

Iniziative per il 7 aprile 2019 contro la commercializzazione della salute

Anche quest'anno il "European Network against the Commercialization and Privatization of Health and Social Protection" e il "People's Health Movement Europe" hanno organizzato una mobilitazione il 7 Aprile, giorno internazionale per la salute, per ricordare l'importanza della salute delle persone e delle comunità.

La Rete europea e PHM hanno ribattezzato il 7 aprile come giornata contro la mercificazione della salute: per ricordare a noi stessi che la salute per tutti e tutte può essere raggiunta solo attraverso la solidarietà e l'azione collettiva contro gli interessi aziendali e privati.

Quest'anno, la giornata dell'azione si sta svolgendo sulla scia della campagna "Un anno per dire no alla mercificazione della salute. Tutto per la salute!" che ci condurrà fino alle elezioni del parlamento europeo a maggio. Maggiori informazioni sulla campagna possono essere trovate qui: <http://europe-health-network.net/spip.php?article203>

Unisciti a noi nelle azioni della settimana che finirà con il 7 aprile!

Potresti:

- organizza un'azione dimostrativa: appendi un lenzuolo bianco con il tuo messaggio in un posto visibile, scatta una foto e condividila sui social media con #health4all e #7April

- organizzare un incontro, un seminario o una discussione dedicata alla salute e condividi i materiali o con #health4all e #7April

- contatta gli eurodeputati o i candidati per le prossime elezioni e chiedi loro di firmare l'impegno, trovi in allegato l'impegno da firmare, una bozza di mail che potresti usare per contattare gli eurodeputati e i candidati, la lista degli europarlamentari dei partiti che ci hanno dato un feedback positivo e la lista di chi ha già firmato il documento. L'impegno e gli altri materiali li puoi trovare anche a questo link:

<http://europe-health-network.net/spip.php?article216>

- vieni alla manifestazione e alla conferenza a Bruxelles il 2 aprile, trovi tutte le informazioni a questo link:

<https://www.facebook.com/events/539934869848265/>

- organizzare qualsiasi altra azione dedicata alla salute, adattando i bisogni e gli interessi della tua comunità

Per avere un'idea di cosa sta succedendo nel mondo e condividere la tua azione con gli altri, visita e aiutaci a riempire questa mappa:

<https://drive.google.com/open?id=1z6orSt5lmfeh3eTFrgevIYTw-rVwCk6c&usp>

=sharing

In solidarietà

Marianna per il PHM



La posizione sulla sugar tax: opportunità e limiti.



La posizione sulla sugar tax: opportunità e limiti

Il Segretariato Italiano Studenti in Medicina – SISM comunica la sua adesione alla lettera del Fatto (1) rivolta al Ministero della Salute che invita all'introduzione della cosiddetta sugar tax e a politiche che regolino le pubblicità di bevande e alimenti rivolte a bambini ed adolescenti, sottolineando tuttavia l'importanza che tale norma sia inserita in un piano d'azione più ampio per promuovere stili di vita sani.

Il motivo della nostra adesione risiede nell'emergenza epidemiologica che la popolazione mondiale, inclusa quella italiana, si trova ad affrontare: l'aumento esponenziale della percentuale di soggetti in sovrappeso ed obesi, nonché delle patologie correlate a questa condizione, primo fra tutti il diabete. In Italia tre bambini su dieci sono in condizioni di sovrappeso o obesità (1 su 10 è obeso, il 21% in sovrappeso) con maggiore prevalenza al Sud, secondo i dati, riferiti al 2016, del sistema di sorveglianza nazionale Okkio alla salute (2). Queste stime sono ancora più rilevanti se si considera che il 60% dei bambini in eccesso ponderale prima della pubertà lo saranno anche da adulti. Secondo il rapporto Osservasalute 2016 (3), risulta in sovrappeso il 35,3% della popolazione adulta italiana, mentre una persona su dieci è obesa (9,8%).

Il SISM si pone fra i suoi obiettivi primari la promozione della salute, intesa come benessere fisico, mentale e sociale e non come semplice assenza di malattia. In linea con questa volontà, riteniamo di fondamentale importanza promuovere stili di vita sani con maggiore attenzione all'alimentazione ed all'attività fisica, con particolare riguardo alle fasce più deboli della popolazione, nelle quali si osserva una maggiore prevalenza di obesità e diabete. L'OMS suggerisce per questo, all'interno delle raccomandazioni per contrastare l'obesità, di mantenere l'assunzione di zuccheri inferiori del 10% rispetto al totale delle calorie introdotte (4).

Riteniamo che l'introduzione della sugar tax, indipendentemente dalla provenienza geografica dello zucchero in questione, possa rappresentare un primo passo per combattere in modo concreto questa emergenza sanitaria: come dimostrato infatti dall'esempio di altri paesi dal Messico al Regno Unito, la presenza di questa tassa ha portato alla riduzione nel consumo di bevande zuccherate e cibi ad alto contenuto di zucchero, che giocano un ruolo chiave nella predisposizione allo sviluppo dell'obesità e delle patologie ad essa correlata, in particolare il diabete (5). In particolare, il modello di riferimento sarebbe la norma inglese Soft Drinks Industry Levy, che impone una tassa progressiva fino al 20% per le bevande zuccherate in base alla quantità di zuccheri in esse contenuta e restrizioni alle pubblicità rivolte ai bambini con un profilo alimentare sbilanciato. In questa norma, è prevista una tassazione per le industrie, differenziando adeguatamente in base al tipo di prodotto ed alle dimensioni dell'azienda, che producono tali prodotti al fine di coinvolgere anche il settore industriale in un'azione congiunta per il benessere della popolazione (6). Il SISM tiene a sottolineare come

questa misura possa essere più efficace nella lotta all'obesità se sarà inserita all'interno di un programma di interventi di più ampio respiro, che potrebbero essere in parte finanziati proprio dai fondi ricavati dalla tassa stessa, quali:

- incentivare il consumo di prodotti alimentari più sani con uno sgravio fiscale, in particolare per le fasce di popolazione con basso stato socioeconomico;
- promuovere un'alimentazione sana, sia attraverso campagne pubblicitarie sia attraverso interventi educativi trasversali fin dalle scuole primarie;
- favorire l'attività fisica, in particolare nelle scuole, anche con incentivi fiscali per le famiglie con difficoltà economiche;
- promuovere l'allattamento materno al seno, attraverso campagne di sensibilizzazione sia a livello dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali che per mezzo dei mass media.

Molti studi dimostrano infatti che l'approccio più efficace per prevenire l'insorgenza del diabete e per evitare l'eccesso ponderale sia concentrarsi su pattern alimentari bilanciati, considerando quindi il regime alimentare nella sua interezza (7); svolgere regolarmente attività fisica è inoltre un elemento fondamentale per mantenere il proprio benessere e prevenire tali condizioni (8).

Il SISM ritiene infine che il benessere della popolazione non debba essere solo interesse del settore sanitario, che oggi contribuisce soltanto per il 10 – 15% (9) a determinare il suo stato salute, ma anche di tutta la classe politica e della società civile.

1

<https://ilfattoalimentare.it/appello-sugar-tax-ministero-zucchero.html>

2 <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/dati2016.asp>

3 <http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/EpidItalia.asp>

4 Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. 2003

5 Imamura F, O'Connor L, Ye Z, Mursu J, Hayashino Y, Bhupathiraju SN, et al. Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction. *BMJ*. 2015

6

<https://www.gov.uk/government/publications/soft-drinks-industry-levy/soft-drinks-industry-levy>

7 Mozaffarian D. Dietary and policy priorities for cardiovascular disease, diabetes, and obesity: a comprehensive review. *Circulation*.

2016;

Ley SH, Hamdy O, Mohan V, Hu FB. Prevention and management of type 2 diabetes: Dietary components and nutritional strategies. Lancet. 2014
8 World Health Organization. Global Report on Diabetes 2016

9

http://www.docente.unicas.it/useruploads/000487/files/2003_marmot_determinanti_sociali_della_salute.pdf

Questo comunicato è firmato dal SISM – Segretariato Italiano Studenti in Medicina e dalle associazioni seguenti che fanno parte della Rete Sostenibilità e Salute:

Associazione Medici per l'Ambiente – ISDE Italia

Associazione per la Decrescita

Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale

Associazione Scientifica Andria

Centro Salute Internazionale-Università di Bologna

Giù le Mani dai Bambini ONLUS

Medicina Democratica ONLUS

Movimento per la Decrescita Felice

NoGrazie

Osservatorio Italiano sulla Salute Globale

Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca

People's Health Movement

Psichiatria Democratica

Rete Arte e Medicina

Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina

Slow Food Italia

Slow Medicine

SIMP Società Italiana di Medicina Psicosomatica

Italia che cambia

Vivere sostenibile

Fondazione allineare sanità e salute

Federspecializzandi

Sportello Ti Ascolto – Rete di Psicoterapia sociale

ASSIS- Associazione di studi e informazione sulla salute

SISM Segretariato Italiano Studenti Medicina

Ufficio Nazionale: Padiglione Nuove Patologie, Policlinico

Sant'Orsola, Via Massarenti 9, 40138 Bologna

tel/fax: +39 051 399507; email: info@sism.org; web:

www.nazionale.sism.org;

Codice Fiscale: 92009880375.

Bologna, 21 dicembre 2018

[Posizione della Rete Sostenibilità e Salute sul decreto migrazione e sicurezza](#)

COMUNICATO STAMPA

Posizione della Rete Sostenibilità e Salute sul decreto migrazione e sicurezza

Bologna, 23 Ottobre 2018

Il testo del decreto migrazione e sicurezza è passato al vaglio del Presidente della Repubblica, che l'ha firmato con una nota per il Presidente del Consiglio relativa ad alcuni dubbi di costituzionalità, e passa ora al Parlamento per eventuali emendamenti e approvazione finale.

La Rete Sostenibilità e Salute (RSS, <https://www.sostenibilitaesalute.org/>) ha preso in esame il testo del decreto approvato dal Consiglio dei Ministri (<https://www.startmag.it/mondo/testo-decreto-sicurezza-immigrazione/>) e ha elaborato le seguenti considerazioni.

1. In generale, sostituire l'accoglienza con la criminalizzazione causa di per sé un danno alla salute, perché aumenta la sofferenza, ostacola l'integrazione e marginalizza persone che, in maggioranza, soffrono già per un grado di vulnerabilità fisica e mentale superiore alla media.

2. Abolendo la protezione umanitaria, restringendo l'iscrizione alle anagrafi comunali e rendendo più difficile l'acquisizione e il mantenimento della cittadinanza, il decreto aumenterà probabilmente il numero di migranti e richiedenti asilo in posizione irregolare. Per queste persone sarà non solo più arduo il controllo da parte delle istituzioni preposte allo scopo, ma diminuirà anche l'accesso al sistema e ai servizi sanitari, con potenziali rischi per la loro salute e per quella dell'intera collettività.

Assicurare l'accesso al sistema e ai servizi sanitari ai casi speciali o di eccezionale gravità non è sufficiente; per essere pienamente efficace, l'accesso dev'essere universale, come prevede tra l'altro la Costituzione.

3. Spostare una proporzione, non ancora definita ma presumibilmente grande, di richiedenti asilo dal sistema SPRAR a veri e propri centri di detenzione, quali saranno i CPR, potrebbe pregiudicare la salute di queste persone. Da un lato perché, invece di offrire accesso

continuativo ai servizi sanitari del territorio, si offrirà loro assistenza, presumibilmente periodica e inadeguata, all'interno dei CPR stessi. Dall'altro perché stare rinchiusi in un centro di detenzione per mesi (il decreto raddoppia da 90 a 180 giorni la permanenza massima) costituisce di per sé un rischio aggiuntivo per la salute sia fisica che mentale. Ciò è tanto più grave se si pensa che una percentuale di queste persone arriverà a questi centri con problemi pregressi anche gravi (ad esempio, esiti di tortura in patria e di abusi e malversazioni durante l'esodo verso un paese di accoglienza).

Per questi motivi, la RSS fa appello ai parlamentari di tutti i partiti perché si impegnino a emendare il testo del decreto in direzione di un completo accesso al sistema e ai servizi sanitari di cui godono tutti i cittadini, senza eccezioni. In caso di mancato emendamento nella direzione auspicata, la RSS esprime fin da adesso la sua opposizione al decreto.

Rete Sostenibilità e Salute: chi siamo?

Siamo un insieme di associazioni che da anni si impegnano in maniera critica per proteggere, promuovere e tutelare la salute. Ogni associazione ha la sua storia e le sue specificità, ma siamo accomunati da una visione complessiva della salute e della sostenibilità.

Associazione Medici per l'Ambiente – ISDE Italia

Associazione per la Decrescita

Fondazione per la Salutogenesi ONLUS*

Associazione Scientifica Andria

Centro Salute Internazionale-Università di Bologna

Giù le Mani dai Bambini ONLUS

Medicina Democratica ONLUS

Movimento per la Decrescita Felice

NoGrazie

Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca

People's Health Movement

Psichiatria Democratica

Rete Arte e Medicina

Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina

Slow Food Italia

Slow Medicine

SIMP Società Italiana di Medicina Psicosomatica

Italia che cambia

Vivere sostenibile

Federspecializzandi

Sportello Ti Ascolto – Rete di Psicoterapia sociale

AsSIS – Associazione di studi e informazione sulla salute

Media relation Rete Sostenibilità e Salute

– Portavoce: Jean-Louis Aillon – rete@sostenibilitaesalute.org

– Sito: www.sostenibilitaesalute.org

– Pagina Facebook: Rete Sostenibilità e Salute

– Video: La rete Sostenibilità e Salute; La Carta di Bologna (spot),
Presentazione della Carta di Bologna

[Download \(PDF, 129KB\)](#)

[Risposta della Rete Sostenibilità e Salute a osservazioni sul Sistema Nazionale Linee Guida](#)

COMUNICATO STAMPA DEL 18 SETTEMBRE 2018

Risposta della Rete Sostenibilità e Salute a osservazioni sul Sistema Nazionale Linee Guida

La medicina ha fatto e fa cose molto importanti per la nostra salute ma sta vivendo un momento di grave crisi non solo di tipo economico (su cui si concentra il dibattito politico) ma di contenuti, di metodo, di credibilità professionale e di fiducia, di cui si parla poco ma di cui i medici, per primi, devono farsi carico.

Il dr. Primiano Iannone, direttore del CNEC (Centro Nazionale Eccellenza Clinica), deputato alla gestione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), in risposta all'articolo "L'odierno e odioso paradosso della medicina, tra surplus di prestazioni e scarsità di risorse", sostiene che gran parte dei correttivi proposti per il SNLG siano già operativi ([link](#)).

Al riguardo riconosciamo con piacere che il nuovo Manuale metodologico per la produzione di lineeguida di pratica clinica recepisce molte delle proposte di miglioramento sostenute dalla RSS in occasione dell'iter di approvazione della Legge 24/2017 sulla responsabilità professionale, compreso il fatto che le bozze di lineeguida (LG), prima della loro formale approvazione, siano aperte ai contributi pubblici da parte della comunità scientifica.

Ci preme precisare al riguardo che la RSS non ha mai proposto "l'esclusione delle Società Scientifiche dalla possibilità di proporre LG". Infatti, come si può leggere nell'allegato al documento, la RSS sostiene che "le LG dovrebbero essere sviluppate da gruppi

multidisciplinari di lavoro, coordinati da Pubbliche Istituzioni, che dovrebbero comprendere gli esponenti delle Società Scientifiche e degli Ordini, insieme a metodologi con esperienza di lineeguida, esperti di valutazioni comparative di interventi sanitari, rappresentanze di assistiti, tutti tenuti a dichiarare le proprie relazioni finanziarie, inclusi dirigenti di sanità pubblica in grado di entrare nel merito di valutazioni di efficacia e costo-efficacia" comparative.

Dunque la RSS propone di istituire tavoli di lavoro interdisciplinari e multiprofessionali, coordinati dalla Sanità pubblica, dove gli esponenti delle Società scientifiche si confrontano con gli altri attori del Servizio Sanitario, come sopra identificati, piuttosto che affidare a Società scientifiche (ancorché inserite nell'apposito elenco di cui al decreto del Ministro della Salute) la definizione di LG monodisciplinari, da sottoporre al CNEC.

Va ribadito a questo proposito che le preoccupazioni relative ai potenziali conflitti d'interesse nella produzione di lineeguida sono più che legittime. Basti ricordare che sulla base dei dati ricavati da una recente ricerca sui siti di 154 Società mediche italiane (Fabbrì et al. BMJ Open 2016), solo il 4,6% delle Società scientifiche aveva un codice etico per la gestione delle relazioni finanziarie con l'industria e per l'80% mostrano di avvalersi di sponsor industriali. Né ci lascia tranquilli che i conflitti d'interesse da dichiarare dai soggetti coinvolti nella produzione e/o valutazione delle LG risalgano solo ai 12 mesi precedenti la dichiarazione stessa. Né la rapida revisione degli statuti e la nascita di nuove associazioni, (descritti anche da QS) intraprese all'ultima ora, allo scopo di rispettare i parametri d'inclusione previsti dal Ministero della Salute per l'accreditamento delle Società scientifiche.

Da ultimo vorremmo sottolineare che il rigore metodologico adottato per la valutazione delle LG rappresenta una delle condizioni per stabilire la loro "qualità", ma dovrebbe accompagnarsi anche a fondamentali considerazioni di "merito", di cui solo istituzioni pubbliche e competenze di sanità pubblica possono essere garanti: per esempio, quando si tratta di indicare, sulla base di analisi costo-opportunità, le scelte preferibili tra le diverse opzioni disponibili. Ovviamente le valutazioni di merito non dovrebbero sostituirsi alle indicazioni desunte dalle migliori conoscenze scientifiche, ma affiancarsi ad esse per ricercare, in un clima di disponibilità e confronto, le soluzioni più valide rispetto al complesso contesto di riferimento.

La Rete Sostenibilità e Salute

[Download \(PDF, 137KB\)](#)

[Download \(PDF, 240KB\)](#)

[Appropriatezza e Linee Guida, tra prove scientifiche, bisogni della singola persona e interessi commerciali](#)

COMUNICATO STAMPA DEL 18 LUGLIO 2018

Appropriatezza e Linee Guida, tra prove scientifiche, bisogni della singola persona e interessi commerciali

La medicina ha fatto e fa cose molto importanti per la nostra salute ma sta vivendo un momento di grave crisi non solo di tipo economico (su cui si concentra il dibattito politico) ma di contenuti, di metodo, di credibilità professionale e di fiducia, di cui si parla poco ma di cui i medici, per primi, devono farsi carico.

I problemi aperti sono tanti e complessi ma devono essere affrontati con urgenza, non tanto per il loro interesse filosofico o speculativo ma perché da essi dipende il benessere e la vita di tantissime persone.

La crescente pressione commerciale, il modo improprio di remunerazione degli attori in sanità, la diffusione di atteggiamenti culturali secondo i quali fare di più è sempre meglio, l'eccessivo ricorso alla tecnologia, la paura dei pazienti di ammalarsi e dei medici di sbagliare, la rinuncia alla comunicazione e al dialogo, una visione spesso distorta della scienza e del pensiero scientifico rappresentano altrettanti ostacoli al cambiamento.

L'interazione di questi fattori determina uno dei più odiosi paradossi della medicina, quello di convivere con una grave crisi finanziaria che impedisce a parte delle persone di accedere a cure di cui avrebbero bisogno, mentre molte altre sono sottoposte a un eccesso di prestazioni inappropriate, inutili e in molti casi dannose. Insomma, senza un decisivo cambio di rotta ci stiamo dirigendo a grandi passi verso una medicina che invece di tutelare la salute diventa essa stessa fonte di disagio, di malessere e di malattia. Per questi motivi la Rete Sostenibilità e Salute, che raccoglie 26 Associazioni impegnate a proteggere, promuovere e tutelare la salute, ha elaborato un sintetico documento di analisi e di proposta che ci auguriamo sia preso in considerazione dalla rappresentanza politica, sociale e professionale come base di discussione, di approfondimento e di intervento.

La Rete Sostenibilità e Salute

Rete Sostenibilità e Salute: chi siamo?

Siamo un insieme di associazioni che da anni si impegnano in maniera critica per proteggere, promuovere e tutelare la salute. Ogni associazione ha la sua storia e le sue specificità, ma siamo accomunati da una visione complessiva della salute e della sostenibilità.

1. Associazione Dedalo 97
2. Associazione Frantz Fanon
3. Associazione Medici per l'Ambiente – ISDE Italia
4. Associazione per la Decrescita
5. Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale
6. Associazione Scientifica Andria
7. Centro Salute Internazionale-Università di Bologna
8. Giù le Mani dai Bambini ONLUS
9. Medicina Democratica ONLUS
10. Movimento per la Decrescita Felice
11. NoGrazie
12. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale
13. Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca
14. People's Health Movement
15. Psichiatria Democratica
16. Rete Arte e Medicina
17. Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina
18. Slow Food Italia
19. Slow Medicine
20. SIMP Società Italiana di Medicina Psicosomatica
21. Italia che cambia
22. Vivere sostenibile
23. Fondazione allineare sanità e salute
24. Federspecializzandi
25. Sportello Ti Ascolto – Rete di Psicoterapia sociale
26. ASSIS- Associazione di studi e informazione sulla salute

Media relation Rete Sostenibilità e Salute

Portavoce: Jean-Louis Aillon – rete@sostenibilitaesalute.org

Sito: www.sostenibilitaesalute.org

Pagina Facebook: Rete Sostenibilità e Salute

Video: La rete Sostenibilità e Salute; La Carta di Bologna (spot),

Presentazione della Carta di Bologna

[Download \(PDF, 54KB\)](#)

[Download \(PDF, 209KB\)](#)

[Download \(PDF, 147KB\)](#)

Comunicato per Sunshine Act italiano

03/07/2018

I NoGrazie, un gruppo spontaneo di operatori sanitari, e non solo, che dal 2004 si batte per separare gli interessi per la salute da quelli commerciali dell'industria della salute (<http://www.nograzie.eu/>), chiedono dal 2011 la promulgazione di una legge che assicuri la totale trasparenza delle transazioni finanziarie, in denaro e/o beni e/o servizi, tra le ditte che producono presidi sanitari, farmaci in primis ma non solo, e operatori sanitari di qualsiasi tipo, individualmente o collettivamente (associazioni professionali, istituzioni accademiche, strutture sanitarie, etc). Una legge sulla falsariga del Sunshine Act, in vigore negli Stati Uniti dal 2011, o di quelle promulgate in anni successivi in altri paesi, per esempio Portogallo e Francia.

Una simile legge permetterebbe a qualsiasi cittadino di sapere, per esempio, quanto denaro riceve da una multinazionale del farmaco il proprio medico curante, o a quali e quanti congressi sponsorizzati partecipa con il contributo finanziario di una ditta. E permetterebbe ai ricercatori interessati di analizzare i comportamenti prescrittivi dei medici in relazione ai loro rapporti finanziari con l'industria della salute. È infatti risaputo che il marketing, cui le ditte assegnano spesso più fondi che alla ricerca di nuovi prodotti, è associato ad aumenti spesso non giustificati dell'uso di strumenti diagnostici e terapeutici, con conseguenze negative sia sulla salute dei cittadini sia sulle finanze del sistema sanitario nazionale. E una componente importante del marketing sono proprio i finanziamenti miranti a persuadere gli operatori sanitari della bontà, spesso millantata, di un prodotto.

Ora la proposta di legge esiste ed è stata depositata in parlamento. Ringraziamo l'On. Baroni e i suoi colleghi per aver fatto questo importante passo, che tuttavia sarebbe poco utile se non portasse a una rapida approvazione di una legge. Contiamo sui firmatari della proposta per una procedura accelerata al massimo. La rapidità ci sembra essenziale, visto che Assobiomedica si sta muovendo in anticipo sull'argomento, probabilmente per far pressione su Governo e Parlamento, asserendo l'inutilità di una legge vista la sua proposta

di un codice etico volontario

(<http://www.dottnet.it/articolo/24879/convegni-e-viaggi-per-i-medici-e-cco-il-codice-etico-di-assobiomedica>).

I NoGrazie, e la Rete Sostenibilità e Salute

(<https://www.sostenibilitaesalute.org/>) di cui fanno parte e che ha contribuito a richiedere l'elaborazione della proposta di legge, ritengono che il codice etico volontario di Assobiomedica non possa sostituire la legge. Anzitutto perché si sa da molto tempo che i codici etici volontari non funzionano. Poi perché, essendo volontario, non obbliga le imprese ad aderire. Infine perché avere un database di trasferimenti finanziari per ogni singola impresa significa di fatto rendere impossibili i controlli, che invece sarebbero possibili con un database unico e pubblico, come nel Sunshine Act.

NoGrazie e Rete Sostenibilità e Salute invitano pertanto i parlamentari che hanno elaborato la proposta di legge a procedere con la massima speditezza possibile alla sua approvazione e a resistere ad eventuali pressioni di Assobiomedica per abbandonare la proposta di legge in favore di un codice etico volontario.

Adriano Cattaneo, portavoce di NoGrazie

Jean Louis Aillon, portavoce della Rete Sostenibilità e Salute.

Rete Sostenibilità e Salute: chi siamo?

Siamo un insieme di associazioni che da anni si impegnano in maniera critica per proteggere,

promuovere e tutelare la salute. Ogni associazione ha la sua storia e le sue specificità, ma siamo

accomunati da una visione complessiva della salute e della sostenibilità.

1. Associazione Dedalo 97
2. Associazione Frantz Fanon
3. Associazione Medici per l'Ambiente – ISDE Italia
4. Associazione per la Decrescita
5. Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale
6. Associazione Scientifica Andria
7. Centro Salute Internazionale-Università di Bologna
8. Giù le Mani dai Bambini ONLUS
9. Medicina Democratica ONLUS
10. Movimento per la Decrescita Felice
11. NoGrazie
12. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale
13. Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca

14. People's Health Movement
15. Psichiatria Democratica
16. Rete Arte e Medicina
17. Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina
18. Slow Food Italia
19. Slow Medicine
20. SIMP Società Italiana di Medicina Psicosomatica
21. Italia che cambia
22. Vivere sostenibile
23. Fondazione allineare sanità e salute
24. Federspecializzandi
25. Sportello Ti Ascolto – Rete di Psicoterapia sociale
26. AsSISS – Associazione di studi e informazione della salute

Media relation Rete Sostenibilità e Salute

– Portavoce: Jean-Louis Aillon – rete@sostenibilitaesalute.org

– Sito: www.sostenibilitaesalute.org

– Pagina Facebook: Rete Sostenibilità e Salute

– Video: La rete Sostenibilità e Salute; La Carta di Bologna (spot),
Presentazione della Carta di Bologna

[Download \(PDF, 153KB\)](#)

[Download \(PDF, 192KB\)](#)

[La salute mentale secondo la Rete Sostenibilità e Salute – Analisi dei
bisogni e strategie d'intervento](#)



COMUNICATO STAMPA DEL 7 MAGGIO 2018

La salute mentale secondo la Rete Sostenibilita`e Salute

Analisi dei bisogni e strategie d' intervento

La Rete Sostenibilità e Salute (RSS) presenta un nuovo documento: si
tratta di un'analisi molto accurata sulle attuali criticità nel campo

della salute mentale a cui si cerca di dare delle risposte efficaci, rivolgendosi al mondo della politica, agli operatori del settore e alla cittadinanza.

I disturbi psichiatrici incidono notevolmente sulla salute globale, rappresentando il 23% del "Global Burden of Disease". In questo contesto l'attuale modello di sviluppo, fondato su una crescita illimitata e indiscriminata dell'economia mina i determinanti ambientali, socio-economici e culturali da cui dipende maggiormente la salute mentale. Vivere in un ambiente sempre più inquinato ed insalubre, con stili di vita frenetici e malsani, in cui le disuguaglianze e le divisioni sociali aumentano, dove individui, gruppi sociali e nazioni competono per accaparrarsi risorse in crescente diminuzione, non può che deteriorare il capitale di salute mentale a disposizione delle popolazioni.

Sebbene nel campo della psichiatria sia riconosciuto un modello di causazione bio-psico-sociale e l'importanza del contesto culturale, nella prassi clinica l'approccio tecnico, biomedico-riduzionista (caratterizzato dalla centralità della diagnosi e della prescrizione farmacologica), viene comunemente privilegiato trascurando le componenti psicosociali, culturali e gli stili di vita.

E' possibile pensare la salute mentale all'interno dello scenario sociale e culturale tra il "patologico" e il "patogenico" sopra delineato?

Il Portavoce della RSS Jean-Louis Aillon afferma che secondo la RSS "di fronte a questo deserto delle speranze, non si possa che contrapporre la carica utopica quanto trasformativa di soggetti come Ivan Illich, Franco Basaglia, Frantz Fanon, Erich Fromm, Giulio A. Maccacaro, i quali avevano già da tempo intuito i rischi a cui stavamo andando incontro, lanciato un grido d'allarme e costruito 'utopie della realtà' a partire da reali pratiche di cambiamento che riescano a rispondere ai bisogni esistenziali reali delle persone".

La sfida, conclude Matteo Bessone, "è sviluppare uno sguardo critico sulla società e sulla cultura in senso ampio, nonché sulla cultura e le pratiche dei servizi per metterle costruttivamente in discussione piuttosto che ostinarci ad adattare i bisogni delle persone a questa realtà e a questi servizi. Non possiamo più illuderci che le evidenze siano sufficienti per dare vita al cambiamento. L'evidenza ci dice che è necessaria più ferma volontà e maggiore fantasia".

In tal senso la RSS cerca di delineare nei due documenti allegati (Analisi e relativo riassunto) alcune linee strategiche di comprensione di elementi culturali critici per proporre azioni di

cambiamento.

La Rete Sostenibilità e Salute

[Download \(PDF, 343KB\)](#)

[Download \(PDF, 119KB\)](#)

[Download \(PDF, 257KB\)](#)

[Download \(PDF, 52KB\)](#)

DICO 32! SALUTE PER TUTTE E TUTTI! UNA CAMPAGNA PER IL DIRITTO ALLA SALUTE



DICO 32! SALUTE PER TUTTE E TUTTI!
UNA CAMPAGNA PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

Per la Costituzione italiana (Art. 32), la salute è un diritto fondamentale dell'individuo e un interesse della collettività. Sappiamo che la nostra salute dipende da tanti fattori, come l'ambiente in cui viviamo e i diritti e i servizi a cui abbiamo accesso (casa, lavoro, reddito, istruzione, sanità, spazi di socializzazione...), tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'ha definita uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale". Sappiamo anche che, oggi, la salute non è uguale per tutte e tutti, e che malattia e mortalità colpiscono maggiormente le persone appartenenti alle classi sociali più svantaggiate. I cambiamenti climatici e le minacce ambientali legate all'attuale sistema produttivo non fanno che aumentare queste disuguaglianze e compromettono la sostenibilità nostra e del pianeta.

In questi anni di crisi economica, le politiche di austerità messe in atto dai governi di tutta Europa hanno aumentato le disuguaglianze sociali e quindi di salute: sotto i diktat europei del pareggio di bilancio sono stati attaccati i sistemi di welfare costruiti con le

lotte dei lavoratori e delle lavoratrici dal dopo guerra, proprio quando sarebbe stato necessario investire maggiormente nella protezione sociale per tutelare la popolazione. Mentre le risorse destinate alle pericolose spese militari aumentano di anno in anno, quelle assegnate alla salute sono state sistematicamente ridotte, e questo ha portato ad un peggioramento della qualità e dell'accessibilità dei servizi, delle condizioni di lavoro in sanità, dei risultati in salute. Ne hanno fatto le spese in particolare le donne, con il ridimensionamento dei consultori e le pesanti restrizioni in tema di interruzione volontaria della gravidanza, così come i servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro e i servizi rivolti alle fasce più deboli della popolazione, come la salute mentale, i servizi per i disabili e le persone malate croniche e non autosufficienti. I valori fondamentali di universalismo e solidarietà, propri del Servizio Sanitario Nazionale, sono stati sostituiti da logiche aziendali di efficienza, contenimento dei costi, tutela di interessi privati e non del bene collettivo.

Alla sistematica riduzione dell'impegno pubblico corrisponde un'espansione senza precedenti dell'offerta privata di servizi e di coperture sanitarie assicurative private o mutualistiche, sempre più inserite nei contratti di lavoro e agevolate da politiche statali di defiscalizzazione. Tutto questo sta portando a un sistema segmentato e diseguale: da un lato, un servizio sanitario pubblico "al ribasso" per i meno abbienti (o per chi non ha una sufficiente tutela contrattuale); dall'altro lato, una sanità privatizzata differenziata a seconda dei benefit previsti dai contratti lavorativi o per chi se la può pagare.

Eppure è stato dimostrato che i sistemi sanitari pubblici sono più efficaci di quelli privati: offrono maggiori garanzie nella tutela della salute, e sono meno costosi per la collettività. Per esempio, sono gli unici a occuparsi di prevenzione e promozione della salute, ambiti che non generano profitti e quindi non sono interessanti per il mercato. Inoltre, un serio intervento sulla salute collettiva e individuale coinvolge necessariamente una serie di ambiti (lavoro, istruzione, ambiente...) che, lasciati come oggi alla gestione di privati in concorrenza tra loro, non potranno mai generare una politica della salute organica.

Vogliamo dire a chi fa profitti sulla nostra salute, e alla macchina statale che li aiuta, che noi abbiamo altri obiettivi e non ci fermeremo fino a che non li avremo raggiunti: NO alla mercificazione della salute, SI al suo miglioramento per tutte e tutti.

Nel metterci in movimento, guardiamo a chi è già impegnato a costruire resistenza e alternative, come i movimenti delle donne, per il diritto all'abitare, per l'acqua pubblica come bene comune, per la sovranità alimentare e la difesa dei territori, contro i trattati di libero commercio; movimenti con cui vogliamo costruire alleanze strategiche che ci aiutino a fare fronte comune. Guardiamo anche all'Europa e agli altri Paesi del mondo, le cui popolazioni vivono problemi simili ai nostri e con le quali ci impegniamo in azioni di solidarietà e rete. Lanciamo la campagna nazionale per il diritto alla salute "DICO 32! Salute per tutte e tutti!", con richiamo sia all'articolo 32 della Costituzione, sia al ribaltamento del 'dica 33' medico: un invito a prendere parola non solo per bloccare la privatizzazione della salute, ma anche per progettare e costruire un servizio sanitario nazionale realmente universale e democratico, inserito in una società giusta e in un ambiente salubre.

Proponiamo la data del 7 aprile, giornata mondiale della salute e giornata europea contro la commercializzazione della salute e la privatizzazione della sanità, come un primo momento di convergenza e mobilitazione per dire insieme che LA SALUTE È UN DIRITTO, E NON È IN VENDITA.

I NOSTRI PRINCIPI

Noi associazioni, comitati, gruppi e reti, attivi nella difesa del diritto alla salute a livello locale, regionale e nazionale, aderenti alla campagna nazionale "DICO32! Salute per tutte e tutti!", ci riconosciamo nei seguenti principi:

La tutela della salute è un diritto umano fondamentale e non una fonte di profitto. I servizi sanitari devono essere perciò protetti da conflitti di interesse e da ogni logica di mercato.

Ogni politica pubblica a tutti i livelli istituzionali deve essere mirata al mantenimento della salute come benessere psicofisico e sociale: oltre alla tutela dell'ambiente in generale, la cura del territorio e delle città, la conversione ecologica dell'industria, dell'agricoltura e della distribuzione commerciale, la mobilità sostenibile, la produzione energetica da fonti rinnovabili, la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro, case adeguate a canone sociale per i ceti popolari, il riconoscimento dei diritti sociali, civili e di autodeterminazione.

Garantire prestazioni sanitarie utili, necessarie ed efficaci, accessibili a tutte e a tutti senza vincoli di cittadinanza o residenza, è una responsabilità dei governi, che devono investire risorse adeguate. Il finanziamento dei servizi di tutela della salute

deve essere di tipo progressivo, basato sulla fiscalità generale e sul principio di redistribuzione delle risorse in base ai bisogni.

Le persone, attraverso una partecipazione democratica, organizzata e riconosciuta devono giocare un ruolo attivo nei propri percorsi di cura e nella definizione delle politiche di salute locali, nazionali e globali. La vera malattia, infatti, è la mancanza di partecipazione.

I NOSTRI OBIETTIVI

1. Sostenere la salute, non ciò che la distrugge

Aumento almeno del 10% del Fondo Sanitario Nazionale e lotta alle inappropriatelyzze e agli sprechi.

Abrogazione del pareggio di bilancio di cui all'articolo 32 della Costituzione e blocco delle spese distruttive come la produzione bellica e gli investimenti in opere inutili e dannose, per tornare a investire in istruzione, sanità, politiche sociali e abitative e di tutela ambientale.

Rispetto degli impegni dell'accordo di Parigi sulla riduzione delle emissioni e per il contrasto ai cambiamenti climatici.

2. Un servizio di qualità che risponda ai bisogni

Centralità alla prevenzione e ai servizi territoriali (consultori, per la salute psicofisica dell'età evolutiva, per la salute nei luoghi di lavoro, per la salute mentale), che devono essere vicini alle persone, collegati con gli ospedali e integrati con i servizi sociali, accessibili a tutte e tutti e dotati di personale qualificato e sufficiente.

Assegnazione delle risorse alle regioni e ai territori in base a indicatori di deprivazione sociale e bisogni di salute, non soltanto alla numerosità e all'anzianità della popolazione.

Rinnovo dei contratti del personale sanitario con istituzione del contratto unico, superamento del precariato e assunzione di personale in relazione ai bisogni dei territori.

Ritorno alla gestione diretta dei servizi esternalizzati, che soprattutto nel medio e lungo periodo hanno costi superiori e qualità più scadente rispetto ai servizi gestiti direttamente dalle strutture pubbliche.

Abolizione dei sistemi di finanziamento basati sulle prestazioni, che pagano la malattia e non la salute.

3. Piena accessibilità alle cure

Abolizione del super-ticket e dei ticket.

Garanzia di accesso alle cure che devono essere efficaci e di qualità.

Sospensione del brevetto, come previsto dagli accordi internazionali, se il prezzo dei farmaci chiesto dai produttori è eccessivo.

Garanzia di accesso ai servizi con abolizione delle liste di attesa.
Abolizione della libera professione intra (ed extra) muraria.
Iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le persone che dimorano sul territorio nazionale. Nello specifico, applicazione dell'accordo Stato-Regioni sull'accesso ai servizi delle persone straniere, garantendo criteri di assistenza omogenei su tutto il territorio nazionale.

4. La salute nelle mani delle persone

Obbligo di trasparenza per le aziende sanitarie, con pubblicazione di bilanci sociali, di missione ed economici.

Introduzione di forme di partecipazione democratica alle decisioni in materia di politica sanitaria e gestione dei servizi a tutti i livelli, che coinvolgano sia chi utilizza i servizi che chi vi lavora.

5. Nessun profitto sulla salute

Abolizione delle agevolazioni fiscali per le assicurazioni e i fondi sanitari.

Rifiuto dell'inserimento nei contratti collettivi nazionali di lavoro delle coperture sanitarie assicurative.

Superamento della gestione aziendalistica dei servizi sanitari con trasformazione delle aziende sanitarie in agenzie pubbliche con obiettivi di salute.

6. Ricerca e innovazione dove servono

Finanziamento della ricerca indipendente nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, centrata su problemi prioritari per la salute pubblica.

Creazione di un'azienda pubblica per la produzione dei farmaci e vaccini.

Formazione adeguata e aggiornamento continuo obbligatorio del personale sanitario, indipendentemente dal rapporto di lavoro, finanziato da un fondo vincolato.

#dico32 #salutepertutte #7aprile #healthforall

[Download \(PDF, Sconosciuto\)](#)

SCARICA APPELLO IN FORMATO PDF: [CLICK QUI](#)

PER ADESIONI: <http://setteaprile.altervista.org/730-2/>

[ELEZIONI POLITICHE 2018 – – PROPOSTE DI DISCUSSIONE SUI PROGRAMMI PER LA SANITA'](#)

COMUNICATO STAMPA

Elezioni politiche marzo 2018

Proposte di discussione sui programmi per la Sanità delle diverse forze politiche

La Rete Sostenibilità e Salute (RSS), composta da 23 Associazioni di professionisti della salute e cittadini, si rende disponibile al confronto con singoli partiti, coalizioni e gruppi organizzati a loro supporto, per discutere i relativi programmi per la salute in occasione delle prossime elezioni politiche.

Consideriamo questioni strategiche per la Sanità italiana i conflitti di interesse, gli eccessi diagnostici e terapeutici, i fondi sanitari, i vaccini, il finanziamento del servizio sanitario nazionale, i ticket sanitari, i determinanti ambientali, economici e sociali della salute. Su questi temi è stato stilato un documento condiviso fra le 23 Associazioni (in allegato) che mette a disposizione dei candidati e dei loro sostenitori 7 schede, una per tema, ciascuna caratterizzata da una premessa e da un elenco di proposte.

Attraverso la disamina di temi diversi le Associazioni aderenti alla Rete ribadiscono la centralità del servizio sanitario pubblico come garanzia di assistenza a tutti i cittadini, la necessità di tutelarlo da conflitti di interesse e di favorirne il funzionamento attraverso una cultura dell'appropriatezza e un sistema premiante coerente con gli obiettivi professati: ottimizzare la salute e la soddisfazione della comunità dei cittadini-assistiti, in un contesto di sostenibilità.

La Rete Sostenibilità e Salute

24 Gennaio 2018

ELEZIONI POLITICHE MARZO 2018

Proposte di discussione sui programmi per la Sanità delle diverse forze politiche

La Rete Sostenibilità e Salute (RSS), composta da 26 Associazioni di professionisti della salute e cittadini, si rende disponibile al confronto con singoli partiti, coalizioni e gruppi organizzati a loro supporto, per discutere i relativi programmi per la salute per questa tornata elettorale (e in seguito). La Carta di intenti della RSS e i vari documenti prodotti sono presenti nel sito della Rete.

Segnaliamo di seguito alcune grandi questioni che riteniamo strategiche per la Sanità italiana. Le illustriamo in 7 schede successive (Conflitti di interesse, Eccessi diagnostici e terapeutici, Fondi sanitari, Legge vaccini, Finanziamento del SSN, Ticket sanitari, Determinanti ambientali, economici e sociali della salute), ciascuna

caratterizzata da una premessa e da un elenco di proposte.

1. Conflitti di interesse

Rispetto al fine primario di “promuovere e tutelare la salute in modo ottimale, a costi sostenibili dal Sistema Sociale e dalla comunità dei cittadini”, l’estesa infiltrazione di interessi impropri distorce ormai gran parte della ricerca medica, del processo di disseminazione delle conoscenze scientifiche, delle politiche sanitarie e delle pratiche professionali ([Link](#)). Purtroppo la consapevolezza di tale enorme problema è carente.

Azioni correttive:

- i decisori dovrebbero, dichiarandolo pubblicamente, informare le politiche sanitarie ai risultati di ricerche indipendenti da sponsor commerciali e attuate da ricercatori senza conflitti di interesse con la salute e la sostenibilità di un SSN universalistico e solidale;
- le Linee Guida di riferimento ufficiale nei vari ambiti della medicina dovrebbero essere formulate da esperti privi di conflitti di interesse. La competenza nelle materie oggetto delle Linee guida non dovrebbe di norma prescindere da tale requisito ([Link](#))
- per la formazione e l’aggiornamento del personale del SSN andrebbe programmata una spesa pubblica adeguata, vincolata a non accettare sponsor commerciali e condizionamenti dei produttori di tecnologie sanitarie (farmaci, tecnologie diagnostiche, dispositivi sanitari, alimenti per l’infanzia, ecc.), con docenti esenti da relazioni finanziarie con l’industria biomedica in modo documentato, e sanzioni per dichiarazioni non veritiere. La competenza andrebbe cercata tra i professionisti in possesso di tali requisiti
- istituire, sul modello del Sunshine Act USA o dell’analogo legge francese, un registro pubblico e obbligatorio (con sanzioni per chi non si attiene) di tutti i trasferimenti attuati dall’industria della salute, in denaro o in beni e servizi, a medici e altri operatori sanitari, a livello individuale o collettivo (ad esempio tramite Società scientifiche/Associazioni professionali)
- mettere in atto un profondo ripensamento sulla disciplina della libera professione, con uno speciale riferimento all’intramoenia
- divieto di vendita dei dati sanitari della popolazione all’industria farmaceutica, della diagnostica, dei dispositivi medici, degli alimenti per l’infanzia, ecc.

sperimentare in alcune aziende sanitarie e per tempi congrui modelli di finanziamento, e di remunerazione di chi vi opera, che allineino con coerenza alla salute della comunità dei cittadini le convenienze

della maggior parte degli attori in Sanità (es. [Link](#)).

2. Eccessi diagnostici e terapeutici

Nei paesi ad alto reddito il problema delle sovradiagnosi e dei sovratrattamenti, con i conseguenti danni per la salute degli individui e della popolazione, ha assunto dimensioni abnormi, anche se la maggior parte dei cittadini e degli stessi operatori sanitari sembra avere poca consapevolezza di ciò, come del fatto che l'uso inappropriato di risorse può pregiudicare nel tempo la disponibilità stessa di risorse.

Azioni correttive:

- promuovere la ricerca e l'insegnamento accademico sui temi dell'appropriatezza , come vero antidoto all'eccesso (come pure alla carenza) di diagnosi e trattamenti

- incoraggiare un dibattito pubblico che accresca la consapevolezza del problema e sviluppi

antidoti scientifici e culturali tra i sanitari, i decisori e gli assistiti

valorizzare iniziative internazionali e nazionali come le campagne del movimento Choosing Wisely (www.choosingwiselyitaly.org – Fare di più non significa fare meglio/Slow Medicine [Link](#), progetto rilanciato da FNOMCeO [Link](#)), quelle di prestigiose riviste mediche quali Jama Internal Medicine (Less is more series), British Medical Journal (Too much medicine), Lancet (Right care), le iniziative promosse dall'OCSE nel documento Tackling Wasteful Spending on Health, presentato alla Conferenza dei Ministri della sanità di 35 Paesi (Parigi 2017)

- incentivare la Prevenzione quaternaria, proposta dall'Associazione scientifica mondiale della medicina generale/di famiglia WONCA, come difesa dall'invadenza della medicina e da una "prevenzione" non necessaria ([Link](#)).

- contrastare i conflitti di interessi intrinseci nel sistema premiante di molti attori in Sanità , che rendono convenienti gli eccessi di diagnosi e di trattamenti e la scelta di quelli più redditizi per chi li produce/attua, a prescindere dai risultati sperimentare modelli di remunerazione differenti da quelli in uso, che allineino alla salute della comunità dei cittadini le convenienze della maggior parte degli attori in Sanità, a partire dai medici e dalle organizzazioni in cui essi operano (es. [Link](#)).

3. Fondi sanitari

Accanto al SSN sta emergendo un "sistema sanitario privato" per erogare servizi e prestazioni a una crescente quota di cittadini

“assicurati”. La posizione della Rete Sostenibilità e Salute è stata espressa in un appello e in un documento di supporto ([Link appello](#), [Link documento](#)).

Questo “sistema privato” (per brevità d’ora in poi “Fondi sanitari”) comprende un variegato settore formalmente non profit e quello for profit delle assicurazioni sanitarie commerciali, cosiddetti 2° e 3° “pilastro” nella tutela della salute.

Di fronte all’arretramento programmato del SSN, organizzazioni e cittadini che ne hanno la possibilità si “assicurano”, senza percepire la minaccia che ciò rappresenta per il nostro SSN, e per la salute stessa dei cittadini. Infatti

– lo Stato finanzia (con incentivi, detrazioni fiscali, oneri deducibili) questo “sistema sanitario privato” a scapito del buon funzionamento del SSN, sottraendogli risorse preziose e favorendo in apparenza le fasce più avvantaggiate dal punto di vista socioeconomico e di salute che accedono a tale sistema parallelo, scaricando parte dei costi su chi non ne usufruisce, pur avendo salute in media peggiore. In apparenza, perché con i Fondi le fasce privilegiate possono ricevere più prestazioni, ma senza la garanzia dell’appropriatezza questo maggior interventismo si traduce non di rado in un danno anche per la loro salute.

– Inoltre, più che integrare l’offerta del SSN, questo sistema privato vi si sostituisce, duplicando prestazioni già disponibili.

Ma i Fondi sanitari, anche garantiti dai datori di lavoro, peggiorano la sostenibilità del SSN anche per altri motivi.

– Inefficienza: gestire milioni di transazioni connesse a questo sistema sanitario privato è dispendioso per professionisti sanitari e amministrazioni pubbliche, che devono sacrificare risorse, anche di tempo, per negoziare, stipulare/rinnovare contratti, documentare le prestazioni eseguite, tener conto dei vari regolamenti, eseguire i controlli delle centinaia di Fondi sanitari.

– Induzione al consumo: tali sistemi sanitari privati, per sopravvivere e svilupparsi, devono vendere il maggior numero possibile di prestazioni, pertanto inducono i cittadini a consumare favorendo anche tante prestazioni non necessarie, fondamentali per mantenere i ricavi. All’aumento dell’offerta segue così un aumento della domanda, con i rischi per la salute già segnalati.

I paesi con “sistemi assicurativi” (anche non profit, mutualistici) molto sviluppati, pur non avendo affatto migliori esiti di salute, hanno spesa sanitaria sia totale, sia pubblica in media maggiori rispetto ai paesi con minor peso di Fondi sanitari/assicurazioni, come

nel caso di paesi con un SSN.

Per l'aumento di transazioni amministrative improduttive e l'induzione di consumi sanitari anche futili, dove è più forte la componente privata del sistema sanitario:

– è maggiore la spesa sanitaria totale (sia in % sul PIL che come spesa pro-capite)

– è maggiore anche la spesa pubblica, in contrasto con l'obiettivo dichiarato di ridurla

– ed è anche maggiore la spesa privata complessiva (se calcolata correttamente come somma di quella che i cittadini pagano in modo diretto, e di quella che pagano in modo indiretto, come spesa intermediata dai Fondi sanitari).

Azioni correttive:

- invertire la rotta, prima che l'attuale politica finanziaria e sanitaria faccia crollare la sostenibilità per il SSN assistendo senza porre argine all'eccesso di diagnosi e terapie per troppi cittadini e al sottotrattamento di altri

- pur riconoscendo i benefici teorici di sistemi sanitari privati che si limitassero a offrire, a chi è libero di associarsi, prestazioni di efficacia provata e solo integrative all'attuale offerta del SSN, si chiede che cessino i privilegi fiscali destinati ai fondi sanitari e le risorse sottratte ai privilegi fiscali destinate a potenziare le maggiori inefficienze del SSN

- riorientare i benefici fiscali oggi concessi a datori di lavoro/lavoratori come "welfare aziendale": non più screening sostitutivi dell'offerta del SSN (né tanto meno in eccesso rispetto a quelli raccomandati, o irrazionali check-up), che chi volesse comunque attuare dovrebbe pagarsi. Indirizzare invece incentivi per "render facili le scelte salutari": es. disponibilità di linee alimentari/cibi e bevande salutari in ristorazioni aziendali, distributori automatici, eventi aziendali; promuovere occasioni di attività fisica, es. locandine accanto agli ascensori che incoraggiano a fare le scale in alternativa, condizioni agevolate per frequentare palestre/piscine...; offerta sul posto di lavoro di programmi di counselling strutturato per la disassuefazione dal fumo e fornitura gratuita di farmaci efficaci nel favorire la cessazione; salette attrezzate con poltrona e fasciatoio per consentire l'allattamento materno...

4. Legge vaccini

Nella campagna elettorale alcune forze politiche hanno riproposto la contrarietà all'obbligo universale. La posizione della Rete

Sostenibilità e Salute è stata espressa in alcuni documenti ([Link](#), scheda meningococco B). Prima dell'approvazione della legge, la RSS aveva proposto di entrare nel merito del PNPV e delle disposizioni, aprendo senza precipitazioni né pregiudiziali un dibattito in contesti scientifici cui partecipassero anche esperti senza relazioni finanziarie con produttori né condizionamenti di carriera ([Link](#), [Link](#)). L'intento era di valutare nel merito per ciascuno dei vaccini in discussione la necessità dell'obbligo, e di considerare le più funzionali modalità di implementazione. La richiesta non è stata accolta, ma resta valida: è indubbio che le leggi in vigore vadano intanto applicate, ma riteniamo che queste si possano ancora discutere in base ad argomentazioni scientifiche, e all'occorrenza migliorare. Azioni correttive:

- riaprire in sedi scientifiche un confronto costruttivo, basato sulle prove disponibili e che identifichi le aree grigie in cui una ricerca indipendente e di disegno valido dovrà fornire prove migliori
- rendere più efficiente la rete di farmacovigilanza, con l'obiettivo di arrivare al numero di segnalazioni di reazione avverse raggiunto dalla regione più virtuosa, e in aggiunta affiancare al sistema delle segnalazioni spontanee (farmacovigilanza passiva) un sistema di ricerca attiva degli eventi avversi su un campione rappresentativo di popolazione.

5. Finanziamento del SSN

Alcune forze politiche, in pratica tutti i sindacati medici e la maggior parte degli attori in Sanità chiedono di aumentare i finanziamenti per il SSN e per la Sanità in genere, ma di norma senza offrire concrete contropartite al Governo e all'intero Sistema Sociale. Alcuni propongono soglie di spesa pubblica, adeguamenti alla spesa pro-capite dei maggiori paesi europei, o a soglie di PIL da destinare alla Sanità.

La posizione della Rete Sostenibilità e Salute è un po' diversa, anche perché le associazioni conoscono dall'interno le voragini di inappropriata e sprechi presenti in tante parti di un sistema sanitario, che coesistono con situazioni di indubbia sofferenza e di iniquità.

Si è visto, peraltro, che chi vive in aree geografiche dove la spesa sanitaria è più elevata ha più probabilità di ricevere cure inappropriate di chi vive dove il livello di spesa è minore. Per migliorare la qualità delle cure non basta quindi mettere a disposizione nuove risorse bisogna specificare anche come si intende utilizzarle ([link](#)).

Azioni correttive:

- dare certezza nel tempo al finanziamento della Sanità: non si può accettare la continua revisione (al ribasso) degli impegni complessivi di spesa, che rende impossibile ogni seria programmazione
- chi chiede risorse dovrebbe anzitutto dichiarare cosa s'impegna a offrire e documentare perché la destinazione di risorse che richiede sarebbe migliore rispetto a impieghi alternativi
- non prevedere generici aumenti di finanziamento, che di per sé non danno garanzie del successivo buon impiego delle allocazioni. Le allocazioni dovrebbero invece essere specifiche, e seguire a pubblici dibattiti, con priorità e obiettivi compresi e condivisi da gran parte di una pubblica opinione che abbia accesso a informazioni più bilanciate e comparative, dovrebbero inoltre essere indicati in modo misurabile i risultati attesi, di cui i destinatari dei finanziamenti dovranno render conto alla pubblica opinione
- riprendiamo, con un'importante precisazione, una proposta del GIMBE: rimodulare i LEA, per garantire a tutti servizi e prestazioni sanitarie di alto value (cioè: ritorni in termini di salute delle risorse investite in sanità), alla luce delle prove scientifiche disponibili; destinare quelle di basso value alla spesa privata, ma senza benefici fiscali, e con chiara comunicazione che non sono incluse nei LEA per la complessiva probabilità che i cittadini ricevano più svantaggi che vantaggi da tali servizi e prestazioni. Impedire infine l'erogazione di prestazioni di value negativo. Investire in una efficace informazione ai cittadini, sul fatto che esami e trattamenti non necessari oltre a essere uno spreco possono essere dannosi e introducendo parametri di valutazione e di finanziamento basati su appropriatezza ed esiti clinici
- prevedere comunque un importante finanziamento per la ricerca sanitaria indipendente da interessi commerciali, con priorità a ricerche che valutino:
 - efficacia, sicurezza e costo-efficacia comparative delle tecnologie sanitarie (farmaci, strumenti diagnostici, dispositivi sanitari, modelli organizzativi...) in uso e di quelle che si chiede di introdurre
 - i modi più efficaci di implementare comportamenti di provato altissimo rendimento in termini di salute, come allattamento al seno, astensione dal fumo, uso modico di bevande alcoliche, modelli di alimentazione salutari, attività/esercizio fisico, mantenere un peso corporeo salutare, evitare comportamenti a rischio, risparmio

energetico e tutela dell'ambiente, contrasto al consumismo sanitario, deprecrizione di terapie non/non più necessarie...

- per la non autosufficienza andrebbero previste risorse regionali o comunali per la prevenzione sociale rivolta ai pazienti fragili, con implementazione del welfare di prossimità/comunità anche con infermieri di comunità che organizzino le reti di assistenza (in vari stati le comunità locali si autofinanziano per questo).

6. Ticket sanitari

Alcune forze politiche e sociali chiedono l'abolizione dei ticket. In linea di principio condividiamo la prospettiva, ma riteniamo che per poterla attuare senza pesanti ricadute negative sia prima necessaria una riforma del modello di remunerazione e in generale del sistema premiante dei medici, che allinei fortemente le loro convenienze alla salute e all'etica ippocratica, minimizzando il peso relativo di condizionamenti di altra natura.

Siamo invece d'accordo sull'abolizione subito del cosiddetto superticket, che rende in molti casi più conveniente il ricorso diretto al privato. Dal punto di vista di quest'ultimo, la misura è conveniente. Dal punto di vista del SSN sarebbe razionale (benché eticamente discutibile) solo se portasse un effettivo sollievo alla spesa sanitaria pubblica; ma ciò presupporrebbe una fissità del "bisogno sanitario": solo in tal caso la quota soddisfatta dal privato, pagato privatamente dai cittadini, alleggerirebbe il carico del SSN. In realtà avviene l'opposto, perché il bisogno sanitario non è rigido, ma in ampia misura indotto/inducibile: le strutture private che acquisiscono pazienti/clienti aumentano l'induzione per conquistarli anche nel futuro, senza contare il fatto che le ricadute in termini di ulteriori accertamenti e costose terapie conseguenti ad accertamenti "da approfondire" eseguiti nel privato spesso ritornano comunque a carico del SSN (NB: la stessa azione di induzione di prestazioni, oltre che di mascheramento degli oneri reali sostenuti, è svolta dai Fondi Sanitari).

Azioni correttive:

- abolire il superticket
- rilancio della proposta strategica avanzata nella scheda Eccessi diagnostici e terapeutici: sperimentare modelli di remunerazione differenti da quelli in uso, che allineino alla salute della comunità dei cittadini le convenienze della maggior parte degli attori in Sanità, a partire dai medici e dalle organizzazioni in cui essi

operano.

7. Determinanti ambientali, economici e sociali della salute
Non vi è dubbio che l'ambiente (aria, acqua, terreni, clima, ambienti domestici e di lavoro, spazi urbani, distribuzione dei servizi commerciali, etc) influenzi la salute e che molte attività dei sistemi sanitari influenzino a loro volta l'ambiente, spesso in modo negativo. A riguardo, si sottolinea come la rivista "The Lancet" definisca i cambiamenti climatici la maggior minaccia per la salute del 21° secolo.

Non vi è dubbio nemmeno sull'importanza dei determinanti economici e sociali per la salute. Si stima che solo un terzo circa degli effetti sulla salute siano imputabili ai sistemi e ai servizi sanitari; i rimanenti due terzi sono attribuibili ai determinanti ambientali, economici e sociali. Inoltre, questi determinanti sono spesso associati alle disuguaglianze di salute all'interno di una popolazione e, quando non sono affrontati, caratterizzano come iniquo il sistema, compreso il sistema sanitario.

Qualsiasi programma di governo per la salute, nazionale e locale che sia, non può quindi prescindere dall'agire sui determinanti ambientali, economici e sociali, pena il persistere delle iniquità. Tale responsabilità, ovviamente, non ricade solo sul sistema sanitario e richiede la collaborazione degli altri settori e ministeri implicati. La RSS non può quindi esimersi dal proporre azioni anche su questi determinanti.

Azioni correttive:

- applicare pienamente la strategia per "la salute in tutte le politiche" ([Link](#))
- rivedere tutti i sistemi d'informazione sulla salute, nazionali, regionali e locali, con una "lente di equità" (genere, reddito, classe sociale, educazione, provenienza, lavoro, migrazione, etc), che permetta di rilevare periodicamente le disuguaglianze associate ai determinanti ambientali, economici e sociali e di modificare le politiche relative per porvi rimedio (vedi il rapporto "L'Italia per l'equità della salute" prodotto da Inmp, Istituto superiore di sanità, Agenas e Aifa e coordinato da Giuseppe Costa; [Link](#))
- affrontare, per migliorarle, le condizioni materiali, sociali, educative e culturali associate a svantaggi di salute e a rischi per la salute, oltre che a limitazioni di accesso ai servizi di salute, agendo, tra l'altro, sulla pianificazione territoriale, sulle politiche salariali e fiscali, e sulla legislazione riguardante i diritti umani ([Link](#))

- fare in modo che il sistema sanitario contribuisca a ridurre l'impronta ecologica delle attività umane, applicando, per esempio, i principi per un climate-friendly hospital ([Link](#)) e agendo insieme agli altri ministeri (energia, agricoltura, trasporti, etc.) per ridurre l'inquinamento e le emissioni complessive di gas serra ([link](#)).

[Download \(PDF, 121KB\)](#)

DICO 32. SALUTE PER TUTTE E TUTTI! UNA CAMPAGNA PER IL DIRITTO ALLA SALUTE – INCONTRO NAZIONALE DEI MOVIMENTI E DELLE ASSOCIAZIONI IMPEGNATI NELLA DIFESA DELLA SALUTE

Campagna Diritto alla Salute – bozza 13.11.17
INCONTRO NAZIONALE DEI MOVIMENTI E DELLE ASSOCIAZIONI IMPEGNATI NELLA DIFESA DELLA SALUTE
Milano 5 Novembre 2017

Documento finale

DICO 32. SALUTE PER TUTTE E TUTTI! UNA CAMPAGNA PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

Per la Costituzione italiana (Art. 32), la salute è un diritto di tutte le persone e un dovere della collettività. Sappiamo che la nostra salute dipende da tanti fattori, come l'ambiente in cui viviamo e i diritti e i servizi a cui abbiamo accesso (casa, lavoro, reddito, istruzione, sanità, spazi di socializzazione...). Sappiamo anche che la salute non è uguale per tutte e tutti, e che malattia e mortalità colpiscono maggiormente le persone appartenenti alle classi sociali più svantaggiate. I cambiamenti climatici e le minacce ambientali legate all'attuale sistema produttivo non fanno che aumentare queste disuguaglianze, e compromettono la sostenibilità nostra e del pianeta. In questi anni di crisi economica, le politiche di austerità messe in atto dai governi di tutta Europa hanno aumentato le disuguaglianze sociali e quindi di salute: sotto i diktat europei del pareggio di bilancio sono stati attaccati i sistemi di welfare costruiti con le lotte dei lavoratori del dopo guerra, proprio quando sarebbe stato necessario investire maggiormente nella protezione sociale per tutelare la popolazione. Le risorse assegnate alla salute sono state sistematicamente ridotte, e questo ha portato a un peggioramento della qualità e dell'accessibilità dei servizi, delle condizioni di lavoro in sanità, dei risultati in salute. Ne hanno fatto le spese in particolare le donne, con il ridimensionamento dei consultori e le pesanti restrizioni in tema di interruzione volontaria della gravidanza, così come i servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro e

i servizi di salute mentale. I valori fondamentali di universalismo e solidarietà, propri del Servizio Sanitario Nazionale, sono stati sostituiti da logiche aziendali di efficienza, contenimento dei costi, tutela di interessi privati e non del bene collettivo.

Alla sistematica riduzione dell'impegno pubblico corrisponde una proliferazione di coperture sanitarie assicurative private o mutualistiche, sempre più inserite nei contratti di lavoro e agevolate da politiche statali di defiscalizzazione, e un'espansione senza precedenti dell'offerta privata di servizi. Tutto questo porta a un sistema segmentato e diseguale: da un lato un servizio sanitario pubblico "al ribasso" per i meno abbienti (o per chi non ha una sufficiente tutela contrattuale), e dall'altro una sanità privatizzata differenziata a seconda dei benefit previsti dai contratti lavorativi o per chi se la può pagare. Eppure è stato dimostrato che i sistemi sanitari pubblici sono più efficaci di quelli privati: offrono maggiori garanzie nella tutela della salute, e sono meno costosi per la collettività. Per esempio, sono gli unici a occuparsi di prevenzione e promozione della salute, ambiti che non generano profitti e quindi non sono interessanti per il mercato. Inoltre, un serio intervento sulla salute collettiva e individuale coinvolge necessariamente una serie di ambiti (lavoro, istruzione, ambiente...) che, lasciati come oggi alla gestione di privati in concorrenza tra loro, non potranno mai generare una politica della salute organica. Vogliamo dire a chi fa profitti sulla nostra salute, e alla macchina statale che li aiuta, che noi abbiamo altri obiettivi e non ci fermeremo fino a che non li avremo raggiunti: non la mercificazione della salute, ma il suo miglioramento per tutte e tutti. Nel metterci in movimento, guardiamo a chi è già impegnato a costruire resistenza e alternative, come i movimenti delle donne, per il diritto all'abitare, per la sovranità alimentare e la difesa dei territori, contro i trattati di libero commercio; movimenti con cui vogliamo costruire alleanze strategiche che ci aiutino a fare fronte comune. Guardiamo anche all'Europa e agli altri Paesi del mondo, le cui popolazioni vivono problemi simili ai nostri e con le quali ci impegniamo in azioni di solidarietà e rete.

Proponiamo la data del 7 aprile, giornata mondiale della salute, come un momento di convergenza e mobilitazione per dire insieme che la salute è un diritto, e non è in vendita. Ma cominciamo fin da oggi a collaborare per fare di questa data una tappa di un cammino comune che ci porti non solo a bloccare la privatizzazione della salute, ma anche a progettare e costruire un servizio sanitario realmente universale e

democratico, inserito in una società e in un ambiente in salute.

I NOSTRI PRINCIPI

Noi associazioni, comitati, gruppi e reti attivi nella difesa del diritto alla salute a livello locale, regionale e nazionale, riuniti a Milano il 4 e il 5 novembre 2017, ci riconosciamo nei seguenti principi:

La tutela della salute è un diritto umano fondamentale e non una fonte di profitto. I servizi sanitari devono essere perciò protetti da ogni logica di mercato.

Prevenzione e promozione della salute – a partire dalla tutela dell'ambiente – devono essere al centro in tutti gli aspetti della vita e del lavoro.

Garantire prestazioni sanitarie utili, necessarie ed efficaci, accessibili a tutte e a tutti senza vincoli di cittadinanza o residenza, è una responsabilità dei governi, che devono investire risorse adeguate.

Il finanziamento dei servizi di tutela della salute deve essere di tipo progressivo, basato sulla fiscalità generale e sul principio di redistribuzione delle risorse in base ai bisogni.

Le persone, attraverso una partecipazione democratica, devono giocare un ruolo attivo nei propri percorsi di cura e nella definizione delle politiche di salute locali, nazionali e globali. La vera malattia, infatti, è la mancanza di partecipazione.

I NOSTRI OBIETTIVI

1. Sostenere la salute, non ciò che la distrugge

Aumento almeno del 10% del Fondo Sanitario Nazionale

Abrogazione del pareggio di bilancio in costituzione e blocco delle spese distruttive come la produzione bellica e gli investimenti in opere inutili e dannose, per tornare a investire in istruzione, sanità e tutela ambientale

Rispetto degli impegni dell'accordo di Parigi sulla riduzione delle emissioni e il contrasto ai cambiamenti climatici

2. Un servizio di qualità che risponde ai bisogni

Destinazione prioritaria dei fondi aggiuntivi alla prevenzione e a servizi territoriali vicini alle persone, integrati, accessibili a tutte e tutti

Assegnazione delle risorse alle regioni e ai territori in base a indicatori di deprivazione sociale e bisogni di salute, non soltanto alla numerosità e all'anzianità della popolazione

Rinnovo dei contratti del personale sanitario con istituzione del contratto unico, superamento del precariato e assunzione di personale

in relazione ai bisogni dei territori

Ritorno alla gestione diretta dei servizi esternalizzati

Abolizione dei sistemi di finanziamento basati sulle prestazioni, che pagano la malattia e non la salute

3. Piena accessibilità alle cure – Abolizione dei ticket

Garanzia di accesso alle cure efficaci: se il prezzo dei farmaci chiesto dai produttori è eccessivo, sospensione del brevetto come previsto dagli accordi internazionali

Iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale con attestazione di domicilio o effettiva dimora

Applicazione dell'accordo Stato-Regioni sull'accesso ai servizi delle persone straniere, garantendo criteri di assistenza omogenei sul territorio nazionale

4. La salute nelle mani delle persone

Obbligo di trasparenza per le aziende sanitarie, con pubblicazione di bilanci sociali, di missione ed economici

Introduzione di forme di partecipazione democratica alle decisioni in materia di politica sanitaria e gestione dei servizi a tutti i livelli, che coinvolgano sia chi utilizza i servizi che chi vi lavora

5. Nessun profitto sulla salute

Abolizione delle agevolazioni fiscali per le assicurazioni e i fondi sanitari

Superamento della gestione aziendalistica dei servizi sanitari con trasformazione delle aziende sanitarie in agenzie pubbliche con obiettivi di salute

6. Ricerca e innovazione dove servono

Finanziamento della ricerca indipendente nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, centrata su problemi prioritari per la salute pubblica

Creazione di un'azienda pubblica per la produzione dei farmaci

Formazione adeguata e aggiornamento continuo obbligatorio del personale sanitario, indipendentemente dal rapporto di lavoro, finanziato da un fondo vincolato

[Download \(PDF, Sconosciuto\)](#)