alla commissione di Salvaguardia che non viene mai consultata.

Malgrado fosse molto, ma molto improbabile che passasse nessuno disse nulla.

- il progetto non rispetta la legge speciale per Venezia del 74 che vieta ingresso in laguna di prodotti petroliferi, come il GPL, per salvaguardare la laguna, infatti da allora si sono fatti vari progetti per portare fuori laguna lo scarico delle petroliere di greggio che riforniscono la raffineria Eni che ora attraccano a san Leonardo, dentro la laguna (e per ora non si sono trovati i fondi per realizzare questo obbligo).

Malgrado fosse molto improbabile che passasse nessuno disse nulla.

- nella valutazione dei rischi la Commissione Tecnica Regionale dei vigili del fuoco prevista dalla legge Seveso sottostima enormemente i rischi di perdite di GPL limitandosi a perdite da tubo nelle fasi di trasporto del gas. Non considera il rischio delle navi gasiere, che scaricano il GPL, che non sono dotate di doppio scafo, come quelle del GNL, e quindi meno sicure; se effettivamente questi incidenti sono molto rari qui il contesto locale, laguna e porto di Chioggia, possono aumentare le probabilità di incidente. Non considera perdite e incendio dai serbatoi enormi di GPL che sono interrati per cui effettivamente il rischio è minimo. Ma soprattutto non considera le perdite da autobotti in fase di carico eppure in ogni progetto di deposito GPL si valuta questo rischio (basta fare una verifica in internet) e il raggio di danno considerato per autobotti da 50 mc è di

600m. A Paese è ben successo e vicino a Rieti proprio in questi giorni una cosa analoga. ! Ma qui nel raggio di 500 m sono compresi molte abitazioni, una scuola, un supermercato, il tribunale, il cimitero, lo stadio, una biblioteca, come risulta dalla stessa relazione dei VVFF. Per cui non sarebbe idonea la localizzazione.

Malgrado fosse molto, ma molto improbabile che passasse nessuno in commissione disse nulla.

Anche il rischio stradale da autobotti con GPL non è stato considerato perché scaricato ad altri enti, Anas, Comune, malgrado ci siano frequenti incidenti gravi basta ricordare in agosto in autostrada vicino a Bologna, e in gennaio 2018 vicino a Brescia. Così non vengono neppure imposti percorsi obbligati alle autobotti per ridurre gli esposti a rischio in caso di incidente (case affacciate sulle strade, luoghi sensibili come scuole, ospedali, ecc).

Il progetto viene approvato e solo quando iniziano i lavori cominciano le contestazioni da comitato, Comune, poi anche dalla Regione, da moltissime categorie commerciali, artigianali e industriali locali, dalla capitaneria di Porto. Ma finora tutto fila liscio, il Tar dà ragione alla ditta che ha quasi finito l'impianto. Ora resta solo il Consiglio di Stato che può bloccare l'iter pazzesco di questa pratica e a fine gennaio si esprimerà.

Ma come possono i cittadini stare tranquilli anche se gli viene detto che **un incidente è improbabile**, questo impianto ha già un debito fortissimo con la buona sorte per essere arrivato a destinazione e in fatto di cose improbabili è uno specialista !!

Franco Rigosi - Venezia

Immondezza: l'economia circolare sbanda all'ultima curva

Lettera aperta a Mimmo Calopresti e Roberto Cavallo

Gentili Mimmo Calopresti e Roberto Cavallo, abbiamo assistito, il 20 novembre scorso, alla proiezione a Brescia, con la presenza del Ministro dell'ambiente Sergio Costa, del vostro docufilm *Immondezza. La bellezza salverà il mondo, "un viaggio nel Sud dell'Italia tra bellezza e rifiuti. Dal Vesuvio all'Etna attraversando 'di corsa' parchi e Comuni, montagne e spiagge, pulendo quello che altri hanno sporcato"*. Un viaggio avvincente per chi ama la nostra bella Italia e soffre per le tante deturpazioni, anche perché intende proporre soluzioni virtuose "oltre il rifiuto".

Sorprendentemente, almeno per noi ambientalisti bresciani, ma anche per la stampa locale che ha segnalato la singolare "curiosità", la lunga corsa del docufilm nella parte conclusiva giunge ad un'impresa siderurgica, Acciaierie di Sicilia, presentata da una nota stampa di promozione del film come «una delle maggiori aziende dell'isola controllata dal Gruppo Alfa Acciai [di Brescia] e che ha a monte una filiera del recupero rottame composta da oltre 10mila addetti che va dai raccoglitori alle 100 piccole e medie aziende fino all'acciaieria stessa campione di economia circolare e trasparenza»

(<http://www.bresciaoggi.it/territori/citt%C3%A0/le-acciaierie-dell-alfa-nel-lavoro-di-calopresti-1.6921865>).

Ora noi non abbiamo dubbi che questa apoteosi finale sia stata costruita in perfetta buona fede, ma proprio per questo ci preme farvi presente quanto ci sia sembrato incongruo e incoerente con le motivazioni e gli obiettivi dello stesso docufilm.

Innanzitutto viene proposta come "campione dell'eco-

nomia circolare" una tecnologia che è vecchia di quasi un secolo, dove le principali innovazioni che in essa sono intervenute sono state finalizzate soprattutto ad aumentarne l'efficienza e la produttività, mentre poco o nulla si è fatto per ridurre l'impatto ambientale.

Soprattutto non si fanno, a monte, quelle operazioni indispensabili sul rifiuto/rottame tese a selezionare e separare rigorosamente le diverse componenti (disassemblando, ad esempio, i veicoli fuori uso), e a bonificare integralmente il rottame dagli inquinanti presenti, operazioni che permetterebbero effettivamente il recupero quasi totale di materia, evitando in gran parte la produzione di uno scarto altamente problematico, classificato rifiuto speciale con codice a specchio pericoloso/non pericoloso, il cosiddetto *fluff* parte non metallica dei rottami, e, a fine ciclo, le ingombranti scorie, difficilmente recuperabili perché a tutt'oggi fortemente contaminate da metalli pesanti, diossine e PCB. Insomma si tratta di superare la "barbara" tecnologia della frantumazione del rottame/rifiuto "tal quale" per avviare una vera "circularità" del settore. Tra l'altro, in questo modo, si ridurrebbero le sostanze tossiche presenti nelle emissioni in aria e nelle polveri dei filtri, attualmente rifiuti pericolosi. Qualche passo in più compiuto attorno alle Acciaierie di Sicilia vi avrebbe permesso di vedere una discarica di fluff di circa 300.000 metri cubi, e, con un'occhiata critica all'impianto, di scoprire che per una tonnellata di acciaio si producono 129 chilogrammi di rifiuti, circa il 13%, di cui 58 di *fluff*, 53 di scorie e ben 18 chili di rifiuti pericolosi, quantità da mol-

tiplicare per centinaia di migliaia di tonnellate all'anno, corrispondenti alla produzione di acciaio, insomma una bella montagna di rifiuti.

In generale, in questo settore, siamo ben lontani dagli obiettivi dell'economia circolare, che, ad esempio, per i veicoli fuori uso prevedeva già 15 anni fa il raggiungimento del 95% di reimpiego e recupero complessivo (D.Lgs. n. 209 del 24.06.2003), mentre siamo ancora sotto di circa il 12%, inchiodati all'82,6% (Report dell'Associazione Industriale Riciclatori di Auto 2018), esattamente perché non si vuole rinunciare alla frantumazione del "tal quale", tecnologia comoda, ma inadeguata al pieno recupero dei materiali.

Va aggiunto, con franchezza, che questo vostro messaggio acritico sulle virtù della siderurgia secondaria da rottame, proposto a Brescia, al di là delle vostre intenzioni, ha riaperto vecchie e dolorose ferite. Qui la metallurgia da rottami/rifiuti (ferrosi, soprattutto, ma anche di ottone, alluminio e persino piombo) è parte importante dell'economia di una provincia, tra le tre più industrializzate d'Europa, tanto da esprimere la presidenza della locale Associazione industriali. Nel corso dei decenni questo settore, purtroppo, ha provocato una devastazione ambientale dalle dimensioni ancora non del tutto conosciute. Una gran parte dei rifiuti qui tumulati, pari ad oltre 80 milioni di metri cubi (per la Terra dei fuochi si valutano 10 milioni di metri cubi!), proviene da questo settore, con numerose discariche "fantasma" e "irregolari", pre normativa, che riemergono quando si costruiscono infrastrutture come l'autostrada Bre-Be-Mi o il Tav. Tra queste vi sono almeno 5 discariche radioattive, punta dell'iceberg di un problema ben più esteso e ancora da indagare.

Nel comune di Bedizzole, non lontano dal capoluogo, vi è una delle più grandi discariche nazionali di fluff, che, solo nel corso del 2017, ha preso fuoco ben tre volte e per questo è stata oggetto di indagine sia da parte della Magistratura che dell'ultima riunione del 18 gennaio 2018 della Commissione parlamentare di inchiesta sulle attività illecite connesse al ciclo dei rifiuti e su illeciti ambientali ad esse correlati, la quale vi ha dedicato particolare e preoccupata attenzione (pp. 51-55). Inoltre, quando si sono verificati maldestri tentativi di riuso delle scorie nei sottofondi stradali, questi si sono tradotti in dispersioni illecite di rifiuti e in conseguenti iniziative della Magistratura (si veda <http://www.ambientebrescia.it/TerradeifuochiNord.html>)

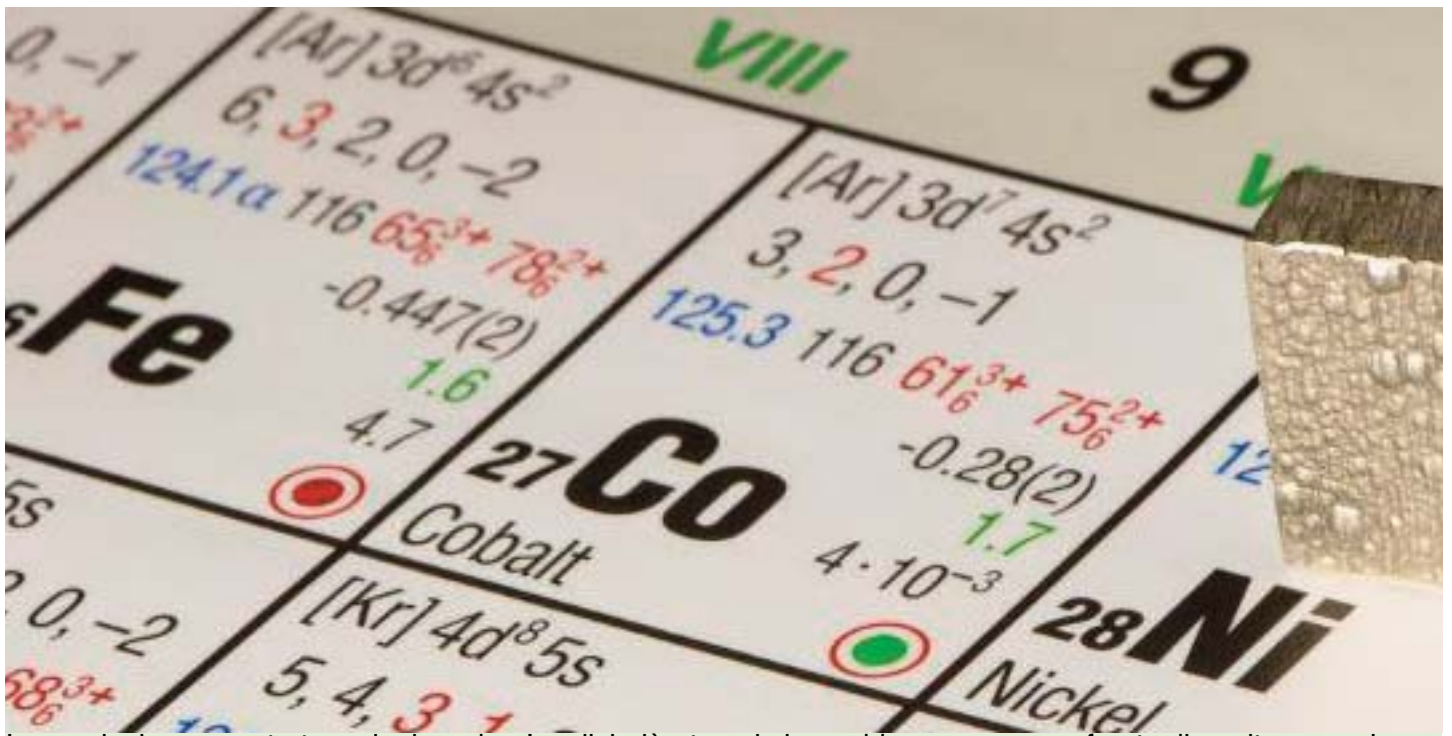
Nella zona a più alta densità di discariche, nell'agosto-settembre scorso, si è verificata una "misteriosa" epidemia di polmonite/legionella che ha colpito circa 900 cittadini con almeno 9 decessi, caso unico al mondo. Ed in questo contesto così disastroso, l'attuale presidenza dell'Associazione industriale, guidata da un siderurgico, rivendica ancora "libertà di discarica" per le scorie dei propri forni e non solo, opponendosi addirittura

all'introduzione di un minimo di tutela del territorio decisa dalla Regione Lombardia a trazione leghista, il cosiddetto "fattore di pressione", per una provincia che è già soffocata dai rifiuti speciali.

Per quanto riguarda l'impatto sull'ambiente e la salute ricordiamo qui, per brevità, solo due studi pubblicati su riviste internazionali: il primo ha evidenziato una sovraesposizione della popolazione bresciana a diossine e PCB imputabile alle emissioni di questa impiantistica (Abballe AL, Barbieri PG, Di Domenico A et al., *Occupational exposure to PCDDs, PCDFs, and PCBs of metallurgical workers in some industrial plants of the Brescia area, northern Italy*, "Chemosphere" 2013; 90, pp. 49-56); il secondo ha trattato degli effetti sanitari dell'esposizione a metalli pesanti emessi dagli impianti siderurgici sul sistema nervoso della popolazione, in particolare degli adolescenti. (Lucchini Roberto et al., *Inverse association of intellectual function with very low blood lead but not with manganese exposure in italian adolescents*, "Environmental Research", Volume 118, October 2012, pp. 65-71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3477579>).

Occorre annotare l'autorevolezza internazionale di Roberto Lucchini, chiamato dal governo Usa a coordinare da anni gli studi sugli effetti sanitari dell'esposizione a sostanze tossiche degli operatori intervenuti nel crollo delle torri gemelle). E' vero che recentemente alcuni impianti metallurgici bresciani hanno migliorato i sistemi di abbattimento con risultati interessanti per le diossine, ma, sembra, ancora scarsamente efficaci per i PCB, sostanze cancerogene certe per l'uomo analoghe alle diossine (Arpa Brescia, 2014).





In conclusione questa tecnologia, ad un'analisi più attenta, sembra tutt'altro che "campione di economia circolare", perché ormai obsoleta così com'è ora organizzata, produttrice a sua volta di rifiuti, con un insostenibile impatto sull'ambiente e sulla salute umana. Per metterla in linea con l'economia circolare, come si è già detto, andrebbe radicalmente ristrutturata.

Infine una riflessione sul risvolto, preoccupante ed esposto a sgradevoli illazioni, che può assumere l'aver proposto proprio a Brescia un simile messaggio in favore di una delle più grandi imprese locali del settore siderurgico, l'Alfa Acciai. Da qualche malizioso, purtroppo, potrebbe essere visto come un formidabile spot per l'azienda e per la siderurgia bresciana in generale, di valore incalcolabile sul mercato della pubblicità perché proposto dagli ambientalisti. L'equivoco può essere indotto dal nome di chi ha organizzato l'evento ovvero il sedicente Coordinamento dei Comitati ambientalisti della Lombardia, che, al di fuori di Brescia, può indurre a pensare un coinvolgimento nell'iniziativa dell'insieme dell'ambientalismo lombardo. Come ambientalisti bresciani che da decenni si battono per il risanamento del proprio territorio, in totale indipendenza sia dal potere politico che, ancor più, da quello economico, ci sembra doveroso informare che il *Tavolo Basta veleni di Brescia*, cui facciamo riferimento e che raggruppa gran parte dei comitati ambientalisti bresciani, risulta del tutto estraneo a quella iniziativa del 20 novembre, come ne sono estranei in generale i numerosissimi comitati ambientalisti che operano fuori da Brescia, nella nostra Regione, e che di quel Coordinamento neppure conoscono l'esistenza. Ci preme ribadirlo a tutela della reputazione nostra e dell'ambientalismo lombardo.

Ma tornando al tema di fondo, di grande rilevanza per il futuro della vera economia circolare nel nostro Paese,

ci piacerebbe avere un confronto di merito con voi: magari un'occasione potrebbe essere quel convegno di approfondimento che il Tavolo Basta veleni di Brescia intenderebbe organizzare sulla metallurgia secondaria da rottame, come veniva indicato in conclusione del documento licenziato dal Tavolo stesso nel febbraio scorso (<http://www.ambientebrescia.it/TavoloBastaVeleniDueAnniDopo2018.pdf>).

Una vostra presenza sarebbe oltremodo gradita.

Con cordialità

Marino Ruzzenenti e Roberto Bussi, aderenti al Tavolo Basta veleni di Brescia e provincia.

I LAVORATORI NELLE SENTENZE DELLA CASSAZIONE



Il ruolo, gli obblighi e le responsabilità dei lavoratori sono stati oggetto di numerose sentenze emanate dalla Cassazione Penale, le quali hanno per lo più applicato l'articolo 20 del D.Lgs. 81/08 (*"Obblighi dei lavoratori"*).

LA RESPONSABILITA' DEL LAVORATORE ANCHE RISPETTO AD ALTRI LAVORATORI

La Corte di Cassazione ha ribadito l'estensione delle responsabilità del lavoratore per infortuni provocati anche alle altre persone presenti sul luogo di lavoro (con particolare attenzione ai colleghi), a seguito della violazione dell'articolo 20 del D.Lgs. 81/08.

La Corte di Cassazione ha introdotto un nuovo principio: la trasformazione del lavoratore da semplice creditore di sicurezza nei confronti del datore di lavoro a suo compartecipe nell'applicazione del dovere di fare sicurezza, nel senso che il lavoratore diventa garante, oltre che della propria sicurezza, anche di quella dei propri compagni di lavoro quando si trovi nella condizione di intervenire onde rimuovere le possibili cause di infortuni sul lavoro.

LA RESPONSABILITA' DEL LAVORATORE CON MAGGIORE ESPERIENZA

La Corte di Cassazione ha stabilito che la responsabilità del lavoratore per infortunio causato a un collega viene valutata, oltre che sulla base dei principi generali, anche e soprattutto alla luce dell'esperienza del lavoratore (nel caso in esame di una "maggiore esperienza lavorativa" rispetto a quella del collega) circostanza che ha determinato o comunque rafforzato la posizione di garanzia del lavoratore.

Nel caso in esame nella sentenza emerge che il lavoratore, quale operaio addetto alla manutenzione, avesse un'anzianità e una formazione tali da potere apprezzare e cogliere il pericolo creato dalla procedura

seguita in violazione delle disposizioni appena ricevute dal superiore.

ECCEZIONALITA', ABNORMITA', ESORBITANZA DELLA CONDOTTA DEL LAVORATORE

La Corte di Cassazione ritiene che la condotta colposa del lavoratore non possa assurgere a causa di infortunio, da sola sufficiente a produrre l'evento, quando sia comunque riconducibile all'area di rischio propria della lavorazione svolta. In tal senso il datore di lavoro è esonerato da responsabilità solo quando il comportamento del lavoratore presenti i caratteri dell'eccezionalità, dell'abnormità e dell'esorbitanza, rispetto al procedimento lavorativo e alle direttive di organizzazione.

Pertanto, si può definire abnorme soltanto la condotta del lavoratore che si ponga al di fuori di ogni possibilità di controllo da parte dei soggetti preposti all'applicazione delle misure di prevenzione contro gli infortuni sul lavoro e sia assolutamente estranea al processo produttivo o alle mansioni che gli siano state assegnate.

RESPONSABILITA' DEL LAVORATORE E CRITICITA' DEL SISTEMA DI SICUREZZA

La Corte di Cassazione ritiene che la condotta imprudente o negligente del lavoratore, in presenza di evidenti criticità del sistema di sicurezza approntato dal datore di lavoro, non potrà mai spiegare alcuna mancata responsabilità a favore dei soggetti destinatari degli obblighi di sicurezza (datore di lavoro e dirigenti).

Ciò in quanto, tali obblighi sono diretti a tutelare il lavoratore anche in ordine a incidenti che possano derivare da sua colpa, dovendo, il datore di lavoro, prevedere ed evitare prassi di lavoro non corrette e foriere di eventuali pericoli.

CONDOTTA DEL LAVORATORE, ESTEMPORANEA E SCONSIDERATA

La condotta di un lavoratore, estemporanea e sconsiderata (non inserire il freno a mano su un carrello elevatore lasciato posteggiato in discesa), è stata ritenuta dalla Corte di Cassazione idonea a scagionare il datore di lavoro dall'evento infortunistico e di conseguenza attribuirne la colpa al lavoratore.

La Corte di Cassazione non considera neppure censu-

rabile la condotta del datore di lavoro relativamente all'omessa vigilanza del lavoratore, evidenziando che non si comprende in cosa, allora, avrebbe dovuto essere più incisiva la formazione professionale a fronte della condotta gravemente imprudente del lavoratore che, avrebbe dovuto eseguire una manovra assolutamente ovvia e nota a chiunque, la cui esecuzione non avrebbe dovuto richiedere altro che maggiore attenzione da parte dell'operatore.

LICENZIAMENTO: E' GIUSTA CAUSA IL RIFIUTO ALLA VISITA DI IDONEITA' AL LAVORO

La Corte di Cassazione ha deciso che costituisce giusta causa di licenziamento il rifiuto opposto per più volte alla visita di verifica dell'idoneità al lavoro fissata dall'azienda.

Ciò in virtù del fatto che le norme di sicurezza dettate a tutela dell'integrità fisica del lavoratore vanno attuate anche contro la volontà del lavoratore stesso, poiché il datore di lavoro che non espliciti la sorveglianza necessaria alla rigorosa osservanza delle norme medesime risponde della loro violazione.

Difatti la normativa stabilisce che in caso di mancata osservanza delle misure di sicurezza da parte di uno o più lavoratori, il preposto non può limitarsi a rivolgere benevoli richiami, ma deve informare senza indugio il

datore di lavoro o il dirigente per fa loro infliggere richiami formali e sanzioni a carico dei dipendenti riottosi.

LEGITTIMO IL LICENZIAMENTO DI UN LAVORATORE CHE RIFIUTA DI INDOSSARE I DPI

Il lavoratore che si rifiuta, in più riprese, di ritirare e utilizzare i Dispositivi di Protezione Individuali (DPI), può essere legittimamente licenziato.

La Corte di Cassazione ha osservato che rientra nei poteri del datore di lavoro inibire la prestazione lavorativa al dipendente, qualora la stessa non avvenga in condizioni di sicurezza, poiché potrebbe avere risvolti pregiudizievoli per l'integrità fisica del lavoratore.

Il fatto, quindi, che il lavoratore, nonostante avesse preso cognizione dell'ordine di servizio che gli imponeva l'uso dei DPI, abbia ommesso di ritirare e utilizzare gli stessi, rende legittimo, da parte del datore di lavoro, impedire l'accesso del lavoratore sul luogo di lavoro; inoltre, è legittimo il provvedimento del licenziamento, a seguito del grave e reiterato comportamento del lavoratore.

Di Marco Spezia – La Spezia

UN ACCORDO CONTRO UNA REALE RAPPRESENTANZA E INIZIATIVA DEI LAVORATORI NEI LUOGHI DI LAVORO PER LA LORO AUTOTELA

Vi segnalo, e commento, il recentissimo *Accordo Interconfederale in materia di salute e sicurezza sul lavoro*, siglato tra Cgil, Cisl, Uil e Confindustria nei giorni scorsi, denominato anche *"Patto per la fabbrica"*.

www.inmarcia.it/DOC/Accordi_confederali/Nuovo_Accordo_Confederale_su_TU_81-08_Patto_della_fabbrica-12-dicembre-2018.pdf

Rappresenta una **spinta ulteriore verso il "monopolio confederale"** e sancisce la **"concertazione sindacale"**, con una visione quasi **"proprietaria ed esclusivista"** della rappresentanza, anche sui temi della tutela della salute e della sicurezza del lavoro, ambiti di rilevanza costituzionale che erano rimasti fino ad oggi parzialmente immuni da questo accentramento di ruoli. Il documento è molto complesso e necessita quindi di accurati approfondimenti. Temo tuttavia che, oltre le buone intenzioni e le frasi ad effetto, l'azzeramento delle differenze di punti di vista e l'occultamento del sano e fisiologico *'contrasto di interessi'* tra il lavoro e l'impresa, rappresenti un elemento di sostanziale arretramento delle tutele.

L'accordo - assieme ad alcune considerazioni ovvie e condivisibili - contiene affermazioni, dichiarazioni di intenti, ed indirizzi molto meno apprezzabili.

Mi pare **sbilanciato a favore delle imprese e di quel grigio mondo della cosiddetta "bilateralità"**, percepito sempre molto lontano dalla realtà quotidiana di chi lavora. Contiene anche alcuni aspetti poco chiari e quindi insidiosi sulla responsabilità penale in materia di malattie professionali e l'inglobamento del RLS nella RSU e quindi nelle logiche di Organizzazione.

Se vuole essere una forma di *'pressione'* politica verso il Parlamento per la modifica del D.Lgs. 81/08, **speriamo che il legislatore sappia 'resistere'** e acquisire solo gli elementi realmente migliorativi.

Questo è, in sintesi, il mio parere sommario... pronto a cambiare opinione in caso di argomenti convincenti.

Poiché non se ne è discusso affatto, mi auguro che anche tutti gli “*addetti ai lavori*”, gli esperti, gli operatori della giustizia e le persone impegnate nel settore della prevenzione, oltre ai lavoratori, **i RLS e i RSU di tutte le categorie**, possano approfondire e commentare - e se del caso, criticare - questo accordo **in modo molto più compiuto** di quanto non abbia fatto io con queste poche righe.

Riporto sotto una sintesi del contenuto dell'Accordo

L'impostazione generale è quella di **una sorta di ‘monopolio’ della rappresentanza** di tutti i lavoratori (da parte CGIL-CISL-UIL e Confindustria) da perseguire e rendere totale anche nel delicatissimo ambito della salute e sicurezza sul lavoro. Una visione, a mio avviso, abbastanza miope che sembra ignorare la grande complessità del mondo del lavoro, improntata all'esclusione piuttosto che al coinvolgimento di tutti i soggetti in campo; una forzatura ingiustificata in materia di democrazia sindacale, anche alla luce dell'attuale variegata realtà associativa sia sindacale che datoriale.

1 - Viene di fatto **esteso anche alle questioni della salute l'accordo sulla rappresentanza** tra Confindustria e Cgil, Cisl e Uil, del 10 gennaio 2014 il quale attribuisce ai soli firmatari le prerogative della rappresentanza dei lavoratori, limitando - o addirittura impedendo - il libero esercizio dell'attività sindacale a tutti gli altri soggetti. Ciò, oltre che per la contrattazione, anche in ambito salute e sicurezza.

2 - Vengono individuate **proposte di modifica al D.Lgs 81/08**, solo in parte funzionali alla sua maggior efficacia, col rischio sempre presente che dietro alle richieste di “*eliminazione degli adempimenti formali*” (parola d'ordine sempreverde da parte delle imprese), si nascondano peggioramenti sostanziali della normativa di prevenzione.

3 - Si sostiene il **superamento dell'attuale sistema di vigilanza** motivandolo con la scarsa omogeneità di intervento, ignorando con superficialità disarmante una serie di elementi importanti, quali ad esempio:
- esso è legato all'architettura istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale **organizzato su base regionale**;

- in gran parte l'attività degli Organi di Vigilanza è esercitata su **indirizzo del PM, il quale gode dell'autonomia** prevista in Costituzione per la magistratura ;

- esistono già **Organismi istituzionali (previsti dallo stesso TU 81) preposti all'emanazioni di linee di indirizzo** per l'applicazione omogenea delle norme (dormienti, colpevolmente depotenziati e/o sottoutilizzati), come i vari comitati previsti dagli articoli 6, 7, 12 dello stesso TU. della Conferenza Stato-Regioni nelle sue articolazioni Sanitarie;

- la esplicita indicazione di tornare sotto un unico Ente di Vigilanza (ieri il ministero del lavoro, oggi l'INL ?), non tiene conto dell' **esperienza del passato certamente non brillante e sempre a rischio di condizionamenti burocratici e politici ‘centrali’**;

- una “*particolare attenzione*” viene dedicata alle responsabilità penali prospettando addirittura una sibillina modifica del codice penale, specifica **a tutela dei datori di lavoro in quanto tali**, sul tema delle responsabilità per malattie professionali, “*rispetto ad altri elementi, estranei alla disponibilità giuridica del datore di lavoro*”. Questo proprio nei giorni in cui si discute dell'assoluzione dei vertici della Pirelli per le centinaia di morti per amianto;

4 - i RLS saranno eletti solo all'interno delle RSU, condizionandone l'attività alle - pur utili e pienamente legittime - **logiche della contrattazione, le quali restano tuttavia estranee e spesso dannose ai fini del rispetto delle norme poste a salvaguardia della salute e sicurezza.**

5 - Spero almeno che il sindacato sia arrivato **alla firma di questo accordo, a valle di un ampio dibattito tra i lavoratori, gli stessi RLS, nelle categorie e magari con gli operatori della prevenzione impegnati ‘sul campo’**, per ottenere il prezioso contributo dell'esperienza diretta dei processi e delle dinamiche reali; altrimenti esso si ridurrebbe ad un mero atto burocratico avulso dalla realtà lavorativa, il quale, al di là delle dichiarazioni e dei titoli, si presenta con criticità tali e lacune così evidenti da rendere estremamente improbabile il miglioramento effettivo delle condizioni di lavoro.

Dante De Angelis – Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza - Trenitalia

Non dimentichiamoci cosa ha già fatto Medicina Democratica sull'Inquinamento da PFAS

CAMERA DEI DEPUTATI SENATO DELLA REPUBBLICA - COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SULLE ATTIVITÀ ILLECITE CONNESSE AL CICLO DEI RIFIUTI E SU ILLECITI AMBIENTALI AD ESSE CORRELATI - RESOCONTO STENOGRAFICO - MISSIONE A VICENZA GIOVEDÌ 14 SETTEMBRE 2017 PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ALESSANDRO BRATTI

Deposizione presso la commissione governativa PRESIDENTE. Cedo la parola alla signora Maria Chiara Rodeghiero.

MARIA CHIARA RODEGHIERO, Medicina Democratica - Sezione Vicenza di Medicina Democratica Onlus è un'associazione a livello nazionale presente sul territorio da quarant'anni. E un movimento della salute per la tutela dell'ambiente.

Ci siamo fatti carico, da tre anni ormai, della problematica di inquinamento da PFAS per il semplice motivo che proprio come associazione lo facciamo in tutte le regioni d'Italia. Ci siamo attivati anche per tutelare e aiutare le persone che già sapevamo essere inquinate, col territorio inquinato, con tutta la produzione agroalimentare, con la filiera compromessa, perché si usava l'acqua inquinata.

Naturalmente, al di là delle tante riunioni, delle tante assemblee che sono state fatte dai tanti comitati, che con tanta generosa attivazione hanno sollevato questo problema, noi li abbiamo aiutati con delle azioni giuridiche. Glielo cito velocemente senza leggere tutto.

Il primo è un esposto alla procura della Repubblica di Vicenza del 18 marzo 2015. Tengo a precisare che tutti questi esposti e tutte queste azioni giudiziarie sono stati fatti tra luglio e agosto, perché il Governo e l'Istituto superiore di sanità avevano emesso dei limiti e delle cose improprie nel periodo di vacanza, mettendo in difficoltà chiunque volesse «mettere tappo» a cose che non andavano bene.

Il secondo è un esposto alla procura della Repubblica di Vicenza dell'8 aprile 2016, un anno dopo.

Il terzo è un ricorso al tribunale amministrativo regionale del Veneto per l'annullamento del provvedimento parere dell'Istituto superiore di sanità 18 novembre 2015.

Il quarto è un ricorso al tribunale amministrativo. Il quinto è un ricorso straordinario al Capo dello Stato, perché i tempi erano talmente stretti, decadevano, e quindi siamo stati costretti. Non vi dico la fatica nel fare questi ricorsi. Comunque, li ho portati e verranno depositati tutti per presa visione.

Al di là di quanto dico, da quanto risulterebbe a oggi, le indagini dell'autorità inquirente sulle analisi svolte dagli enti competenti, in primis Arpa, la principale responsabile di tale situazione sarebbe la società Miteni Spa di Trissino, la quale dal sito di produzione, da depositi irregolari, con rifiuti sversati direttamente nel depuratore consortile con concessione pubblica, avrebbe pensato bene per decenni di sversare i suoi rifiuti tossici da lavorazione PFOA e PFAS nella rete idrica.

L'inizio della vicenda è stato caratterizzato da generale sottovalutazione del gravissimo fenomeno da parte della pubblica autorità. Facciamo presente che il silenzio è colpevole quanto l'atto illecito. E il silenzio ha regnato in questa regione dall'attimo in cui si è venuti a conoscenza, dal 2013, di questo disastro ambientale.

Come Medicina Democratica e altre persone che si sono affiancate, abbiamo cercato di porre attenzione al problema con un'azione precauzionale nei confronti delle associazioni di categoria coinvolte, vale a dire Coldiretti, Confartigianato e quelle direttamente collegate alla struttura dello sviluppo agroeconomico della regione, naturalmente ricevendo picche, senza considerazione. L'unico timore di questa regione, infatti, è di perdere l'iscrizione degli associati e lo sviluppo dei prodotti venduti. Detto questo, la salute è messa all'ultimo livello.

Non voglio portare via altro tempo, vi dico soltanto che per questo ritengo sia al momento ineludibile riprendere questi interventi.

Anzitutto, è necessario porre immediatamente fine



allo sversamento di tali sostanze nell'acqua tramite nuovi restringimenti ai limiti anche dei depuratori consortili, che non sono in grado di trattare e abbattere questi principi chimici.

In secondo luogo, se ciò non fosse possibile, è necessario anche valutare lo stop della produzione da parte dell'azienda fino all'installazione di un sistema totale di abbattimento delle emissioni.

In terzo luogo, la bonifica in atto presso la ditta Miteni deve essere effettuata sotto stringente controllo dell'autorità pubblica, che deve verificare il rispetto della tempistica e delle modalità di esecuzione.

Inoltre, ai cittadini, in particolare donne in stato di gravidanza e bambini, deve essere fornita acqua pulita, che significa a fascia zero, anche tramite rifornimenti con autobotti fornite di acqua bottiglie; se non fosse possibile, tramite accorgimenti sugli acquedotti pubblici, e questo fino a quando non saranno predisposti i nuovi allacciamenti idrici.

Ancora, devono essere poste in essere diffusi ed efficaci campagne informative sui PFAS dirette ai cittadini e agli operatori sanitari medici di famiglia. Devono essere controllati almeno su base volontaria tramite analisi di sangue non solo i cittadini della cosiddetta zona rossa, ma tutta la popolazione coinvolta dall'inquinamento. A causa della diffusa mobilità, infatti, può capitare che taluni non risiedano, come ha detto Peruffo, nella zona rossa, ma lavorino o abbiano figli a scuola nella zona rossa stessa.

Si parla di plasmateresi come strumento di riduzione della concentrazione di PFAS nel sangue. Tuttavia, tale trattamento a oggi non è stato mai sperimentato. In questo senso, occorre valutarne i rischi e i vantaggi prima di un'adozione su larga scala, confrontandola con altre pratiche al contrario già note, come i famosi salassi.

Un'attenzione particolare serbo per i dipendenti dell'azienda Miteni. Non sono stati adeguatamente informati del rischio e del pericolo per la loro salute che il lavoro stesso comportava. Gli stessi si trovano oggi nel sangue valori altissimi di PFOA e PFAS, causa questo di patologie già in atto data la natura bioaccumulabile di dette sostanze, con il rischio che gli stessi lavoratori debbano soffrire delle malattie correlate anche dopo la cessazione del lavoro. Deve, pertanto, essere posta in essere una rete di controllo stringente sul loro stato di salute a costo zero per gli stessi.

La stessa Miteni produce e ha intenzione di produrre altre nuove e numerose sostanze.

Le pubbliche autorità devono controllare scrupolosamente che tali nuovi ignoti composti chimici non si stiano a loro volta diffondendo nell'ambiente tramite le acque potabili

Occorre, a questo proposito, valutare un integrale ri-

pensamento della gestione ambientale e delle emissioni industriali del distretto conciario della Valli del Chiampo, del cosiddetto tubone Arica e dello scarico del Fratta-Gorzone, non essendo più un sistema gestibile e al passo con i tempi le normative moderne. Si propone da parte industriale l'adozione di nuovi metodi produttivi e nuove sostanze che riducano il più possibile gli impatti ambientali; un sistema di trattamento al 100 per cento degli scarti, che non devono più essere diffusi nell'ambiente direttamente.

Ultimo, ma non per importanza, i diretti responsabili di questo disastro devono essere individuati e puniti, oltre che condannati all'integrale risarcimento del danno arrecato all'ambiente e alla salute dei cittadini. Ci sono i costi. I cittadini sono stanchi di pagare attraverso sistemi collaterali tutto quello che regione e comuni fino adesso hanno messo in atto per arginare questo disastro economico, quest'avvelenamento, che è, per difetto, di circa 400.000 persone racchiuse nelle province di Vicenza, Verona e Padova. E un disastro nel vero senso della parola, da non sottovalutare.

Io sono veramente soddisfatta – non contenta, perché in una situazione di questo genere non si può essere contenti – di essere davanti a una Commissione come la vostra. Sono sicura che con quello che ho detto e che ha detto anche il signor Peruffo saprete prendere bene in considerazione la gravità di un problema che fino adesso è stato troppo a lungo sottaciuto. Vi ringrazio.

PRESIDENTE. Grazie a lei. Grazie a voi.

A cura di Maria Grazia Rodeghiero – Vicenza



EMILIANA ROTTAMI (San Cesario – Reggio Emilia) AD UNA SVOLTA: L'APPORTO DI MEDICINA DEMOCRATICA E DI ISDE

Sta volgendo al termine una lunga e snervante battaglia tra cittadini, proprietà, istituzioni, associazioni, durata oltre 30 anni, nella quale il territorio è stato ritenuto il bidone dei rifiuti, in questo caso il vetro, ed i timbri e le autorizzazioni o le micro sanzioni erano il pass per continuare a ritenere che tale deposito di vetro fosse non una DISCARICA, ma un centro trattamento per materie prime seconde atte al recupero. Si sono occupati tutti i media nazionali e locali per anni di questa situazione nella quale i cittadini prossimi allo stabilimento lamentavano bruciori e gonfiori ad occhi e vie respiratorie, forme asmatiche e sintomi che difficilmente si sarebbe potuto attribuire con correlazione certa all'impianto in questione.

Negli ultimi due anni sia la conferenza dei Servizi che le relazioni ARPA e AUSL ad essa collegata hanno dimostrato la presenza di valori elevatissimi mediante aspirazione per giorni di particelle di polvere di vetro (24.000 particelle per mc) nelle aree circostanti e l'AUSL ha confermato che potevano sussistere problematiche relative alla salute delle persone.

Questi pareri, certamente hanno giocato un ruolo determinante nella ultima AIA emessa nei confronti della ditta con vincoli restrittivi quali la integrale copertura dei cumuli di vetro macinato visibili anche dalla autostrada A1. Una vicenda assurda che getta fango sulle attività finalizzate a riciclare quanto raccolto in modo differenziato dai cittadini: nell'arco degli ultimi cinque anni i quantitativi di vetro in giacenza presso lo stabilimento di via Bonvino sono aumentati di circa il 50% passando da 80.840 tonnellate a 123.498 tonnellate. Presso lo stabilimento di via Verdi, Arpae ha più volte richiesto la riduzione dei cumuli di rifiuti vetrosi trattati ma senza risultati visibili e nonostante il palese mancato rispetto delle norme sia sui tempi di stoccaggio che sulla prevenzione di emissioni diffuse dai sistemi di deposito (semplici cumuli sempre più alti all'aperto). Non irrilevante è stato certamente l'apporto che Medicina Democratica ha dato nella realizzazione della serata informativa del 10 Ottobre 2016, centrato sull'aspetto della Salute e che senza creare allarmismi con medici qualificati anche di ISDE, si è affrontato l'aspetto delle polveri di vetro nell'albero respiratorio e le conseguenze sulla salute.

Riporto il comunicato successivo a tale incontro:

Tanta gente e tanta rabbia. Se qualcuno pensa che i cittadini di San Cesario siano rassegnati a respirare polvere di vetro, si sbaglia. Questo è quanto emerso ieri sera, nella serata organizzata dall'Associazione "Ambientinforma", che ringraziamo, per informare sulle possibili conseguenze per la salute pubblica, dopo che le ultime analisi di Arpa hanno rilevato in

centro abitato la presenza di polveri di vetro inalabili e respirabili. I cittadini non possono accettare che, in tanti anni, non siano stati presi provvedimenti efficaci nei confronti della ditta Emiliana Rottami, che anzi, recentemente, è stata autorizzata fino al 2031. Ben poco è stato fatto sul fronte della prevenzione, come rimarcato dagli stessi relatori, Prof.ssa Borella dell'Università di Modena, Prof. Morandi, primario di chirurgia toracica al Policlinico di Modena e Dott. Miserotti, dell'Associazione Medici per l'Ambiente. Respirare polveri di vetro fa male. Non stiamo parlando di polveri che con un colpo di tosse vanno via, quelle rilevate in paese entrano nei polmoni e possono andare in circolo raggiungendo altri organi. L'USL lo ripete da anni, gli stessi relatori ieri sera l'hanno ribadito più volte, le polveri di vetro sono inalabili e respirabili, i rischi per la salute pubblica, in particolare per i soggetti più sensibili quali bambini e anziani, non possono essere esclusi. Presente in sala il Sindaco, Gozzoli, contestatissimo ed in evidente difficoltà. Perché dopo quarant'anni, i cumuli di vetro dello stabilimento di via Verdi sono ancora scoperti? E pensare che sono proprio in fronte ad una zona residenziale, ai campi sportivi frequentati ogni giorno da centinaia di bambini? Cosa respirano questi bambini? Tutto quello che hanno potuto fare i nostri Amministratori è stato unicamente far coprire i cumuli di via Bonvino, con teli raffazzonati, che svolazzano da tutte le parti, come riferito da un residente della zona. La rabbia è tanta, ma i cittadini non mollano e chiedono, al pari dei Relatori e del Presidente di AIF, Roberto Monfredini, l'adozione di provvedimenti efficaci nei confronti della ditta, affinché venga finalmente fatto rispettare il principio di precauzione. Le ordinanze dei nostri Sindaci, fino ad oggi, a cosa sono servite, se c'è mai stato il coraggio di farle rispettare?

Entro Gennaio 2019 si dovrebbe concludere un iter normativo / amministrativo con scelta del concordato/fallimento, arrivando al capolinea di una situazione che non era certamente sostenibile, abbandonata persino dal Gestore Rifiuti negli ultimi anni, e che potrebbe mettere la parola fine ad una situazione surreale nella quale quando negli anni passati il vetro in RER veniva recuperato al 90%, Modena aveva valori dal 30 al 50%.

Certamente ora l'aspetto più importante risiede nella tutela del posto di lavoro o nella sua mobilità, e di questo vedremo cosa le forze istituzionali e sociali saranno in grado di mettere in campo, bonificando anche l'area che non può certamente restare tale.

Roberto Monfredini - Modena

RIUNIONE DI MEDICINA DEMOCRATICA MILANO DEL 17/12/2018 c/o Comune di Milano

Sintesi della discussione e delle decisioni (i contenuti delle note sono disponibili sul sito di Medicina Democratica)

E' emersa la necessità di fare una riunione di tutti gli iscritti di Milano e zona **per sabato 2 febbraio 2019 ore 10 presso la sede sociale, via dei Carracci 2**, Ci sono infatti una trentina di iscritti che devono essere informati delle iniziative di MD ed eventualmente interessati a partecipare ad esse

Si è discusso delle delibere della regione Lombardia sulla cronicità-presenza in carico. Si è constatato che, allo stato, l'attuazione delle delibere è fallita (*"la regione è finita in un cul de sac"*). Ma la regione continua ugualmente avendo fatto una nuova delibera al seguito dell'accordo raggiunto con l'Ordine dei Medici. Non sono stata fatte modifiche radicali (anche se noi pensiamo che l'unica vera modifica sarebbe la sua abrogazione). In effetti sono i MMG aderenti sono considerati *"clinical manager"*, ma sono rimasti i set e gli erogatori.

Il 28 novembre vi è stata l'udienza al TAR di Milano che è stata rinviata nel merito in relazione alla nuova delibera di cui sopra. L'udienza di merito dunque verrà fissata al seguito della presentazione dei motivi aggiunti da parte dei ricorrenti. Fra i sembra questi sembra che la SNAMI voglia rinunciare al ricorso per avere raggiunto, in parte, i propri obiettivi, ma non tutte le sezioni provinciali sembra siano d'accordo (in particolare Pavia).

Nel frattempo è uscita la delibera *"monstre"* delle cosiddette Regole per il 2019 (370 pagg). Antonio Muscolino relazionerà sui contenuti una parte dei quali riguarda la vicenda della cronicità.

SI E' COMUNQUE PENSATO DI FARE UN NUOVO GIRO NEI COMUNI E NEI LUOGHI INTERESSATI – ALLARGANDOLO ALLE PROVINCE CHE NON SONO STATE TOCCATE NEL PRIMO GIRO), PER RISPIEGARE IL TUTTO E DIRE CHE SI DEVE CONTINUARE NELLA STESSA DIREZIONE, quindi NON ADERIRE. SI DOVRA' SPIEGARE CHE COSA POSSONO E NON POSSONO FARE LE COOPERATIVE DI MMG CHE HANNO ASSUNTO IL RUOLO DI GESTORI.

SI E' IN PARTICOLARE VISTO DI TROVARE DEGLI STRUMENTI che possano sostenere il nostro sforzo:

Per intervenire sulle liste di attesa (che pesantemente permangono), dare indicazioni per attuare quanto previsto dalla legge 124/1998 articolo 3, ovvero di chiedere le prestazioni in libera professione intramoenia, quando si superano i tempi sta-

biliti (si veda la nota finale1)

Di dare indicazioni per opporsi alle dimissioni *"selvage"* dagli ospedali per le persone malate croniche non autosufficienti e i disabili gravi, in ordine alla attuazione delle leggi esistenti e parimenti spiegare come ci si deve comportare rispetto al pagamento delle rette delle RSA (nota 2)

Organizzare un corso di formazione sui temi generali e particolari oggetto dei nostri interventi (nota 3)

LA CONSULTA COMUNALE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE. La proposta fatta durante il convegno sui cronici del 27 ottobre a Palazzo Reale di Milano al sindaco di Milano è stata accolta. Il punto di partenza è il decreto del sindaco di Napoli che va adattato alla nostra situazione e quindi sancito formalmente dal Sindaco: si deve capire chi partecipa, ovvero a chi viene fatta la proposta, quindi occorre evitare di fare un parlamentino e/o un luogo permanente di litigi; stabilire piuttosto un programma di analisi e indagini (ad esempio come è stato fatto per i quartieri di Napoli conoscere la speranza di vita nei quartieri di Milano). Fare quindi un regolamento che preveda il modo di adesione e contenuti, (nota 4)

LA REALIZZAZIONE DELLE UNITA' SPINALI IN REGIONE LOMBARDIA. MD è stata protagonista della realizzazione della legge istitutiva delle Unità Spinali in Lombardia con una proposta fatta propria dal consigliere regionale di allora Pippo Torri (recentemente scomparso) e approvata dal consiglio regionale. Si è visto che tale legge è stata poco realizzata e che ha comunque necessità di essere adeguata alla nuova situazione; in merito a ciò è stato costituito un coordinamento regionale (che si ritrova presso l'Unità Spinale Unipolare di Niguarda) e sono stati interessati alcuni consiglieri regionali che si sono impegnati per raggiungere l'obiettivo. Recentemente è stata effettuata una audizione dalla Terza Commissione (SANITA') della Regione. Il coordinamento ha spiegato i motivi e ha richiesto una visita dei suoi componenti alla Unità Spinale di Niguarda). Si è pure pensato di fare un convegno sulle unità spinali anche in ricordo di Pippo Torri.

IL COMITATO PER LA DIFESA DELLA SANITA' PUBBLICA che si è costituito in zona ovest di Milano richiede sostegno: si sta opponendo all'unificazione dei due grandi Ospedali San Carlo e San Paolo che la Regione chiuderà non appena verrà

realizzato un nuovo grande ospedale al loro posto (con diminuzione dei posti letto) e presumibilmente con project financing. Ovviamente vi è la adesione di MD ed anche l'interesse ad intervenire nel merito di due altre chiusure quelle dell'Istituto dei Tumori e del Besta con loro trasferimento a Sesto San Giovanni nel terreno della ex Falck. Potrebbe anche essere opportuno che la Rete per il diritto alla Salute di Milano e Lombardia, con l'apporto di MD elenchi le situazioni di crisi della sanità in Lombardia (gli ospedali che chiudono (e riaprono nuovi – forse -), le Maternità, gli ambulatori e in generale i servizi territoriali che chiudono o si riducono, sia per una denuncia che per un'azione comune.

EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE. Epidemiologia e Prevenzione, rivista scientifica sui temi della salute è stata fondata come MD da Giulio Macca-carò. Ora si trova in difficoltà economiche, Ci sembrerebbe grave se terminasse le sue pubblicazioni. Sentiamo come MD che questa rivista è anche per noi e anche, pur non formalmente, ci appartiene. Dobbiamo vedere che fare per sostenerla: si potrebbe per cominciare sostituire Luigi Mara nel comitato editoriale e comunque collaborare con nostri articoli. Si potrebbe poi fare un accordo per abbonare ad epidemiologia i soci di MD chiedendo un ritocco all'iscrizione e un ulteriore contributo alla redazione.

RETE EUROPEA E CAMPAGNADICO32. L'attacco al diritto alla salute non è limitato all'Italia, anzi in certi paesi europei è stato ed è molto pesante a partire dal National Health Service inglese che è stato il primo ad essere fondato ed il primo ad essere destrutturato. Si è costituita una Rete Europea (Reseau Europeenne contre la commercialisation et la privatisation de la Santé) con sede a Bruxelles, cui abbiamo aderito come MD e come Rete per il diritto alla salute di Milano e Lombardia: in questo si sta muovendo sia nei singoli paesi a difesa della sanità pubblica, ma in particolare ora, in funzione delle elezioni europee per un interesse dell'Unione Europea sui temi della sanità (oltre a quelli sui farmaci e sull'inquinamento ambientale): è prevista una manifestazione a Bruxelles su un documento redatto e approvato dalle attuali associazioni, sindacati e movimenti che ne fanno parte. Ci sarà una prossima riunione a Roma per entrare nel merito e discutere delle iniziative in corso. (nota 5)

A cura della Sezione di Medicina Democratica di Milano



INFORMARE E' PREVENIRE (SE RIESCI A CONOSCERE)

Entrare in possesso di informazioni ambientali dettagliate è sempre stato un problema, nonostante l'evoluzione normativa, soprattutto se chi le detiene sa che chi le chiede è in grado di valutarle e quindi può impostare nuove richieste o costruire delle vertenze sulla base di quelle informazioni.

Non sorprende, ma mai bisogna assuefarsi, se le istituzioni non solo non si fanno parte diligente per informare le popolazioni mettendo a disposizione (ad esempio) sui siti web i dati e gli atti relativi (ad esempio le autorizzazioni ambientali delle attività) ma negano o centellinano le informazioni quando vengono richieste con tutte le formalità e i riferimenti precisi che i regolamenti vigenti impongono ai cittadini.

Posso raccontare in breve uno di questi casi che verrà poi maggiormente illustrato sul sito di Medicina Democratica e farà parte di un prossimo numero della nostra rivista cartacea dedicato al ciclo del fluoro (dalla fluorite alle padelle antiaderenti

passando dalla Fluorsid, alla Solvay, alla Miteni, al buco dell'ozono, ai PFAS e ad altre attività caratterizzate dall'utilizzo di fluoro inorganico e organico).

Il caso riguarda gli impianti Solvay di Spinetta Marengo (AL): a fine agosto la stampa locale dà notizia di un episodio di contaminazione da sostanze fluorurate che ha interessato la popolazione, registrato dal sistema di monitoraggio (parziale) previsto dalla autorizzazione vigente. Il caso viene sollevato da Arpa con una conferenza stampa in cui si accenna sia alla responsabilità aziendale dell'evento sia alla mancata segnalazione dello stesso con la tempestività prescritta dalla autorizzazione.

Per vederci chiaro, a nome di Medicina Democratica, invio (17.09.2018) una richiesta alla Provincia in quanto è questo ente che ha la competenza e gli obblighi di controllo sulle attività sottoposte ad AIA come pure sulle emissioni industriali in atmosfera e sulla qualità dell'aria. Mentre Arpa (dalla costitu-

zione delle Agenzie a seguito dell'improvvido esito referendario del 1992 che ha sottratto le competenze ambientali alle allora USSL) è un organismo tecnico che risponde e di cui si avvalgono le istituzioni per il controllo e la definizione di proposte tecniche (mai dimenticare ruoli e competenze!).

La richiesta inviata riguarda sia i dati disponibili relativi al rilascio del 1.08.2018 come pure la relazione annuale dell'impresa più recente e i risultati dell'ispezione ordinaria di Arpa. Per meglio inquadrare l'evento abbiamo richiesto anche una relazione (che l'azienda doveva produrre poco dopo il rilascio della vigente autorizzazione – AIA - nel 2010) relativa alla "modellizzazione" (simulazione) delle ricadute delle emissioni dei principali punti di emissione.

Con questo documento – pur di provenienza del gestore – era possibile capire, a partire dal dato di ricaduta quale poteva essere, approssimativamente, il livello emissivo all'origine (al camino) trattandosi di parametro particolare che non viene sottoposto a monitoraggio in continuo (e su questo vi sarebbe da dire) oppure, con i dati "sul campo" rilevati, valutare la correttezza del modello teorico di ricaduta.

La risposta della Provincia è del 30.10.2018; nella stessa, incredibilmente, si afferma di nulla sapere di quanto verificato da Arpa, testualmente *"Quanto alla Loro richiesta relativa alla documentazione inerente gli esiti della verifica del 1 agosto 2018, si precisa che l'istanza deve essere rivolta all'A.R.P.A., non avendo questo Ente partecipato alla conferenza stampa e non avendo copia del documento citato in tale sede."*

La Provincia, inoltre fornisce solo parte della documentazione richiesta *"con esclusioni dovute a ragioni di tutela della proprietà intellettuale e/o di riservatezza industriale e commerciale"*. Viene messo a disposizione (li metteremo a nostra volta a disposizione sul sito di Medicina Democratica) la relazione annuale della società e il rapporto ispettivo di Arpa, senza allegati (senza analisi) e con esclusioni per lo più riferite a dati di produzione.

Se fosse solo questione di dati produttivi, non ci sarebbe molto da questionare (la normativa permette di escludere dall'accesso dei dati "industriali" ma non possono essere esclusi dati ambientali inclusi quelli emissivi) ma tra i "segreti" vi sono anche gli allegati (tecnici) alle relazioni (e quindi dati puntuali e non sintetici) e il modello diffusionale delle ricadute prescritto dalla AIA.

Dopo una nota alla Provincia (2.11.2018) che non

ottiene alcuna risposta si riprova con una nuova richiesta (12.11.2018) indirizzata sia alla Provincia che ad Arpa.

Arpa risponde (il 27.11.2018) con una nota di due pagine, alquanto sommaria, sull'evento del 1.08.2018 (in cui comunque si rileva la necessità di migliorare il sistema di monitoraggio come il rispetto dell'obbligo di segnalazione di ogni anomalia da parte dell'azienda), per il resto chiede perché insistiamo nel chiedere la documentazione mancante e "rimpalla" alla Provincia.

All'esito della risposta su quanto richiesto da Arpa, quest'ultima (20.12.2018) rimpalla nuovamente alla Provincia (*"si comunica che, per quanto riguarda la scrivente Agenzia, in riferimento ai documenti oggetto dell'istanza di accesso, Arpa Piemonte, non ha la titolarità del procedimento"*), la Provincia? Non pervenuta nemmeno a motivare quello che formalmente non è un diniego di accesso ma la fornitura di dati parziali e per questo di ridotta lettura per capire l'attuale impatto delle produzioni.

Ovviamente non intendiamo darla vinta, soprattutto di fronte a un diritto (di tutti i cittadini) chiaramente sancito dalla normativa ambientale (non si tratta di gentile concessione degli enti) di cui intendiamo usufruire pienamente e non *"a spizzichi e bocconi"*. Riferiremo sui risultati delle richieste e soprattutto sul contenuto, pur parziale della documentazione disponibile. Non sarebbe male che anche tali questioni siano trattate nella iniziativa indetta da Legambiente ad Alessandria per la sera del 18.01.2019 ore 21, ex Taglieria del Pelo, via Wagner 38/D.

Marco Caldiroli - Castellanza

