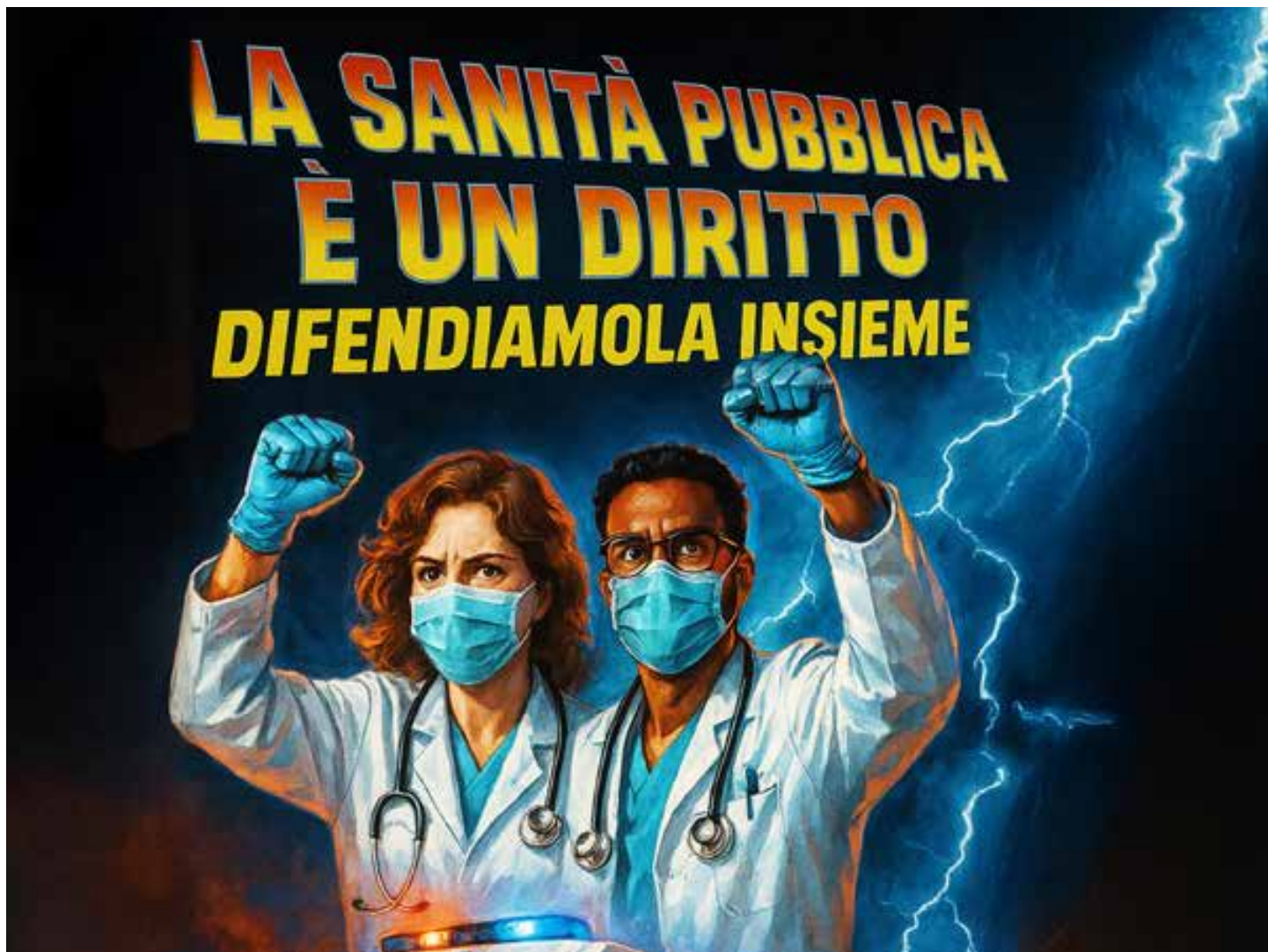




didascalìa /illustrazione yaia (CC)

Per una Nuova Medicina del Territorio

In questo intervento vogliamo mettere in evidenza i danni clamorosi provocati dallo smantellamento, ormai quasi completo, operato nei confronti della medicina del territorio. Intendiamo con questo termine riferirci alla rete di distretti sanitari di quartiere, agli ambulatori di medicina generale, alla

medicina scolastica, ai centri vaccinali, ai consultori familiari, vale a dire a quella rete di presidi sanitari territoriali che esistevano fin dai tempi delle mutue e che, dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978 in poi, sono stati progressivamente smantellati quasi completamente. Questa rete, per

quanto imperfetta, consentiva almeno di tenere sotto controllo epidemiologico le malattie infettive presenti sul territorio e di intervenire al domicilio dei pazienti in caso di necessità.

Abbiamo già segnalato che privilegiare le strutture ospedaliere rispetto a

continua a pag. 2

indice

pag. 1, 2, 3

Editoriale:

Per una Nuova Medicina del Territorio

pagina 4, 5, 6

“Disuguaglianze nell’accesso alle cure in Italia”

pagina 7

Una sala operatoria nella Selva Lacandona

pagina 10, 12

Dati sul Genocidio, e sulla crisi umanitaria nella striscia di Gaza e in Cisgiordania

pagina 11

Gli operatori sanitari non sono un obiettivo.



**We
Love
Gaza**



dalla prima pagina

Editoriale

Quelle territoriali è funzionale alla concentrazione dei profitti capitalistici nella sanità, cosa che appare evidente dalle dimensioni sempre più grandi assunte dagli ospedali e dalla chiusura di quelli più piccoli.

Ma, per tornare alla contraddizione ospedale/territorio, puntare sulla centralità dell'ospedale all'interno della struttura sanitaria, per quanto funzionale alla concentrazione dei profitti capitalistici, comporta alcune conseguenze tutt'altro che irrilevanti. Infatti la medicina ospedaliera è una medicina sostanzialmente di attesa quando non, in alcuni casi, addirittura difensiva, cioè aspetta che il paziente si rechi presso la struttura, mettendo così in forse anche la possibilità di una diagnosi precoce della patologia.

Quanto alla prevenzione gli ospedali, soprattutto quelli più grandi, con l'eccezione quindi di qualche piccolo presidio ospedaliero, la



maggior parte dei quali però è stata chiusa, non hanno alcun rapporto con il territorio circostante e non ne conoscono le criticità sanitarie, quindi non hanno alcuna possibilità di effettuare una medicina preventiva sul territorio, cosa neanche prevista fra i loro compiti.

Questa situazione è ulteriormente peggiorata a causa della progressiva privatizzazione delle strutture sanitarie e quindi agitare l'obiettivo di una sanità pubblica e gratuita è certamente giusto, visto che, se guardiamo la

questione dal punto di vista operaio, comunque stiamo parlando di una parte consistente di salario indiretto.

Come già detto in precedenza il regime si è accorto della crisi della medicina generale ma, nelle sue proposte, non va oltre una rete di poliambulatori, o Case di Comunità, che, ammesso che siano realizzati, potrebbero garantire al massimo una diagnosi precoce delle malattie e una terapia più tempestiva. Non è previsto che questi poliambulatori possano costituire una rete

Editoriale

di rilevazione dei fattori di rischio e di prevenzione sul territorio.

L'allungamento della vita media si è tradotto in un numero crescente di persone anziane bisognose di assistenza. Crescono inoltre le malattie croniche come ipertensione e diabete, dovute per lo più ad una alimentazione scorretta e a cibi sempre più adulterati, o a stili di vita potenzialmente patogeni legati a stress da lavoro, condizioni di vita precarie, problemi economici, nuove povertà. Le ASL hanno abbandonato totalmente il settore della assistenza a domicilio, non disponendo più di personale adatto alla bisogna e limitandosi ad erogare dei bonus o voucher da utilizzare per accedere al mercato delle cooperative di assistenza accreditate dalla Regione.

In tutta questa confusione scompare la prevenzione. In campo medico si parla molto poco di inquinamento ambientale e sui luoghi di lavoro, delle scorie chimiche, delle malattie da onde elettromagnetiche (cellulari, antenne, ripetitori, cavi elettrici ecc.), delle radiazioni nucleari (dopo Chernobyl e la guerra in Jugoslavia con le bombe a uranio impoverite gettate nell'Adriatico c'è stato un forte aumento delle malattie della tiroide), delle malattie psichiche da stress lavorativo, da mobbing, da rapporti sociali e interpersonali sempre più conflittuali.

Una vera medicina del territorio deve essere principalmente preventiva e affrontare tutti questi problemi con mentalità aperta, collegandosi a collettivi di quartiere, associazioni ecologiche, a movi-

menti per una alimentazione più naturale ecc. operanti sul territorio.

Sarebbe necessario anche ritornare alle forme di autogestione della salute, proprie del primo movimento operaio, che hanno ritrovato poi un nuovo momento di esplosione nelle lotte degli anni 70.

Vogliamo segnalare in quegli anni le lotte contro la nocività in fabbrica, la formazione nelle fabbriche dei gruppi omogenei di rischio che valorizzavano la soggettività operaia contro la presunta oggettività dei tecnici sanitari o medici di fabbrica. E poi le lotte dei collettivi femministi per l'autogestione dei consultori, per la contraccezione e la libertà di decisione delle donne sul proprio corpo e sulla propria salute, contro il potere medico.



“Disuguaglianze nell’accesso alle cure in Italia”

Trentennale AMP (Ambulatorio Medico Popolare) Report dell’incontro del marzo 2024

L’Ambulatorio Medico Popolare (AMP) è un’associazione legalmente riconosciuta, autogestita e autofinanziata che ha iniziato la sua attività in difesa del diritto alla salute nel giugno 1994. Trova sede in alcuni spazi della casa occupata in via dei Transiti 28 a Milano, ristrutturati ed attrez-

zati grazie ad una vasta campagna di sottoscrizione popolare.

In questi anni le attività dell’AMP hanno affrontato diversi ambiti delle politiche sanitarie: dalla assistenza sanitaria di base gratuita per tutti, con un ambulatorio aperto due pomeriggi alla settimana, all’informa-

zione e alla organizzazione di campagne di lotta sul diritto alla salute.



Nell’introduzione, da parte di una compagna dell’associazione ambulatorio medico popolare (AMP) si spiega che questo rappresenta il primo incontro di tre, organizzati in occasione del trentennale dalla fondazione dell’AMP. La scelta degli argomenti deriva da una discussione interna sulle cause che hanno portato ad una sempre maggiore riduzione del diritto all’accesso alle cure. Per questo motivo il primo argomento è quello delle disuguaglianze nell’accesso mentre i seguenti riguarderanno nello specifico le carenze sia della medicina territoriale sia della specialistica. Nell’analisi della discussione interna, queste disparità è stata giudicata come la diretta conseguenza dell’entrata massiva del privato nella gestione pubblica della salute. Ciò ha determinato il passaggio da una situazione in cui esisteva, nel bene e nel male, il primato della cura ad una condizione in cui il primato è quello del profitto. Le disuguaglianze nell’accesso alle cure rischiano di accrescersi notevolmente con il progetto politico della cosiddetta: “Autonomia Differenziata”.

Sull’ingresso crescente dei pri-

vati è stato chiesto un intervento al Dr Vittorio Agnoletto, mentre sul progetto di legge dell’autonomia differenziata è stato richiesto il contributo della rete “Tanta Salute per Tutti”. Per dare voce alle condizioni più estreme di negazione dei diritti è stato chiesto anche un contributo sulla condizione dei soggetti sotto detenzione amministrativa (CPR) e per quelli rinchiusi all’interno del sistema carcerario. Per questo motivo è stato previsto un contributo della “Rete No-CPR” e di OLGA (E’ ora di liberarsi dalle galere).

Il Dr Vittorio Agnoletto parte dall’approvazione della Riforma Sanitaria del 1978 che fonda un Servizio Sanitario Nazionale unico che va a sostituire il sistema assistenziale delle mutue che dipende dalla professione del capofamiglia. Si tratta del punto di arrivo di un ciclo di lotte iniziate alla fine degli anni 60 ma che hanno esaurito la forza iniziale al punto che, nel momento in cui dovevano essere prodotti dei decreti attuativi, il movimento da cui è nata la riforma non è stato in grado di determinare mai una sua completa applicazione.

Alcuni punti tematici sono stati

poi affrontati;

• **Privatizzazione e Mercato:** si denuncia una crescente privatizzazione del sistema sanitario, soprattutto in Lombardia, dove la “competizione tra operatori pubblici e privati” è diventata un “mercato o quasi mercato”. Questo approccio, secondo Vittorio Agnoletto, è in contrasto con l’articolo 32 della Costituzione che tutela la salute come “fondamentale diritto dell’individuo” e non come una merce.

• **Ticket e Intramoenia:** L’introduzione dei ticket e dell’intramoenia vengono criticate come strumenti che limitano l’accesso alle cure per i meno abbienti, favorendo un sistema sanitario a due velocità. L’intramoenia, nata come opzione per ricevere cure specifiche da determinati medici, è diventata un mezzo per “saltare le liste” e per i medici di esercitare attività privata dentro le strutture pubbliche.

• **Accreditamento del Privato:** L’accreditamento indiscriminato di strutture private da parte della regione Lombardia ha portato a un sistema dove “il privato convenzionato vive sulle spalle del pubblico”, scegliendo le patologie più redditizie e trascu-

“Disuguaglianze nell’accesso alle cure in Italia”

da pagina 4

rando l’emergenza e la medicina di base.

• **DRG e Logica Prestazionale:** Il sistema DRG (Diagnosis-Related Group), che associa un corrispettivo economico a ogni prestazione sanitaria, spinge verso una medicina “prestazionale” che frammenta la cura e trascura la visione olistica del paziente. Questa logica porta a preferire servizi più remunerativi, come trapianti cardiaci rispetto a cure meno costose ma necessarie.

• **Differenze in Sanità tra Pubblico e Privato:**

Il privato in sanità investe per guadagnare e guadagna sulla malattia e sui malati mentre perde profitti e guadagno sulla salute, su chi guarisce. Il pubblico dovrebbe avere l’obiettivo opposto, ovvero di prevenire la malattia e diminuire i costi, contrapponendosi così ad uno degli obiettivi del privato. L’intervento si conclude con la presentazione dell’iniziativa Lombardia Sicura

Successivamente interviene la **Rete Tanta Salute a Tutti**. Si tratta di una rete creata fra diverse realtà che, nel corso della pandemia, hanno avuto modo di vedere lo sfascio del Servizio Sanitario Regionale Lombardo durante la pandemia, quando, per fare fronte al COVID, tantissimi pazienti cronici sono stati letteralmente abbandonati. Una particolare attenzione è stata destinata alla cosiddetta autonomia differenziata. Sottolineiamo, anche in questo caso, alcuni punti tematici.

• **Disuguaglianze Sociali e Diritto alla Salute:**

Si sottolinea come le disuguaglianze sociali, come condizioni abitative, lavorative, e ambientali, incidano pesantemente sulla salute e sull’accesso alla cura. La disparità nell’aspettativa di vita tra quartieri diversi della stessa città (citando l’esempio di Glasgow) è un chiaro indicatore di questo divario.

• **Inquinamento e Disparità:** “L’impatto dell’inquinamen-

to è maggiore dal 40-60% nei quartieri periferici di Milano” portando a anni di vita persi e aumentando la disuguaglianza nella salute.

• **Autonomia Differenziata (DDL Calderoli):** La riforma sull’autonomia differenziata viene vista come una minaccia all’uguaglianza nell’accesso alle cure, poiché consentirebbe alle regioni di trattenere il gettito fiscale e di legiferare in modo autonomo, creando di fatto “20 diversi sistemi sanitari” e rafforzando la frattura nord-sud.

• **LEP vs LEA:** Si evidenzia il pericolo del passaggio dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), che garantiscono un’assistenza universale, ai LEP (Livelli Essenziali di Prestazione). Da notare, anche in questo caso, il passaggio da uno sistema che ha come obiettivo la cura ad un secondo in cui l’obiettivo principale è prestazione erogata. I LEP, infatti, focalizzati sulle singole prestazioni, rischiano di frammentare il sistema sanitario accentuando così le disuguaglianze.

• **Migrazione Sanitaria:** L’autonomia differenziata favorirà una “migrazione sanitaria”, con persone che si spostano da regioni con minori risorse a quelle più ricche per ricevere cure me-

diche.

A seguire il contributo di una psicologa della **Rete No-CPR**. CPR è un acronimo che indica: Centri di Permanenza per il Rimpatrio. Anche per questo intervento sottolineiamo alcuni punti tematici.

• **Detenzione Amministrativa:** I CPR sono luoghi di detenzione amministrativa dove persone vengono rinchiusi per un illecito amministrativo, come la mancanza di documenti in regola. La retorica secondo cui dentro ci sono solo “criminali” è falsa.

• **Violenza e Tortura:**

Si descrivono i CPR come luoghi “psicopatogeni”, caratterizzati da violenza fisica, psicologica, e abuso di psicofarmaci. La carenza di personale e l’assenza di attività rendono i CPR luoghi di tortura dove viene negato, di fatto, il diritto alla salute psicofisica. Citando testualmente dall’intervento: “I CPR sono dei luoghi violenti proprio apposta... sono dei lager di stato, luoghi torturanti e vanno chiusi tutti”

• **Invisibilizzazione:**

I CPR sono luoghi resi “invisibili e invisibilizzanti” per le persone che vi sono rinchiusi, spesso lontani dal centro delle città.



“Disuguaglianze nell’accesso alle cure in Italia”

da pagina 5

• Obiezione di Coscienza Medica:

Viene lanciata una campagna per chiedere ai medici l’obiezione di coscienza contro la dichiarazione di idoneità delle persone a vivere in questi luoghi.

Quindi, anche il contributo di **OLGA** è stato schematizzato sottolineando alcuni punti.

Il Sistema Carcerario;

• **Sanità in Carcere:** La situazione sanitaria nelle carceri è critica a causa della carenza di personale, delle condizioni degradate, e del sovraffollamento. Le cooperative private che gestiscono i servizi sanitari spesso non garantiscono standard adeguati.

• Privatizzazione e Profitti:

Anche in carcere, la logica privatistica e la ricerca del profitto prevalgono sulla qualità dei servizi, come dimostra il caso del consorzio HCM. Infatti per tamponare le carenze dell’organizzazione sanitaria, a causa di un apalto vinto al ribasso, personale di ospedali pubblici (Ospedali San Carlo e San Paolo), è stato costretto a staccarsi dai propri

compiti istituzionali per lavorare in carcere.

• Isolamento e Malattie:

L’isolamento e la mancanza di assistenza sanitaria portano a gravi danni fisici e psicologici per i detenuti, con un alto tasso di suicidi.

• **Disparità:** Nelle carceri, come in tutta la società, le disuguaglianze sociali sono evidenti: “la grande maggioranza dei detenuti è proletaria” e “una quota molto molto elevata... è di immigrati”.

Dall’ampia discussione successiva veniva sottolineata la:

Contrapposizione tra la finalità della cura e la finalità del profitto in sanità;

Il primato del profitto porta a valorizzare il numero delle prestazioni (talvolta anche inutili) piuttosto che un organico piano di cura. In particolare viene sottolineato il ruolo delle assicurazioni integrative private che coprono prestazioni di check-up anche senza prescrizione medica. Inutile dire che nei contratti

di lavoro è ben diversa la copertura data ai dirigenti rispetto a quella di impiegati ed operai.

Definanziamento della sanità pubblica e mancata programmazione, sulla base dei bisogni della popolazione, sono alla base delle carenze del Servizio Sanitario Nazionale. Lo smantellamento della medicina territoriale, le liste d’attesa infinite ed i Pronto Soccorso presi d’assalto rappresentano aspetti diversi della stessa scelta politica di dare la priorità al profitto sulla cura.

In conclusione, il quadro della situazione in Italia è preoccupante e caratterizzato da un sistema sanitario sempre più privatizzato e, di conseguenza inefficace ed ineguale, da luoghi di detenzione violenti e disumani che derivano da politiche repressive che criminalizzano il dissenso e marginalizzano le persone più vulnerabili. È evidente la necessità di un cambiamento radicale che rimetta al centro i principi di uguaglianza, solidarietà e rispetto dei diritti umani.

Una sala operatoria nella Selva Lacandona

Campagna di solidarietà con la salute autonoma zapatista

1° Dicembre 2024 – 1a fase di raccolta fondi terminata il 10 aprile 2025

“Non puoi pensare alla salute senza pensare al fiume”

“Non puoi pensare alla salute senza pensare alla Madre Terra. Se lei non è sana, non c’è salute.”

Dunque, abbiamo iniziato da qui, dalla cura della Madre Terra, togliendole il dolore, le ferite, la stanchezza e la malattia che le hanno imposto alcuni nel suo corpo con la chimica, con i fertilizzanti, violentandola per avere più profitti. Bene.... questo la chiamano “prevenzione”.

(dal dialogo con un promotor de salud ad Oventic)

Cos’è la campagna “Una sala operatoria nella Selva Lacandona”?

La Rete EuropaZapatista, composta da organizzazioni, collettivi e gruppi di vari territori europei, solidali con le comunità autonome ribelli zapatiste del Chiapas-Mexico, ha lanciato questa campagna con tre obiettivi:

- ottenere l’attrezzatura necessaria per le sale operatorie nelle cliniche e negli ospedali autogestiti zapatisti;

- diffondere la lotta zapatista per una salute integrale per i popoli indigeni del Chiapas;

- far conoscere le realtà, le difficoltà e i successi nella costruzione di un sistema sanitario autonomo, indipendente dai governi, dai loro finanziamenti e dalle loro politiche.

All’epoca dell’insurrezione armata del 1994, la morte e la povertà colpivano duramente l’infanzia e le partorienti nelle comunità indigene. Le cosiddette “malattie della povertà” come infezioni intestinali, respiratorie ed epidemiche, malnutrizione, paludismo, febbre, diarrea e malattie della pelle, abbondavano tra i bambini e le bambine.

Spesso le malattie non riuscivano ad essere curate per l’assenza dei servizi e per la mancanza di una clinica vicina. Sebbene si trattasse di malattie perfettamente curabili, un alto numero di morti avvenivano per mancanza di cure mediche e farmaci, rendendo l’aspettativa di vita alla nascita tra le più basse del paese.

All’epoca non si aveva una chiara idea del numero delle nascite e dei decessi perché le istituzioni governative basavano le statistiche sui certificati di nascita e di morte, documenti ufficiali inesistenti per la popolazione indigena della maggior parte dei municipi, considerati ad altissima marginalità.

Ed è per questo che decisero di sollevarsi in armi e hanno gridato “Ya basta” alla miseria, all’umiliazione e alla repressione, per costruire una salute e una vita dignitosa per tutti e tutte.

Oggi a 31 anni dalla loro sollevazione sono riusciti a creare un sistema di salute autonomo

gestito dai promotori e dalle promotrici della salute che, ponendo particolare attenzione alla prevenzione, ha costruito farmacie, dispensari e cliniche nelle comunità, anche nelle più remote, e cliniche più grandi che permettono anche il ricovero a livello regionale. I pazienti, siano essi zapatisti che non, vengono curati e trattati senza alcuna differenza, con una sapiente combinazione di conoscenze tradizionali e medicina moderna allopatrica. Oggi, la mortalità infantile e quella materna al momento del parto appartengono al passato.

Per meglio comprendere l’importanza di questa campagna di solidarietà promossa dalla Rete EuropaZapatista, non dobbiamo dimenticare che la salute rappresenta una delle rivendicazioni fondamentali del movimento zapatista, insieme a terra, lavoro, educazione, alimentazione, indipendenza, democrazia, libertà pace e giustizia.

Come partecipare alla campagna “Una sala operatoria nella Selva Lacandona”.

Organizzando eventi e presentazioni pubbliche su questo progetto, informando persone e collettivi che potrebbero essere interessati a partecipare. Contribuendo con un sostegno economico solidale e a tale scopo la rete ha lanciato una raccolta fondi on line con l’obiettivo di raccogliere 50.000 €. Tale raccolta che ha avuto inizio il 1° dicembre 2024 è terminata il 10 di aprile 2025, ha già raggiunto l’obiettivo prefissato con due settimane di anticipo.

Ora si passa alla fase due, ma avremo modo di parlarne in seguito.

APRILE

Lu	Ma	Me	Gi	Ve	Sa	Do
	01	02	03	04	05	06
07	08	09	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	01	02	03	04

Ci sono persone così.....

Che lottano, quando la maggior parte si arrende.

PUOI SUPPORTARE LA CAMPAGNA ACQUISTANDO IL CALENDARIO

SCANSIONA IL QR CODE A FIANCO PARTECIPA ALLA RACCOLTA FONDI

PARTECIPA AL CROWDFUNDING



SCAN ME

TUTTI HANNO DIRITO A VISITE ED ESAMI NEI TEMPI ADEGUATI!
SI PUÒ FARE! E NOI LO STIAMO GIÀ’ FACENDO !
FACCIAMOLO INSIEME, RIVOLGITI ALLO SPORTELLO PIU’ VICINO

INDIRIZZO SPORTELLO	TELEFONO	ORARI APERTURA	E-MAIL
Varese c/o Coop. Lotta contro l'emarginazione via Del Cairo 29	3202395237	ME 18-20	sportellovacairo@soslistedattesava.it
Varese c/o ACLI - via Speri della Chiesa 7/9	03322812204	GIO 9.30-11.30 su app.	sportellovasperi@soslistedattesava.it
Varese c/o CGIL - via Bixio 37	03321956998	MA 16-18	sportellovabixio@soslistedattesava.it
Busto Arsizio c/o CGIL - via Caprera 1	03321956995	ME 15-17	sportellobustoa1@soslistedattesava.it
Gallarate c/o CGIL - via del Popolo 1	03321956716	VE 9-11	sportellogallarate1@soslistedattesava.it
Gallarate c/o ACLI - via Agnelli 33	3783027825	MA 9-11 su app.	sportellogallarate2@soslistedattesava.it
Laveno Mombello c/o SPI CGIL - via Veneto 13	3513570724	LU 9.30-12	sportellolaveno@soslistedattesava.it
Marchirolo c/o SPI CGIL - via Dante 14	03321956996	MA 15.30-17.30	sportellomarchirolo@soslistedattesava.it
Ispra c/o ACLI - via Madonnina del Grappa 12	3534033431	ME 14.30-16 su app.	sportelloispra@soslistedattesava.it
Saronno c/o CGIL - via Maestri del Lavoro 2	03321956997	VE 10-12	sportellosaronno@soslistedattesava.it
Cassano Magnago c/o ACLI - via XXIV Maggio 1	3534291906	ME 9.30-11 su app.	sportellocassano@soslistedattesava.it
Milano Gratosoglio c/o GTA - via Lelio Basso 7	3780842033	LU 18-20	sportellosalutegratosoglio@gmail.com
Milano c/o Baia del Re - via Palmieri 8	3780601426	ME 17.30-19.30	baiaindirigibile@gmail.com
Milano c/o ACLI Gorla Don Piercamillo via Asiago angolo via Aristotele	0227006138	VE 10-12	gorla@aclimilano.com
Milano c/o ACLI Gallaratese - via Ugo Betti 62/a	3665327694	MA 14-17	acligalia@gmail.com
Milano c/o Ambulatorio Medico Popolare via dei Transiti 28		LU 15-18 su app. GIO 17-19 SA 11-13	ambulatorio.popolare@inventati.org
Legnano c/o PRC - via S. Bernardino 12	3208644621 3513262174	GIO su app.	sportellosalutelegnano@gmail.com
Melegnano c/o Circolo Vittoria6 - piazza Vittoria 6	3775938222 3333216795	GIO 10-12	dirittisalute.melemarte@gmail.com forumsalutecircolovittoria6@gmail.com
Limbiate c/o ACLI - via Garibaldi 12	0299692246	GIO 9.30-12	
Cologno Monzese c/o ACLI - piazza S. Matteo 13/a	0226708349	GIO 9-12	acli.cologno@tin.it
Limite di Pioltello c/o ACLI - via Gramsci 2/c	0292166514	GIO 9-12	s.o.s.limite@gmail.com
Cernusco S/N Salute c/o PRC via Fatebenefratelli 9		MA 10-12	coord.salutemartesana.cernusco@gmail.com
Codogno C.L.D.S c/o CGIL - via Pietrasanta 3	3404091652	MA 10-12	LODIGAP@pec.it
Casalpusterlengo C.L.D.S c/o Acli - via Marsala 29	0377 84231	LU 10-12	
Lodi C.L.D.S. c/o Lodi Comune Solidale Corso Adda 96	3357208018	ME 10-12	
Lodi C.L.D.S. CGIL - via Lodivecchio	3511879534	GIO 10-12	
S. Stefano Lodigiano C.L.D.S.	329 2026355	SA 10-12	
Zelo Buon Persico C.L.D.S.	347 9722603	Prossima apertura	
Bergamo Comitato d'Azione per la Sanità Pubblica		Prossima apertura	
Treviglio c/o Unione Inquilini - via B. Zenale 1	333 7139122	GIO10-12	piero.jamoletti@alice.it
Cremona c/o Comitato Cremonese Tutela Sanità Pubblica	3471225908	Prossima apertura	g.grazioli46@gmail.com
Brescia c/o casa della sinistra - via Eritrea 20/e	3513714413 WhatsApp per appuntamenti	LU 17.30-19.30	Sosdiritti.sportello.brescia@gmail.com
Brescia c/o circolo centro storico via Porta Pile 19/f	3513714413 WhatsApp per appuntamenti	ME 17.30-19.30	Sosdiritti.sportello.brescia@gmail.com

...E TANTI ALTRI STANNO APRENDO! SEGUICI SUL SITO
sportellisalute.lo.it

CONTATTACI ALL'INDIRIZZO
info@sportellisalute.lo.it

sportellisalute.lo.it

Gli sportelli difesa della salute cercano di ricostruire una compagine sociale in grado di lottare per difendere i diritti che (teoricamente) la legge riconosce. La “sorpresa” è che molto spesso ci riescono, più del 90% dei ricorsi effettuati (e ormai sono diverse centinaia) hanno trovato una soluzione adeguata. Certo NON è un percorso breve ne facile, anzi è impegnativo e faticoso, ma, finché risulterà vincente, sarà una opportunità importante per ricostruire una unità di lotta nei quartieri. Per ora riusciamo ad intervenire efficacemente sui tempi di attesa delle visite e delle analisi, ma intendiamo allargare gli interventi anche agli altri aspetti della sanità. Una caratteristica importante di questa realtà è costituito dalla sua rapida diffusione. Un anno fa in Lombardia c'erano 8 sportelli, oggi ce ne sono 40 e tanti altri ne stanno nascendo. Questo fatto è una parte del tentativo di superare la dimensione individuale dei ricorsi e dare al movimento una dimensione collettiva. Certo essere in tanti NON è l'unico aspetto e forse non è neppure quello determinante, ma più siamo e più ci avvicineremo ad un movimento collettivo che vuole una sanità per tutti, gratuita, efficiente e quindi necessariamente PUBBLICA.

Dimenticavo... gli sportelli NON sono un servizio (i servizi si pagano in un modo o nell'altro) Gli sportelli sono uno strumento per difenderci insieme e per ritrovare unità e dignità, sono gratuiti, ma hanno bisogno della collaborazione di tutti. Quindi quando avrai provato sulla tua pelle l'efficacia di questo strumento non dimenticarti di collaborare, di dare il tuo aiuto nella misura delle tue possibilità di tempo. L'elenco degli sportelli che vedi, è solo una fotografia scattata da qualche settimana, ma che certamente oggi sarebbe più grande. Per questo se non trovi uno sportello vicino a te rivolgiti a info@sportellisalute.lo.it Ti aspettiamo per aiutarti e per farci aiutare!!

STAY HUMAN

STOP BOMBING GAZA

25 APRILE 2025

DAL 7 OTTOBRE, ALMENO 51.266 PALESTINESI SONO STATI UCCISI A GAZA E 116.991 SONO STATI FERITI. INCLUDONO 15.613 BAMBINI, 8.304 DONNE, 3.839 ANZIANI E 22.265 UOMINI. TRA I BAMBINI UCCISI, 825 AVEVANO MENO DI 12 MESI, MENTRE 274 BAMBINI SONO NATI E UCCISI

FONTE:

AGENZIA DELLE NAZIONI UNITE PER IL SOCCORSO E L'OCCUPAZIONE DEI RIFUGIATI PALESTINESI (UNRWA)

Dati sul Genocidio, e sulla crisi umanitaria nella striscia di Gaza e in Cisgiordania

aggiornamento Aprile 2025

FONTE:



AGENZIA DELLE NAZIONI UNITE
PER IL SOCCORSO E L'OCCUPAZIONE
DEI RIFUGIATI PALESTINESI (UNRWA)

PERMANENT CEASEFIRE!

DATI GENERALI SULLE VITTIME E FAMIGLIE PALESTINESI (fino a gennaio 2025)

MASSACRI

10.100 massacri commessi
dall'esercito israeliano.



MORTI E DISPERSI

61.182 morti e dispersi.
14.222 dispersi (salme
non registrate).
46.960 salme registrate
negli ospedali.



FAMIGLIE ANNIENTATE

2.092 famiglie
completamente
annientate
(5.967 morti).
4.889
famiglie
annientate
(oltre 8.980 morti).



DATI SULLE MORTI DI BAMBINI E NEONATI STUDENTI e loro STATO DI SALUTE



214 neonati uccisi
durante il genocidio.

808 bambini con meno
di un anno di vita uccisi
durante il genocidio

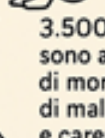
17.861 bambini ammazzati.

44 morti da denutrizione,
carenza di cibo
e politica
della fame

8 morti a causa del freddo
intenso nelle tende dei
rifugiati, tra cui 7 bambini



8 morti a causa
del freddo intenso
nelle tende dei
rifugiati, tra cui
7 bambini.



3.500 bambini
sono a rischio
di morte a causa
di malnutrizione
e carenza di cibo.

12.800 studenti uccisi
dall'occupazione israeliana
durante la guerra



DATI SULLE VITTIME E FAMIGLIE PALESTINESI

DATI SULLE MORTI E STATO DI SALUTE DI DONNE e PARENTI DI DONNE

12.316 donne uccise
dall'occupazione israeliana.

13.901 donne hanno
perso il marito
durante il genocidio.

60.000 donne incinte
sono a rischio a causa
della mancanza di
assistenza sanitaria.

DATI SULLE MORTI DEL PERSONALE MEDICO

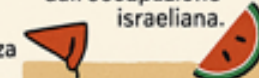
1.155 martiri tra il personale medico
(ministero della Salute)

DATI SULLE MORTI DI GIORNALISTI

205 giornalisti uccisi
dall'occupazione
israeliana.

94 membri della protezione
civile uccisi dall'occupazione
israeliana.

736 membri del personale
di sicurezza e per l'assistenza
umanitaria uccisi dall'IDF



Gli operatori sanitari non sono un obiettivo.

Il genocidio che si sta perpetrando nella Striscia di Gaza e nella Cisgiordania dal 7 ottobre 2023 ha tra suoi caratteri distintivi la deliberata distruzione delle strutture sanitarie e la presa di mira degli operatori sanitari.

L'obiettivo di questa pratica è l'aumento dell'insicurezza e la morte di un numero più alto possibile di persone nel contesto del progetto genocidario.

Vediamo alcuni numeri nel concreto, ricordandoci che dietro i numeri ci sono sempre delle persone. Gli operatori sanitari uccisi dalle Forze di Occupazione israeliane sono stati 1200, gli operatori rapiti e detenuti illegalmente 384, di cui 15 donne. Di questi ultimi 4 operatori sanitari sono stati uccisi durante la detenzione e 24 sono scomparsi dall'invasione del proprio ospedale. Come tutti i prigionieri anche i sanitari sono stati soggetti a torture che sono state ampiamente documentate e che non erano finalizzate ad estorcere informazioni, ma hanno rappresentato il mezzo per punire il personale sanitario che si è rifiutato di abbandonare i propri pazienti e quindi annientare le forze vitali, l'identità e la dignità dei capisaldi del sistema sanitario e provocare il suo collasso definitivo.

Per questi motivi dal 25 al 30 gennaio, a Ginevra, davanti alla sede dell'Onu si è tenuto un presidio denominato "The international White Tent Protest" a cui hanno partecipato delegazioni di sanitari provenienti da tutto il mondo. Sebbene l'Italia abbia visto la delegazione più numerosa dobbiamo rilevare che invece sono pochissimi gli ordini dei medici che si sono espressi sui trattamenti disumani subiti dai loro colleghi palestinesi.

Alle istituzioni e agenzie internazionali le richieste portate avanti sono state di adoperarsi per un cessate il fuoco permanente, incondizionato e protetto e per una serie di punti relativi alla salvaguardia e protezione dei sanitari. In particolare:

- il rilascio immediato dei sanitari e dei civili detenuti (vedi QR code a fianco relativo a campagna di liberazione per dr. Abu Safiya)
- il ripristino dell'accesso della Croce Rossa Internazionale
- la protezione dell'Onu per i sanitari e i pazienti attraverso la

dichiarazione di un'emergenza per genocidio

- la creazione di corridoi umanitari
- la condanna di Israele per le violazioni della legge internazionale, che con la Convenzione di Ginevra sancisce l'obbligo del rispetto e della protezione delle strutture sanitarie, degli operatori e dei pazienti.

Questo movimento di sanitari che si sta sviluppando, stimolato dagli eventi in Palestina, assume un'importanza fondamentale perché rifonda il ruolo degli operatori sanitari stessi. Per la prima volta non si tratta più solo di persone che forniscono assistenza sanitaria anche in momenti cruciali quali guerre, pandemie, disastri naturali mettendo anche a rischio la loro incolumità, ma di persone che si uniscono e che lottano per la giustizia e i diritti umani tramite un'alleanza globale, da cui deriva il nome Healthworkers Alliance for Justice (HAJ).

SCANSIONA IL QR CODE

FIRMA ANCHE TU!

Appello urgente per il
Dott. Hussam Abu Safia,
direttore dell'Ospedale
Kamal Adwan



SCAN ME



STOP THE MASSACRE STOP THE KILLING

BOLLETTINO TANTA SALUTE A TUTTI, N° 7, MAGGIO 2025

da pagina 11



Sportelli

Rete Tanta Salute a Tutti
tantasalute@inventati.org

Milano Sud

Sportello Salute Gratosoglio
c/o GTA - Via Lelio Basso, 7
Mar. dalle 17:00 alle 19:00
sportellosalutegratosoglio@gmail.com

Milano Lambrate

Panetteria Occupata
Via Conte Rosso, 20
Mar. dalle 17:00 alle 19:00

Milano Nord

Ambulatorio Medico Popolare
Via Dei Transiti, 28
Lun. dalle 15:30 alle 19:00
Sab. dalle 11:00 alle 13:00

Consultoria Autogestita

Sportello salute donne e dissidenti di genere
Via Dei Transiti, 28
2° mer del mese 17:00 - 19:30
4° ven del mese 9:30 alle 11:30
Tel. 353.4325406

Milano Isola/Portofino

PianoTerra CSOA
Via F. Confalonieri, 3
Casa delle sinistre
via Portofino 30/2 Milano
Tel. 350.134 8786

Dati sul Genocidio e sulla crisi umanitaria a Gaza...

da pagina 10

DATI SU DISTRUZIONE STRUTTURE SANITARIE E INFRASTRUTTURE DI BASE



34 ospedali bruciati, danneggiati o messi fuori servizio dall'occupazione



162 strutture sanitarie colpite



136 ambulanze colpite dall'occupazione



206 siti archeologici e storici distrutti dall'occupazione



2.835.000 metri lineari di strade e vie di comunicazione distrutte dall'occupazione



42 strutture, stadi e palestre distrutte dall'occupazione



3.680 chilometri di linee elettriche distrutte dall'occupazione



2.105 trasformatori elettrici aerei e sotterranei distrutti dall'occupazione israeliana



216 sedi governative distrutte



717 pozzi d'acqua distrutti dall'occupazione e messi fuori servizio



88 % il tasso di distruzione nella Striscia di Gaza



38 miliardi di dollari danni stimati

DATI SULLA DISTRUZIONE DI INFRASTRUTTURE PER L'ISTRUZIONE E IL CULTO RELIGIOSO



DATI SU ARMI USATE DA ISRAELE

100.000 tonnellate di esplosivi lanciati dall'occupazione israeliana sulla Striscia di Gaza.

DATI SU DISTRUZIONE SCUOLE, UNIVERSITÀ E ISTRUZIONE

137 scuole e università distrutte completamente
357 scuole e università parzialmente distrutte
785.000 studenti privati dell'istruzione
760 insegnanti uccisi

823 moschee completamente distrutte

158 moschee gravemente danneggiate, necessitano di restauri.

3 chiese colpite e distrutte

2.300 corpi trafugati dall'occupazione israeliana dai cimiteri della Striscia di Gaza

2.300 corpi trafugati dall'occupazione

