

## APPELLO DELLA RETE SOSTENIBILITÀ E SALUTE: I Fondi Sanitari “integrativi” e sostitutivi minacciano la salute del Servizio Sanitario Nazionale

### APPELLO DELLA RETE SOSTENIBILITÀ E SALUTE

I Fondi Sanitari “integrativi” e sostitutivi minacciano la salute del Servizio Sanitario Nazionale

C'è accordo generale nell'auspicare un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) efficiente, che riesca a garantire cure efficaci per tutti in tempi rapidi e medici interessati e attenti alla nostra salute.

Tuttavia i tagli alla spesa pubblica avviati negli ultimi decenni e aumentati a seguito della crisi economica stanno incidendo fortemente sulle scelte di politica sanitaria e sul finanziamento del SSN sottraendo risorse importanti per lo stato di salute sia del SSN che dei cittadini di cui dovrebbe tutelare il diritto alla salute.

Negli ultimi anni inoltre, sull'onda di un trend internazionale intensificatosi in seguito alla crisi, accanto al SSN si è assistito all'emergere di un “servizio sanitario privato” in grado di erogare servizi e prestazioni fruite da una crescente quota di cittadini “assicurati”, che oggi si stima arrivino a 14 milioni.

Questo “servizio sanitario privato” comprende un variegato settore non profit, costituito da fondi sanitari, casse mutue e società di mutuo soccorso, previdenze sanitarie garantite dai datori di lavoro; e il settore for profit delle assicurazioni sanitarie commerciali. La logica in apparenza è semplice: dove non arriva il SSN, in seguito ai tagli progressivi, si crede possa arrivare tale servizio privato, integrando eventuali mancanze del SSN, fornendo uno strumento per la sua sostenibilità e costituendo un nuovo “pilastro” nella tutela della salute dei cittadini.

Su questa scia, di fronte all'arretramento del SSN, le organizzazioni e i cittadini che ne hanno la possibilità assicurano se stessi e le proprie famiglie, senza essere consapevoli che questo “servizio sanitario privato” rappresenta una delle maggiori minacce attuali per il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Le casse dello Stato infatti finanziano (tramite incentivi, detrazioni fiscali e oneri deducibili) la crescita di questo “servizio sanitario privato” a scapito del buon funzionamento del SSN. Per cui non solo si sottraggono risorse preziose al principale pilastro a reale tutela della salute di tutti i cittadini, il SSN; ma le fasce di popolazione più avvantaggiate dal punto di vista socioeconomico e da quello di salute che accedono a questo nuovo “pilastro” sanitario, grazie ai privilegi fiscali scaricano parte dei costi su chi non può accedervi e

non ne usufruisce, pur versando in condizioni di salute in media peggiori.

Inoltre, al contrario di quanto la legge istitutiva intendeva evitare, più che integrare l'offerta del SSN verso bisogni di salute dei cittadini, questo servizio sanitario privato tende a sostituirvisi erogando, duplicandole, prestazioni nella maggior parte dei casi già disponibili.

Ma i fondi sanitari, casse mutue, previdenze sanitarie garantite dai datori di lavoro e assicurazioni sanitarie commerciali peggiorano la sostenibilità del SSN anche per altri motivi.

Il primo riguarda l'(in)efficienza: gestire milioni di transazioni connesse a questo servizio sanitario privato è molto dispendioso per i professionisti sanitari e le amministrazioni pubbliche, che devono sacrificare parte delle proprie risorse, anche di tempo, per negoziare, stipulare e rinnovare i contratti, documentare le prestazioni eseguite, tenere conto dei diversi regolamenti, eseguire i controlli delle centinaia di fondi che costituiscono questo servizio sanitario privato.

Un'ulteriore e più subdola minaccia riguarda il modo con cui i cittadini si relazionano con la propria salute e con le prestazioni sanitarie. Tali servizi sanitari privati, per sopravvivere, hanno bisogno di vendere il maggior numero possibile di prestazioni. Per garantire la propria sopravvivenza e sviluppo, inducono i cittadini a consumare un numero di prestazioni che permetta loro di avere ricavi sufficienti. C'è però spesso molta differenza tra il numero di prestazioni di cui necessitano tali servizi sanitari privati per sopravvivere e svilupparsi e ciò di cui i cittadini hanno davvero bisogno per una buona salute. Questi servizi sanitari privati finiscono così per aumentare il bisogno dei cittadini di consumare prestazioni anche non necessarie per la salute (quando non dannose), ma fondamentali per il mantenimento degli utili. All'aumento dell'offerta di prestazioni anche non necessarie fa così seguito un aumento della domanda.

Questo "secondo pilastro" è caldeggiato con l'intento dichiarato di ridurre la spesa sanitaria pubblica. Ma si può invece osservare che i paesi dotati di "sistemi assicurativi" (anche non profit, di tipo mutualistico) molto sviluppati, pur non avendo affatto migliori esiti di salute, hanno sia la spesa sanitaria totale, sia quella pubblica in media maggiori rispetto ai paesi in cui la presenza di fondi sanitari e assicurazioni commerciali è tuttora inferiore, come accade nei paesi con un SSN. Per l'aumento di transazioni amministrative improduttive e

l'induzione di consumi sanitari anche futuri, dove è più forte la componente privata del Servizio Sanitario la spesa sanitaria totale è maggiore (sia in termini percentuali sul PIL che come spesa totale). Ma è maggiore anche la spesa sanitaria pubblica, in netto contrasto con l'obiettivo dichiarato di ridurla, ed è persino maggiore la spesa privata complessiva (se non si considera solo quella pagata in modo diretto dai cittadini, ma se si somma la spesa privata intermediata da fondi sanitari e assicurazioni).

Non si dimentichi, infine, che il SSN italiano è nato anche perché le mutue erano andate in fallimento e sono state liquidate.

In considerazione della minaccia rappresentata per il SSN da tale sanità sedicente "integrativa", la Rete Sostenibilità e Salute chiede agli enti pubblici, ai sindacati, ai cittadini, ai partiti politici di invertire la rotta, prima che l'attuale politica finanziaria e sanitaria determini la completa insostenibilità per il SSN e che molti cittadini siano esposti a un eccesso di prestazioni inutili e persino iatrogene, mentre tanti altri si trovino nell'impossibilità di potersi curare.

Pur riconoscendo i benefici che potrebbero derivare da servizi 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, la Rete Sostenibilità e Salute chiede che cessino i privilegi fiscali destinati ai fondi sanitari, che alcuni vorrebbero estendere anche alle assicurazioni.

Le risorse derivanti dalla cessazione di tali privilegi fiscali sarebbero meglio destinate al potenziamento degli aspetti lamentati dai cittadini come inefficienze del SSN, a partire dalla riduzione delle liste di attesa per le prestazioni di efficacia provata, e dall'erogazione di assistenza domiciliare e cure odontoiatriche.

Bologna, 28 Ottobre 2017

Rete Sostenibilità e Salute

Associazione Dedalo 97

Associazione Frantz Fanon

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

GDL Diritti Umani Psicologi del Piemonte

Federspecializzandi

Fondazione Allineare Sanità e Salute

Giù le Mani dai Bambini ONLUS

Italia che Cambia

Medicina Democratica ONLUS

Movimento per la Decrescita Felice

No Grazie Pago Io

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

Segretariato Italiano Studenti in Medicina, SISM

Società Italiana Medicina Psicosomatica

Slow Food Italia

Slow Medicine

Vivere sostenibile

PRIMI FIRMATARI

– Prof. Ivan Cavicchi – Docente presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Tor Vergata di Roma

– Dr.ssa Nicoletta Denticò – direttrice di Health Innovation in Practice (HIP)

– Aldo Gazzetti – Forum per il Diritto alla Salute Lombardia

– Prof. Elena Granaglia – Professore ordinario di Scienza delle Finanze (SECS/P03) presso la Facoltà/il Dipartimento di Giurisprudenza di Roma3

Media relation Rete Sostenibilità e Salute

– Email: [rete@sostenibilitaesalute.org](mailto:rete@sostenibilitaesalute.org)

– Sito: [www.sostenibilitaesalute.org](http://www.sostenibilitaesalute.org)

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

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

---

[Forum Internazionale per il diritto alla salute e l'accesso universale alle cure \(4 e 5 novembre a Milano\)](#)



Il 5-6-novembre si riunirà a Milano il G7 sulla salute. I potenti della terra discuteranno su come trarre ulteriore profitto dalla nostra salute e dalla devastazione del pianeta.

---

FORUM INTERNAZIONALE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE E L'ACCESSO ALLE CURE

---

#### PROGRAMMA

SABATO 4 NOVEMBRE 2017

Spazio "BASE" via Bergognone 34, Milano

- h. 9.00 APERTURA DEI LAVORI

Basilio Rizzo, gruppo consiliare Milano in Comune

- h 9,30 RELAZIONE INTRODUTTIVA

Vittorio Agnoletto medico, docente universitario, comitato "Salute senza padroni e senza confini"

- h 10,00 -11,15 PRIMA SESSIONE Disuguaglianze sociali e povertà come cause di malattia

Coordinatore sessione: Piergiorgio Duca, medico, Università di Milano

Relatori:

Franco Cavalli, oncologo, Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI), già Presidente Unione Internazionale contro il Cancro (UICC)

Matthew T Roberts, European Coordinating Committee of Universities Allied for Essential Medicines (UAEM), PHM (People's Health Movement)

• h 11,15 -12,30 SECONDA SESSIONE L'accesso alle terapie, i brevetti e gli accordi Trips

Coordinatore sessione: Gavino Maciocco, medico, Università di Firenze, direttore di

saluteinternazionale, esperto in salute globale

Relatori:

Gianni Tognoni, medico, Istituto Mario Negri, Milano

Sarojini Nadimpally, Executive Director, Sama Resource Group for Women and Health -Steering Committee. Member of PHM

• h 12,30 – 13,30 PAUSA PRANZO

• h 13,30 -15,00 LAVORI DI GRUPPO

GRUPPO 1: Disuguaglianze sociali e povertà come cause di malattia

Coordinatore del gruppo: Pierfranco Olivani. medico, già presidente del Naga, Milano

GRUPPO 2: L'accesso alle terapie e gli accordi Trips

Coordinatore del gruppo: Fulvio Aurora, Medicina Democratica, responsabile nazionale vertenze. Milano

GRUPPO 3: La privatizzazione dell'assistenza sanitaria

Coordinatrice del gruppo: Chiara Bodini, medico, PHM Europe

GRUPPO 4: I cambiamenti climatici e le ricadute sulla salute, la difesa dell'acqua e della terra come beni comuni

Coordinatrice del gruppo: Ilaria Sesana, giornalista Altraeconomia

• h 15,00 – 15,30 SINTESI DEI GRUPPI DI LAVORO Coordina: Alessandro Braga, "37e2" Radio Popolare

Interventi dei coordinatori dei gruppi di lavoro

• h 15,30 – 16,45 TERZA SESSIONE

La privatizzazione dell'assistenza sanitaria

Coordinatrice sessione: Nicoletta Dentico, Coordinatrice della coalizione Democratising Global Health (DGH)

Relatori:

Zeynep Varol, Medico, Turkish Academics for Peace, PHM

Yves Hellendorff, Segretario nazionale del Secteur Non Marchand de la CNE (Santè-social-culture)

Jean Vignes, Segretario generale della Federation SUD Santè Sociaux

Louise O'Reilly, Relatore sulla salute, Parliament, Sinn Féin -Ireland

• h 16,45 – 18,00 QUARTA SESSIONE

I cambiamenti climatici e le ricadute sulla salute, la difesa dell'acqua e della terra come beni comuni

Coordinatore sessione: Gianni Tamino, biologo, già professore Università di Padova

Relatori:

Emilio Molinari, Contratto mondiale dell'acqua, Milano

Estefania Torres Martinez, Europarlamentare GUE-NGL, Commissione Ambiente, Podemos – Spagna

• h 18,00- 18,30 CONCLUSIONI

Estefania Torres Martinez, MEP GUE-NGL , Commissione Ambiente Lettura della dichiarazione finale: "Salute senza padroni e senza confini"

[Visualizza mappa ingrandita](#)

---

DOMENICA 5 NOVEMBRE 2017

h. 9 -17 c/o " Residence AldoDice26x1" via Oglio 8, Milano

Incontro nazionale dei movimenti e delle associazioni impegnati nella difesa della salute.

[Visualizza mappa ingrandita](#)

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

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

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

Appello per l'adesione al Forum Internazionale

per il diritto alla salute e l'accesso universale alle cure (4 e 5 novembre a Milano)

Il 5 e il 6 novembre 2017 si svolgerà a Milano l'incontro dei ministri della salute del G7, ultima tappa di una serie di riunioni ministeriali che in questi mesi hanno visto le rappresentanze dei potenti della terra discutere su tematiche come l'ambiente, i trasporti, l'industria, la scienza, il lavoro, l'agricoltura, il cibo. Anche se l'agenda dell'incontro non è stata ancora resa nota, sembra che i principali temi al centro del dibattito saranno le ricadute sulla salute dei cambiamenti climatici e le politiche sui farmaci. L'11% della popolazione mondiale ha problemi di alimentazione, soprattutto in zone coinvolte da conflitti e da situazioni ambientali disperate. Negli ultimi decenni l'aumento delle concentrazioni di carbonio, conseguenza della deforestazione e della combustione di carbone, petrolio e gas, ha provocato gravissime conseguenze come il surriscaldamento del globo e pericolose alterazioni all'ecosistema con

un susseguirsi di eventi climatici estremi, il cui impatto sulla salute è di proporzioni disastrose. Si stima che, a livello globale, nel 2000 si siano verificati circa 150.000 morti a causa del cambiamento climatico. In assenza di cambiamenti decisivi nelle politiche ambientali l'OMS prevede che entro il 2040 si raggiungeranno i 250.000 morti all'anno.

La desertificazione di vaste aree, la privatizzazione e il dirottamento di risorse idriche a beneficio del profitto delle multinazionali privano dell'accesso all'acqua intere popolazioni. Quasi 700 milioni di persone al mondo, secondo l'OMS e l'UNICEF, non possono usufruire di acqua pulita. La disuguaglianza nella disponibilità e nel consumo di acqua tra paesi ricchi e paesi poveri è enorme e sta continuamente aumentando.

L'accesso ai farmaci è determinato dalle logiche di mercato imposte dalle multinazionali che governano il settore e non certo da priorità decise in base a obiettivi di salute pubblica. Mentre viene incentivato il consumismo di prodotti inutili, è ostacolata la diffusione dei più economici farmaci equivalenti e a milioni di malate e malati è negato il diritto di assumere i farmaci necessari perché troppo costosi. In questo quadro va sottolineato il ruolo del capitale finanziario che spinge l'acceleratore sulla commercializzazione della salute a danno di tutte le donne e gli uomini, soprattutto di quelli più poveri. Il prezzo dei farmaci innovativi è in continua ascesa, in quanto le aziende titolari dei brevetti stabiliscono in regime di monopolio prezzi non giustificati dai costi di produzione. Questa situazione è destinata a peggiorare ulteriormente se gli accordi commerciali internazionali allungheranno la durata dei brevetti, già garantiti per 20 anni dagli accordi TRIPs e porranno ulteriori vincoli al potere già debole degli stati di regolare il mercato.

I governi della maggior parte dei paesi, anche di quelli che si sono dotati di un servizio sanitario nazionale, da anni riducono le risorse assegnate alla tutela della salute nei loro bilanci, perseguono politiche di privatizzazione dei servizi e di riduzione dell'accesso universale e gratuito alle cure.

In tutte le regioni sono attivi processi di privatizzazione della sanità. In Lombardia ad es. è in atto uno dei più feroci tentativi di privatizzazione dei servizi sanitari che raggiunge l'apice con la proposta di sostituire, per 3.350.000 concittadine e concittadini affetti da una patologia cronica, il medico di Medicina Generale, con un "gestore" rappresentato spesso da società private finalizzate al



profitto.

Questi elementi, presi nel loro insieme, configurano un vero attacco alla salute delle popolazioni di cui le politiche neoliberiste, portate avanti dai potenti della terra rappresentati nel G7, sono la causa determinante. Difendere il diritto alla salute, il libero accesso alle cure e la conservazione del territorio significa contrapporsi in modo chiaro e deciso a queste politiche, a questi trattati, allo strapotere delle multinazionali, assumendo senza ambiguità una posizione di contrasto nei confronti di chi è parte integrante di questo sistema economico.

La soluzione al problema non sta, come hanno tentato di farci credere anche qui in Italia, nell'aumentare di qualche migliaia il numero di malate e malati che possono accedere a terapie specifiche, mentre diverse migliaia di altre cittadine e cittadini ne restano esclusi. Garantire la salute per tutte e tutti significa anche mettere in discussione il ruolo di BIG PHARMA e la complicità delle politiche che ne tutelano, a tutti i livelli, gli interessi.

Per questo il GUE, gruppo parlamentare "Sinistra Unitaria Europea/Sinistra Verde Nordica" in collaborazione col gruppo consiliare "Milano in Comune" e con il Comitato "Salute senza padroni e senza confini", costituitosi in questa occasione attraverso l'adesione di decine di realtà collettive, chiamano a raccolta associazioni e movimenti operanti nel settore dell'ambiente e del diritto alla salute per organizzare un Forum internazionale per diritto alla salute e l'accesso universale alle cure sabato 4 novembre a Milano presso BASE MILANO, in via Bergognone 34 (MM2 Porta Genova – MM Sant'Agostino) in concomitanza con la riunione dei ministri della salute del G7 e in contrapposizione all'ipocrisia dei partecipanti a questa riunione che anziché proporre soluzioni al bisogno di salute delle popolazioni, confermerà le politiche liberiste che sono la causa reale dello sfruttamento di donne e uomini e del territorio.

L'obiettivo è quello di realizzare due giornate di riflessioni e confronti non solo per denunciare l'attacco durissimo condotto alle condizioni di salute degli esseri umani e del nostro pianeta da parte di chi è al vertice della politica, dell'economia e della finanza mondiale, ma anche per mostrare quali sono le reali priorità nel campo della tutela della salute, indicare le scelte da compiere, mostrare le buone pratiche sperimentate sui territori e organizzare un'agenda globale di lotta con obiettivi precisi contro la privatizzazione della sanità.

In questo contesto non si può prescindere dall'enorme sviluppo della

produzione di armi e dalle guerre in corso, che hanno, come prima conseguenza, la diffusione in tutto il globo di malattie e morte, ingiustizie e miseria, povertà e migrazioni di massa.

Il 4 Novembre si terrà un Forum con la presenza di esperte, esperti, attiviste e attivisti provenienti da tutto il mondo che, intrecciando le loro comunicazioni con le testimonianze provenienti dai territori, affronteranno, tra gli altri, i seguenti temi:

- la disuguaglianza sociale e la povertà come determinanti di malattie
- l'accesso ai farmaci e alle cure
- la privatizzazione dei servizi sanitari
- le cause, le conseguenze e le responsabilità dei cambiamenti climatici, la difesa dell'acqua e della terra come beni comuni

Il 5 novembre è previsto, sempre a Milano, un incontro nazionale tra le reti, le organizzazioni e i movimenti attivi sui diversi temi della tutela della salute e dei cambiamenti climatici operanti in Italia.

L'incontro si svolgerà c/o il "Residence sociale Aldo dice 26x1" in via Oglio 8 (MM3 Brenta)

Tutte le realtà interessate a partecipare a tale incontro e ad aderire al Comitato "Salute senza padroni e senza confini", sottoscrivendo questo appello, possono contattarci all'indirizzo e mail

[dirittoallasalute2017@gmail.com](mailto:dirittoallasalute2017@gmail.com)

Il presente appello può essere inoltre visionato collegandosi alla pagina evento facebook Forum diritto alla salute e accesso universale alle cure e alla pagina facebook di Milano in Comune.

Entrambe le pagine raccoglieranno gli aggiornamenti dell'iniziativa.

Rivolgiamo un appello ai movimenti, alle associazioni, alle organizzazioni non governative, alle/ai rappresentanti delle/dei lavoratrici/lavoratori, alle realtà di base della società civile e alle forze politiche che si riconoscono nella lotta per affermare il diritto alla salute affinché aderiscano al Forum internazionale, partecipandovi attivamente, e diffondendone la notizia attraverso tutti i canali di comunicazione a loro accessibili.

GUE, gruppo parlamentare "Sinistra Unitaria Europea/Sinistra Verde Nordica"

Milano in Comune, Gruppo consiliare al Comune di Milano

Comitato "Salute senza padroni e senza confini"

prime adesioni:

Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute; 37,2", la trasmissione di Radio Popolare sulla salute; AIEA Associazione Italiana Esposti Amianto; Rete per il diritto alla salute di Milano e Lombardia; Forum Diritto alla Salute; NAGA; Comitato per l'acqua

pubblica; Il sindacato è un'altra cosa-opposizione CGIL; CONUP-coordinamento nazionale unitario pensionati di oggi e di domani; Comitato Nascere a Latisana; A. I. U. T. O. Associazione Italiana Umanitaria Tutela Ospedali; C. N. S. Comitato Nazionale Sanità  
Milano, 5 ottobre 2017

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

---

## Vaccini: una discussione oltre le ideologie – La posizione della Rete Sostenibilità e Salute



Nella nostra società ci troviamo oggi di fronte a una vera battaglia sul tema delle vaccinazioni, in un contesto ideologizzato in cui sembra impossibile rimanere estranei agli schieramenti del tutto a favore o tutto contro “i vaccini” (“pro-vax” vs “no-vax”). Questo tema, che negli ultimi mesi è stato strumentalizzato anche in ambito politico, è diventato così delicato che anche chi tenta di esprimersi in maniera non ideologica o strumentale e con riferimento a prove scientifiche può purtroppo venire posizionato da una parte o dall'altra della barricata e posto sul banco degli accusati.

La Rete Sostenibilità e Salute, che al suo interno raccoglie oltre 25 associazioni (composte da medici, operatori sanitari e cittadini) che si occupano di salute da molto tempo, ritiene che per affrontare un tema complesso come quello dei vaccini sia necessario uscire dalla sfera ideologica e avviare una seria riflessione collettiva a partire dalle prove scientifiche disponibili e senza forzature. Di seguito presentiamo alcune considerazioni generali e un primo caso di concreta esemplificazione.

1. Da un punto di vista scientifico si dovrebbe evitare di proclamare verità “assolute, incontrovertibili e definitive” (ciò vale anche per scienze dure come la fisica). Da una prospettiva epistemologica è infatti considerato scientifico, a differenza degli enunciati della fede, proprio solo ciò che in linea di principio è “falsificabile”

(principio di falsificazione di Popper). In questa prospettiva un serio dibattito scientifico su qualsiasi tema, incluso quello dei vaccini, non solo è lecito ma è parte del processo dialettico di costruzione e ridefinizione della conoscenza scientifica.

2. Pur con l'ovvia adesione al concetto di "vaccinazione", riteniamo tuttavia che non abbia senso discutere di "vaccini", come qualcosa da "prendere o lasciare" in blocco. Ogni vaccino ha un peculiare profilo di efficacia, effetti collaterali, costi e va dunque valutato in modo specifico. In un dibattito scientifico non si potrebbe né asserire che tutti i vaccini esistenti abbiano prove altrettanto solide di efficacia, sicurezza e favorevole rapporto rischi e costi/benefici, né tanto meno il contrario. Dovrebbe invece essere possibile esprimersi su ogni singolo vaccino e su ogni strategia vaccinale, come si fa per farmaci differenti, sia pure accomunati da meccanismi d'azione simili.

3. È assodato che molti vaccini hanno rappresentato per la salute dell'Umanità un passo avanti enorme. Sono presenti contestualmente:

A) molti vaccini con forti/fortissime prove di effetti positivi a livello individuale e/o di comunità di gran lunga superiori ai possibili effetti negativi e con profilo di costo- efficacia molto favorevole

B) alcuni vaccini, o alcune strategie di implementazione, con importanti segnali di inappropriatazza se proposti a tutta la popolazione o in alcuni gruppi. Ci limiteremo a un solo esempio concreto (Scheda con allegati su vaccino antimeningococco B), perché vorremmo che in questa fase il dibattito scientifico potesse svolgersi in contesti scientifici appropriati, senza censure né sanzioni. Ciò eviterebbe sia strumentalizzazioni mediatiche che stanno compromettendo un suo civile svolgimento, sia di diffondere senza necessità nella popolazione dubbi che in sede scientifica possono trovare risposte esaurienti e, auspichiamo, consensuali.

C) anche vaccini collocabili in specifiche "aree grigie" meritevoli di ulteriori indagini, in cui le prove scientifiche a disposizione non permettono di raggiungere conclusioni solide.

Nei casi rientranti nel punto A riteniamo fondamentale promuovere la vaccinazione, in quelli del gruppo B chiediamo di poter ridiscutere con argomentazioni scientifiche le strategie d'offerta del Piano Nazionale Vaccini/PNV. Anche nei casi di rilevante incertezza (gruppo C), pensiamo andrebbe fatta salva la possibilità di ciascuno di accedere alle relative vaccinazioni, a condizioni controllate dalla Sanità pubblica, come messo in atto con merito da più Regioni. Purché sia assicurato a chi chiede di effettuarle un consenso davvero

informato, sui gradi di incertezza e sulla reale entità non solo dei benefici attesi, ma anche delle reazioni avverse rilevate negli studi registrativi randomizzati controllati e dalla farmacovigilanza attiva. Nel nostro ordinamento il consenso informato a qualunque trattamento sanitario è il fondamento della liceità dell'attività sanitaria, e rappresenta un "valore finale" (valore in sé, di rango sovraordinato) indipendente dall'esito stesso dell'atto sanitario.

Vorremmo anche portare all'attenzione scientifica alcune "aree grigie" cruciali per la salute e la sicurezza della comunità e per la sostenibilità del nostro SSN, che meriterebbero di essere chiarite attraverso ricerche realizzate con supporto istituzionale, indipendenti da sponsor commerciali e con ricercatori senza conflitti di interesse.

4. In un'ottica sistemica e di medicina centrata sulla persona non è opportuno riferirsi solo alla popolazione generale, ma è necessario ragionare su specifici gruppi di popolazione. Vi sono, infatti, alcuni vaccini che hanno mostrato in studi randomizzati su esiti clinici maggiori prove convincenti di appropriatezza per alcuni gruppi di persone (es. il vaccino antinfluenzale negli anziani cardiopatici: Udell JA et al. JAMA. 2013;310:1711-20; Donzelli A e Battaglia A. Ricerca & Pratica 2014;30:1-12), o che potrebbero essere inappropriati in alcuni specifici gruppi (es. donne nel primo trimestre di gravidanza: Zerbo O et al. JAMA Pediatr 2017;171:1711-20 e Comment). In relazione a quanto sopra, la Rete Sostenibilità e Salute ritiene urgente:

avviare un serio dibattito all'interno della comunità scientifica sul tema dei vaccini, che consenta di superare contrapposizioni ideologiche e di presentare alla popolazione informazioni complete basate sulle migliori prove disponibili. Per ristabilire una relazione di fiducia tra comunità scientifica e cittadini è anche necessario che le informazioni fornitesiano indipendenti da interessi commerciali. Siamo convinti che si possa promuovere la salute, così come un'offerta vaccinale con altissima adesione, solo se la cittadinanza sarà informata in modo credibile e adeguato, e sarà attiva e consapevole. In coerenza, riteniamo opportuno che il "board" per una legge nazionale intesa a rendere obbligatorie le vaccinazioni per iscriversi a scuola, attivato dall'Onorevole Gelli (<http://bit.ly/2pWmAL4>) con le maggiori Società scientifiche che si occupano di vaccini e il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, includa anche esperti indipendenti dalle Società scientifiche, liberi da potenziali conflitti di interesse, per affrontare nel contesto appropriato alcuni

temi scientifici controversi.

Un'accelerazione su una legge nazionale che estenda l'obbligo a gran parte delle vaccinazioni incluse nel PNV sarebbe una forzatura se soffoca il confronto scientifico e gli indispensabili contributi che ne possono derivare. Ad eccezione della profilassi antimorbillo, per cui ha basi scientifiche puntare al 95% della copertura, per altri vaccini non si vedono al momento condizioni di emergenza né di urgenza tali da giustificare l'adozione di provvedimenti coercitivi. La copertura necessaria è infatti inferiore al 95% per altri vaccini (e ovviamente irrilevante per l'antitetanica), come si può verificare da documenti dell'Istituto Superiore di Sanità – All. A e Andre FE et al, Bulletin of the WHO 2008;86:140-6.

Come RSS è stato avviato un gruppo di lavoro interdisciplinare per confrontarci in merito a importanti punti controversi, su cui non va impedito il dibattito della comunità scientifica.

Ne esemplifichiamo alcuni:

- 1) vaccini o aspetti connessi a singole vaccinazioni che si trovano tuttora nella sopracitata "zona grigia", meritevoli di ulteriore ricerca prima di considerarli oggetto di forte raccomandazione
- 2) iniziative per migliorare il sistema di sorveglianza post marketing per i farmaci in generale e i vaccini in particolare (partendo da esempi come quelli della Regione Veneto, che ha tassi di segnalazione di reazioni avverse 25-28 volte maggiori di quelli della media delle altre Regioni – v. <http://bit.ly/2rf7V1Z> pag. 21)
- 3) durata dell'immunità. Non tutti i vaccini proteggono "a vita", per non pochi la protezione è solo di alcuni anni come ammette il PNV, che chiede ad es.:

– una rivaccinazione annuale antinfluenzale per tutti dai 50 anni

– richiami ravvicinati fino a 18 anni per vaccini anti difterite, tetano, pertosse e poliomielite, poi rivaccinazioni decennali universali per le prime tre.

– o come il documento congiunto SIF, SItI, SIP, FIMMG, FIMP, che auspica già una rivaccinazione antipertosse ogni cinque anni per gli operatori sanitari a contatto con il neonato, perché "dati recenti indicano che alcuni soggetti possono essere ritornati allo stato di suscettibilità dopo alcuni anni".

L'implicazione è che i bambini sono già circondati da soggetti esposti ad es. alla pertosse, a partire da chi li accompagna/preleva dalla scuola.

Ciò implica che alcune strategie di implementazione andrebbero ripensate in un'ottica di lungo periodo, per evitare che per alcune

malattie si sposti solo l'età di trasmissione, con rischi potenzialmente più seri per anziani e malati cronici.

4) collocare i vaccini nel più ampio contesto delle politiche di prevenzione. Dato che, a livello sistemico, le malattie infettive si manifestano per l'interazione tra un agente infettante, un ospite (e le sue difese) e un ambiente, la prevenzione dovrebbe intervenire sulle tre componenti. In quest'ottica bisognerebbe darsi priorità sia tra le vaccinazioni, sia nell'insieme degli interventi preventivi: non si possono usare "tutti i vaccini disponibili" e trascurare ad es. gli interventi sugli stili di vita con grande e documentata efficacia nel ridurre sia morbosità e mortalità per malattie infettive, sia malattie croniche e mortalità generale.

5) Non ci risultano prove comparative che la coercizione ottenga risultati migliori di altre misure di informazione credibile e ricerca del consenso e responsabilizzazione sociale [in Italia il Veneto ha tassi di copertura molto soddisfacenti (Bollettino SItI Campania 17-5-17), pur avendo sospeso l'obbligo dal 2008, fatta salva un'immediata reintroduzione in caso di necessità]. Una revisione sistematica (Ames HMR et al. Cochrane review 2017

<http://bit.ly/2q6klcq>) conclude che i genitori vogliono informazioni bilanciate su benefici e rischi, imparziali, chiare e specifiche per specifiche esigenze informative (gli esitanti desiderano più informazione).

Prima di generalizzare ed estendere misure obbligatorie, generando uno stato di allarme collettivo, sarebbe opportuno (e corretta applicazione di un metodo scientifico) valutare i risultati comparativi tra Regioni che hanno o no vincolato la frequenza scolastica all'esecuzione di vaccinazioni, fatta salva la possibilità di considerare la reintroduzione dell'obbligo in realtà locali dove il monitoraggio mostrasse discesa dei tassi di copertura ai livelli sopra indicati nell'All. A.

Bologna, 29 Maggio 2017

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. GDL Diritti Umani Psicologi del Piemonte
  9. Italia che Cambia
  10. Medicina Democratica ONLUS
  11. Movimento per la Decrescita Felice
  12. No Grazie Pago Io
  13. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale
  14. Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca
  15. People's Health Movement
  16. Psichiatria Democratica
  17. Rete Arte e Medicina
  18. Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina
  19. Segretariato Italiano Studenti in Medicina, SISM
  20. Società Italiana Medicina Psicosomatica
  21. Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria, SIQuAS
  22. Slow Food Italia
  23. Slow Medicine
  24. Vivere sostenibile
  25. Giù le Mani dai Bambini ONLUS (l'organizzazione – pur non avendo sollevato obiezioni nel merito del documento – si è astenuta sul punto, in quanto l'argomento trattato esula dai suoi scopi statutari).
- Media relation Rete Sostenibilità e Salute
- Email: [rete@sostenibilitaesalute.org](mailto:rete@sostenibilitaesalute.org)
  - Sito: [www.sostenibilitaesalute.org](http://www.sostenibilitaesalute.org)
  - Pagina Facebook: Rete Sostenibilità e Salute

[Download \(PDF, 239KB\)](#)

Allegato A

[Download \(PDF, 130KB\)](#)

---

[Scheda esemplificativa: la vaccinazione antimeningococco B](#)





- Malattie invasive da meningococco (ISS – dati sorveglianza malattie batteriche invasive al 16 novembre 2016 <http://bit.ly/2qvHRiJ>)

2011:	152 casi (incidenza 0,25 x 100.000), di cui 76 da men. B*
2012:	138 " ( " 0,23 x 100.000), " " 55 da men. B
2013:	172 " ( " 0,29 x 100.000), " " 56 da men. B
2014:	164 " ( " 0,27 x 100.000), " " 55 da men. B
2015:	196 " ( " 0,32 x 100.000), " " 49 da men. B (incid. stabile, salvo Toscana per MenC)
2016:	175 " ( " 0,38 x 100.000), " " 67 da men. B

\* NB: si tratta dei casi tipizzati, ma ogni anno il 30% dei casi non è tipizzato.

- Non risulta alcuna epidemia di malattie invasive da meningococco, in particolare dal B.

È stato il sierogruppo più frequente sino al 2014: 48% dei casi tipizzati; poi ha prevalso il C.

	n° decessi/n° casi a esito noto	n° decessi da MenB	n° decessi da MenC
2006	19/130	9	6
2007	22/140	11	9
2008	20/112	7	8
2009	14/112	8	3
2010	10/100	3	3
2011	11/115	5	3
2012	24/98	11	11
2013	17/121	9	4
2014	23/118	6	10
2015	18/113	3	13
2016	22/148	2	14

(Fonte: Sorveglianza MIB, coordinata da ISS)

- L'unica "epidemia" è mediatica

Da oltre un anno non passa giorno che i media non diano notizia con clamore di un caso di meningite, spesso neppure meningococcica. Da mesi le autorità sanitarie ripetono che non c'è un'epidemia in atto, ma concludono sempre con l'invito a vaccinarsi.

- Piano Nazionale Vaccini/PNV 2016-18

Prevede tra l'altro l'offerta gratuita del vaccino antiMenB ai nuovi nati, ma strati crescenti di popolazione allarmata non rientranti nell'offerta PNV chiedono comunque la vaccinazione.

Ci sono regioni che organizzano un'offerta a prezzo di costo (acquisto vaccino da SSR + prestazione a tariffa calmierata), e in generale l'iniziativa è lodevole. Manca però un'informazione esauriente e comparativa sull'entità (quantitativamente minima) del rischio reale rispetto a quello che i media fanno percepire, nonché sul bilancio rischi/benefici di un vaccino tuttora sottoposto a "monitoraggio

addizionale”, di cui, tra l’altro, non è ben chiarita l’efficacia pratica protettiva, la durata della protezione (molti danno per scontato che sia “per sempre”, ma il documento delle Società Scientifiche <http://bit.ly/2pWqTWx> , pag. 41, a proposito del vaccino MenC dice altro), il potenziale di eradicazione del MenB (inverosimile)

- Reazioni avverse al vaccino

Si rimanda al Rapporto IstiSan 15/12 <http://bit.ly/2p0ZXct> (in particolare punto 2.2.2. Sicurezza, pag. 16-18, che si allegano anche con evidenziazioni – All. 1).

Il documento riporta i risultati su neonati, bambini e adolescenti dei quattro studi clinici randomizzati (RCT) valutati per la registrazione, con ~5.600 vaccinati contro MenB. Non sempre sono riportati i dati relativi agli eventi avversi rilevati, ma solo quelli su eventi giudicati dai ricercatori “imputabili al vaccino”. Secondo l’IstiSan questa procedura è discutibile, perché la “randomizzazione dovrebbe assicurare la migliore confrontabilità tra i gruppi in studio, il miglior controllo dei fattori di confondimento e, dunque, la possibilità di definire la causalità tra trattamento ed effetti osservati, sia per gli effetti positivi (efficacia) sia per quelli negativi (rischio)”.

Anche così la mole e severità di effetti avversi (ad es.: 3 sindromi di Kawasaki, più 1 giudicata “non correlata”, che se non diagnosticate e trattate correttamente possono dare gravi complicanze cardiache; 8 crisi convulsive; 1 meningite asettica; 1 cecità; 2 artriti giovanili; reazioni locali “gravi” nel 12-29% dei vaccinati...) riportati sulle poche migliaia di vaccinati sono allarmanti, se il numero si proietta sui molti milioni di italiani aventi diritto al vaccino, o che comunque lo richiedono a pagamento.

Ci sarebbe da chiedersi se tutti i medici che vaccinano abbiano letto questo Rapporto, e se i genitori che fanno vaccinare contro MenB ricevano anche queste informazioni. Non è chiaro quanti, completamente informati, vorrebbero ancora vaccinare i figli o fare questo vaccino a pagamento perché oggi non rientrano nel PNV.

Alla luce dell’esempio formulato, sembra utile una pausa di riflessione e confronto scientifico in sedi opportune, prima di pensare a rendere obbligatorio l’intero PNV, che contiene anche altre novità su cui chiediamo si possa discutere.

- La farmacovigilanza in atto è sufficiente?

In genere no. Infatti solo una farmacovigilanza attiva e accurata come nei RCT consente di quantificare correttamente le reazioni avverse.

Quella passiva lasciata alle segnalazioni spontanee sottostima molto in modo sistematico queste reazioni (es. Cocchio S et al. *Human Vaccines & Immunotherap* 2016;12:651-4 ). Si pensi anche alla Regione Veneto, che si è dotata di un più evoluto sistema di segnalazione di eventi avversi, con 25-28 volte più segnalazioni della media delle altre Regioni ( <http://bit.ly/2rf7V1Z> pag. 21).

Restando all'esempio del vaccino antiMenB, dopo che in Italia si è effettuato un numero di vaccinazioni sul campo enormemente superiore a quello dei quattro RCT citati nel Rapporto IstiSan, sembra evidente una sottovalutazione pubblica delle reazioni al vaccino.

Potrebbero invece essere state sovrastimate le reazioni avverse nei quattro RCT? È improbabile, dato che sono stati realizzati da ricercatori in relazioni finanziarie con il produttore del vaccino o da suoi dipendenti (sintesi dei conflitti di interesse dichiarati in All. 2), condizione associata in modo sistematico nella letteratura biomedica a minor enfasi su svantaggi del prodotto dello sponsor (es: Bero L. *PLoS Med* 2007;4:e184. – Yank V et al. *BMJ* 2007; 335:1202. – Stelfox HT. *N Engl J Med*. 1998;338:101. – Kjaergard LL. *BMJ*. 2002;325:249. – Lexchin J. Systematic review. *BMJ* 2003;326:1167. – Bekelman JE. Systematic review. *JAMA*. 2003;289:454 – Bhandari M. *CMAJ*. 2004; 170:477 – Di Pietrantonj C. Review of systematic reviews. *Epidemiol Prev* 2005; 29:85. – Ridker PM. *JAMA*. 2006;295:2270. – Jorgensen A. Cochrane systematic review. *BMJ* 2006;333:782. – Lathyris DN. *Eur J Clin Invest* 2010;40:172. – Lundh A. Cochrane Systematic Review 2012, Issue 12. Art. No:MR000033. – Stamatakis E.. *Eur J Clin Invest* 2013; 43:469 ).

In coerenza con questo ricorrente “errore sistematico”, in molti casi i ricercatori non hanno dettagliato gli effetti avversi registrati, dichiarandoli in modo discutibile (anche secondo IstiSan) “non correlati” al vaccino.

• La protezione dura una vita?

No, come si è sospettato anche per il vaccino antimeningococco C, dato che in Toscana si sono avuti 11 casi tra i correttamente vaccinati (+ 2 casi tra vaccinati da un tempo insufficiente) e, tra questi, 6 si sono ammalati da 9 mesi a 2 anni dopo la vaccinazione, gli altri 5 dopo almeno 5 anni dalla vaccinazione. C'è stato anche 1 decesso tra i vaccinati.

Una spiegazione di questa evenienza relativa a vaccini anti-meningococco C e ACYW135 coniugati la fornisce a pag. 43 l'opuscolo delle Società scientifiche <http://bit.ly/2p9xFI9> : “ è ormai dimostrato che la memoria immunologica indotta dal vaccino coniugato

ricevuto nell'infanzia non è sufficiente ad eliminare il rischio di malattia invasiva nell'adolescenza (ndr: la sottolineatura è nostra) , in quanto la risposta delle cellule B della memoria richiede almeno 5-7 giorni per attivarsi in maniera completa, troppi per essere efficace contro la rapida invasività di ceppi virulenti di meningococco non bloccati da un titolo anticorpale che potrebbe essere disceso al di sotto del livello minimo protettivo ”.

È chiaro che la speranza di conservare livelli anticorpali protettivi “sempre pronti” (non dunque ottenuti con riattivazione della memoria immunitaria) postula la necessità di rivaccinazioni ripetute.

- Il rapporto costo-opportunità è accettabile?

Se le risorse disponibili per i bisogni della comunità hanno un “perimetro” fisso, è chiaro che quando quelle destinate a un intervento aumentano si riduce in parallelo la disponibilità (finanziaria, di personale, di tempo degli operatori...) per gli altri interventi da destinare ai cittadini-assistiti. Dunque per ogni intervento aggiuntivo andrebbero sempre calcolati i risultati netti (cioè i benefici attesi al netto degli specifici effetti avversi, nonché sottratti i possibili malefici per perdite di costo-opportunità in altre aree del Sistema Sanitario).

Ammesso che i benefici della vaccinazione di tutti i bambini, degli adolescenti (e di altri ampi sottogruppi) contro il meningococco B comportino benefici che superano gli effetti avversi a livello di popolazione, è molto discutibile che sia un investimento ragionevole rispetto a usi alternativi dello stesso ammontare di risorse per interventi sanitari sottoutilizzati, di provata efficacia e alto rendimento.

- Oltre alle vaccinazioni, ci sono misure aggiuntive efficaci per proteggersi da malattie infettive mortali?

Certamente sì. Alla loro illustrazione è dedicato l'All. 3.

Bologna, 29 Maggio 2017

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. GDL Diritti Umani Psicologi del Piemonte
  9. Italia che Cambia
  10. Medicina Democratica ONLUS
  11. Movimento per la Decrescita Felice
  12. No Grazie Pago Io
  13. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale
  14. Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca
  15. People's Health Movement
  16. Psichiatria Democratica
  17. Rete Arte e Medicina
  18. Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina
  19. Segretariato Italiano Studenti in Medicina, SISM
  20. Società Italiana Medicina Psicosomatica
  21. Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria, SIQuAS
  22. Slow Food Italia
  23. Slow Medicine
  24. Vivere sostenibile
  25. Giù le Mani dai Bambini ONLUS (l'organizzazione – pur non avendo sollevato obiezioni nel merito del documento – si è astenuta sul punto, in quanto l'argomento trattato esula dai suoi scopi statutarî).
- Media relation Rete Sostenibilità e Salute
- Email: [rete@sostenibilitaesalute.org](mailto:rete@sostenibilitaesalute.org)
  - Sito: [www.sostenibilitaesalute.org](http://www.sostenibilitaesalute.org)
  - Pagina Facebook: Rete Sostenibilità e Salute

[Download \(PDF, 514KB\)](#)

Allegato 1

[Download \(PDF, 424KB\)](#)

Allegato 2

[Download \(PDF, 697KB\)](#)

Allegato 3

[Download \(PDF, 626KB\)](#)

---

## Comunicato stampa : Vaccini, una discussione oltre le ideologie. La posizione della RSS



COMUNICATO STAMPA DEL 29 MAGGIO 2017

Vaccini: una discussione oltre le ideologie

La posizione della Rete Sostenibilità e Salute

Ci troviamo oggi di fronte a una vera battaglia sul tema delle vaccinazioni, in un contesto ideologizzato in cui sembra impossibile rimanere estranei agli schieramenti del tutto a favore o tutto contro “i vaccini” (“pro-vax” vs “no-vax”). La Rete Sostenibilità e Salute (RSS), che al suo interno raccoglie 25 associazioni (composte da medici, operatori sanitari e cittadini) che si occupano di salute da molto tempo, ritiene che per affrontare un tema complesso come quello dei vaccini sia necessario uscire dalla sfera ideologica e avviare una seria riflessione collettiva a partire dalle prove scientifiche disponibili e senza forzature.

Di seguito, trovate allegato il documento dove presentiamo la posizione della RSS (“Vaccini: una discussione oltre le ideologie La posizione della Rete Sostenibilità e Salute”), un primo caso di concreta esemplificazione (“Scheda esemplificativa: la vaccinazione antimeningococco B”) e vari documenti a supporto di quanto affermato. È assodato che molti vaccini hanno rappresentato per la salute dell’Umanità un passo avanti enorme. Tuttavia, pur con l’ovvia adesione al concetto di “vaccinazione”, riteniamo che non abbia senso discutere di “vaccini”, come qualcosa da “prendere o lasciare” in blocco. Ogni vaccino ha un peculiare profilo di efficacia, effetti collaterali, costi e va dunque valutato in modo specifico. In un dibattito scientifico non si potrebbe né asserire che tutti i vaccini esistenti abbiano prove altrettanto solide di efficacia, sicurezza e favorevole rapporto rischi e costi/benefici, né tanto meno il contrario. Dovrebbe invece essere possibile esprimersi su ogni singolo vaccino e su ogni strategia vaccinale, come si fa per farmaci differenti, sia pure accomunati da meccanismi d’azione simili. Riteniamo che, oggi, sia quanto mai urgente avviare un serio dibattito all’interno della comunità scientifica sul tema dei vaccini, che

consenta di superare contrapposizioni ideologiche e di presentare alla popolazione informazioni complete basate sulle migliori prove disponibili e indipendenti da interessi commerciali.

Non ci risultano, inoltre, prove comparative che la coercizione ottenga risultati migliori di altre misure di informazione credibile e ricerca del consenso e responsabilizzazione sociale. Siamo, dunque, convinti che si possa promuovere la salute, così come un'offerta vaccinale con altissima adesione, solo se la cittadinanza sarà informata in modo credibile e adeguato, e sarà attiva e consapevole.

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. GDL Diritti Umani Psicologi del Piemonte
9. Italia che Cambia
10. Medicina Democratica ONLUS
11. Movimento per la Decrescita Felice
12. No Grazie Pago Io
13. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale
14. Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca
15. People's Health Movement
16. Psichiatria Democratica
17. Rete Arte e Medicina
18. Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina
19. Segretariato Italiano Studenti in Medicina, SISM
20. Società Italiana Medicina Psicosomatica
21. Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria, SIQuAS
22. Slow Food Italia
23. Slow Medicine
24. Vivere sostenibile

25. Giù le Mani dai Bambini ONLUS (l'organizzazione – pur non avendo sollevato obiezioni nel merito del documento – si è astenuta sul punto, in quanto l'argomento trattato esula dai suoi scopi statutarî).

Media relation Rete Sostenibilità e Salute

– Email: [rete@sostenibilitaesalute.org](mailto:rete@sostenibilitaesalute.org)

– Sito: [www.sostenibilitaesalute.org](http://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

---

Manifesto per la creazione di un fronte comune per la difesa del Sistema Sanitario Nazionale



COMUNICATO STAMPA DEL 7 MARZO 2017

7 Aprile mobilitazione europea – #health4all

Il manifesto della RSS: fare fronte comune per difendere il Sistema Sanitario Nazionale.

La Rete Sostenibilità e Salute, RSS aderisce alla mobilitazione europea #health4all del prossimo 7 aprile organizzata da Europe Health Network ([www.europe-health-network.net](http://www.europe-health-network.net)) per la difesa dei sistemi sanitari in Europa mediante la costituzione di un fronte comune che:

- contrasti la volontà politica di ridimensionamento della sanità pubblica,
- favorisca la promozione della salute agendo sul territorio e sui determinanti sociali e ambientali,
- costruisca una società più equa.

Secondo le valutazioni dell'OMS degli ultimi dieci anni, gli indicatori di salute dimostrano che il sistema sanitario in Italia è



stato efficace e meno costoso che nella maggior parte dei Paesi occidentali ad alta industrializzazione.

Le varie forme assicurative integrative o sostitutive, invece, rischiano di produrre livelli differenti di copertura sanitaria che colpirebbero profondamente il solidarismo del sistema sanitario basato sulla fiscalità generale, con aumento del consumismo sanitario e riduzione dell'appropriatezza degli interventi.

La salute non equivale alla quantità di prestazioni erogate: pertanto bisogna favorire l'informazione perché i cittadini non credano che il mantenimento della salute dipenda

dal numero di visite specialistiche ed esami diagnostici effettuati o dal consumo di farmaci.

Un sistema sanitario sostenibile persegue il fine di determinare la migliore e più adatta risposta ai differenti bisogni di ciascuno, considerando criteri di documentata efficacia.

Secondo l'art. 32 della Costituzione, la gratuità delle prestazioni in funzione del bisogno è dovuta in quanto il servizio sanitario è sostenuto dalla fiscalità generale secondo la logica della progressività; ciò ha un valore ancora maggiore in fase di crisi economica per consentire a tutti l'accesso alle cure.

IN ALLEGATO POTETE TROVARE UN MANIFESTO che spiega le ragioni della mobilitazione da parte della RSS e che vorrebbe delineare una base comune dove possano riconoscersi

tutte quelle realtà che lottano per difendere il SSN, nell'ottica di costruire un fronte comune per adoperarsi al meglio per il 7 Aprile e per future mobilitazioni.

La Rete Sostenibilità e Salute

---

### Manifesto per la creazione di un fronte comune per la difesa del Sistema Sanitario Nazionale

1. Non è vero che la sanità pubblica è insostenibile. Un sistema sanitario è tanto sostenibile quanto si vuole che lo sia. Secondo le valutazioni dell'OMS degli ultimi dieci anni, gli indicatori di salute dimostrano che il sistema sanitario in Italia è stato efficace e meno costoso che nella maggior parte dei Paesi occidentali ad alta industrializzazione. Un sistema sanitario sostenibile non prevede l'utilizzo illimitato delle risorse ma persegue il fine di determinare la migliore e più adatta risposta ai differenti bisogni.

2. Le varie forme assicurative integrative o sostitutive di ogni natura ed il cosiddetto secondo welfare rischiano di produrre livelli differenti di copertura sanitaria che potrebbero colpire profondamente il solidarismo del sistema sanitario basato sulla fiscalità generale, tendendo ad aumentare il consumismo sanitario e a non migliorare l'appropriatezza degli interventi. Gli attuali 35 miliardi di euro della spesa sanitaria privata italiana potrebbero costituire solo la spesa iniziale in un mercato privato che ha come sua principale finalità la massimizzazione degli utili e la minimizzazione del rischio d'impresa: la tendenza che ne risulterebbe potrà aumentare di conseguenza anche la spesa sanitaria complessiva scaricando sempre sul pubblico gli interventi più complessi e costosi (emergenza-urgenza, rianimazione, oncologia, patologie cronico-degenerative).

3. E' deleteria l'ideologia della salute equivalente alla quantità di prestazioni erogate che significa indurre la popolazione a credere che il mantenimento della salute dipenda dal numero di visite, esami, indagini e dal consumo di farmaci: ciò è solo funzionale al sistema medico-industriale nella logica di una crescita economica illimitata ed indiscriminata e dell'accrescimento dei profitti.

4. La prevenzione primaria, intesa come andare alle cause delle cause che producono malattie e disagi nell'ambiente di vita e di lavoro, deve tornare ad essere elemento fondamentale del sistema sanitario e non può essere confusa né sostituita da pratiche di diagnosi precoce, pur se dimostrate utili. Altrettanto importanti sono le azioni di promozione della salute e del benessere, da perseguire in modo intersettoriale con approccio di "salute in tutte le politiche": prevedere interventi di cura per poi riportare le persone nei luoghi di provenienza senza modificare le condizioni che le hanno fatte ammalare contraddice il buon senso, l'efficacia e la giustizia sociale.

5. La dimensione relazionale è centrale al rapporto di cura, e coinvolge il paziente come persona all'interno delle proprie reti familiari e sociali. Per questo serve un approccio multidisciplinare, in stretta sinergia con l'ambito d'intervento sociale.

6. Secondo l'art. 32 della Costituzione, la gratuità delle prestazioni in funzione del bisogno è dovuta in quanto il servizio sanitario è sostenuto dalla fiscalità generale secondo la logica della progressività; ciò vale specialmente in fase di crisi economica che riduce una crescente percentuale della popolazione sotto il livello di povertà.

7. Il ricorso a forme di assistenza privatistica in ambito pubblico

deve essere profondamente rivisto incentivando da un lato modalità d'effettiva continuità assistenziale del processo di cura dei pazienti, dall'altro valorizzando gli operatori sanitari che aderiscano a progetti con questa finalità. L'obiettivo di riduzione delle liste d'attesa non può prescindere dalla valutazione dell'efficacia degli interventi.

8. Il servizio sanitario è un sistema che si realizza nel decentramento territoriale: appare opportuno che i responsabili siano conosciuti e identificati dai cittadini in modo tale che questi ultimi possano esercitare forme partecipate di controllo. Tale possibilità, finora peraltro mai contemplata, diventa sempre più ardua a causa della continua estensione territoriale delle ASL che allontanano sempre più dai territori locali i responsabili istituzionali.

9. Il servizio sanitario deve essere riformato dai principi costituzionali di cui agli articoli 3, 32, 41 della Costituzione, ripresi ed estesi dagli articoli 1 e 2 della legge di Riforma Sanitaria del 23 dicembre 1978.

10. Una nuova riforma sanitaria e sociale non può prescindere da una riforma del sistema di formazione dei professionisti della salute, che comprenda i criteri e le procedure di reclutamento, selezione e accesso (riduzione del gradiente sociale); gli approcci metodologici (formazione al pensiero critico); i contenuti (multidisciplinarietà); le sedi di formazione (territorio, comunità); e le modalità operative (lavoro integrato in equipe all'interno di un sistema sanitario pubblico).

Bologna, 7 Aprile 2017

Rete Sostenibilità e Salute

Si invitano tutte le realtà che condividono il manifesto a segnalare la loro adesione scrivendo a: [rete@sostenibilitaesalute.org](mailto:rete@sostenibilitaesalute.org)

ADERISCONO ALL'APPELLO:

-Comitato Toscano Sanità

-Mario Frusi, presidente della sessione provinciale di ISDE-medici per l'ambiente Cuneo

-Leonardo Paoluzzi, medico chirurgo direttore scientifico dell'Istituto Superiore di Ricerca in Medicina Tradizionale e Antropologia

-Vittorio Agnoletto, medico del lavoro, insegna all'Università degli Studi di Milano, Associazione Costituzione Beni Comuni

-Cristiana Abbafati, PhD Istituto di Economia e Finanza

"La Sapienza" Università di Roma

-CCM Comitato Collaborazione Medica

- Progetto Illuminiamo la salute
  - Benedetta Aimone, MMG
  - Associazione di promozione sociale Explore
  - FederSpecializzandi
- [Download \(PDF, 199KB\)](#)  
[Download \(PDF, 151KB\)](#)
- 

## CONVEGNO APERTO – MILANO, 20 E 21 GENNAIO 2017 – ISCRIZIONE GRATUITA ON LINE



CONVEGNO APERTO – MILANO 20 E 21 GENNAIO 2017 – CAMERA DEL LAVORO  
CORSO DI PORTA VITTORIA, 43

PARTECIPAZIONE GRATUITA PREVIA ISCRIZIONE ON-LINE (CLICK QUI)

Medicina Democratica a 40 anni dal suo primo Congresso (1976 Bologna) promuove un’iniziativa al fine di affermare il diritto alla salute. Non si tratta di una scadenza statutaria, né di un obbligo, ma è un’opportunità che MD vuole mettere a disposizione di chiunque possa essere interessato. Per questa ragione si è pensato di condividere la proposta con altre associazioni, movimenti, sindacati, reti che lottano e sono impegnate per il medesimo fine.

Non si vorrebbe organizzare un convegno classico; l’impronta dovrebbe essere “di movimento”: siamo di fronte ad una certa deriva politica e sociale che sta portando progressivamente a ridurre il diritto alla salute ad una sorte di opzione sottoposta alle esigenze di mercato e alle risorse disponibili (o che si si vogliono ritenere tali): si acquisiscono le diseguaglianze, non si supera il contrasto fra lavoro e salute e, in sintesi, non si considera più fondamentale il diritto

alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione Repubblicana. Ancora non ci sembra che vi sia una cosciente e larga opposizione a quanto sta avvenendo. La molteplicità e la varietà delle molteplici espressioni associative, di movimento e di organizzazione possono costituire una ricchezza nella misura in cui si confrontino e cerchino, senza nulla togliere alle loro peculiarità una via comune di azione di opposizione e di proposta.

Abbiamo individuato più precisamente i due temi fondamentali sui quali chiediamo di confrontarci perché vorremmo fare della ricorrenza dei 40 anni di MD un'iniziativa comune. Sottolineiamo che tali temi non sono solo "i nostri" essi derivano da un grande movimento e da una grande riflessione, da una relazione permanente che si è creata fra lavoratori ed intellettuali; il cambiamento è arrivato da lì. E ci chiediamo se questo non sia il metodo più corretto e che vale ancora oggi, anche se la dispersione è più ampia e la sintesi risulta alquanto difficile:

A) Il contrasto fra lavoro e salute è presente da sempre; la salvaguardia salute, agli inizi della rivoluzione industriale, era un fatto del tutto privo di interesse; successivamente la perdita di salute constatata è diventata monetizzazione salariale e solo negli anni 69-73 è stato posto il problema e si è operato per eliminare o ridurre l'impatto della nocività nei luoghi di lavoro e nell'ambiente. Ma tale dato è stato tutt'altro che definitivo. Ancora oggi il problema è riproposto come non risolto, si pensi per esempio a quanto avvenuto ed avviene intorno alla questione ILVA. Nella pratica, ma, a volte anche in teoria, addirittura anche in certi giudizi della magistratura, la salvaguardia della salute è legata alle risorse che si ritiene di rendere disponibili.

Si potrebbe, nell'incontro preventivato, partire da qualche esempio, la stessa Ilva di Taranto, e/o la Caffaro di Brescia o le tante fabbriche dell'amianto non solo per ragionare sulle conseguenze per i lavoratori e le popolazioni circostanti, ma per indicare nuove prospettive e nuove forme organizzate di mobilitazione e di lotta. Quale relazione fra economia e lavoro, quali produzioni mettere in discussione, come affrontare l'impatto ambientale della chimica. Considerare ancora le leggi che ci sono, la cui applicazione è legata a problemi economici più che a valori etici.

Non ultimo dovremmo discutere sul funzionamento delle strutture di prevenzione che soffrono sempre di più di mancanza di risorse e di operatori, ma anche di relazioni dirette con i soggetti coinvolti, gli

stessi, che a volte, sembrano “poco interessati” per cultura o per costrizione.

Dovrebbero anche essere discussi gli organismi previdenziali, l'INPS e particolarmente l'INAIL, grande pachiderma burocratico che è riuscito a mantenere per sé stesso competenze che la riforma sanitaria del 1978 aveva tolto e affidato alle USL. Si vorrebbe inoltre entrare nel merito e dare indicazioni operative sulla la condizione delle donne lavoratrici e sul mobbing che tarda ad essere riconosciuto.

B) Il Servizio sanitario nazionale, universale, pubblico, partecipato fondato sulla prevenzione, viene dato per insostenibile, in realtà sono i fautori dei sistemi assicurativi e integrativi e chi li sostiene che lo danno per perso, avendo constatato e sperimentato che il sistema medico-industriale può essere (lo è già) fonte di grandi profitti. Ne è convinta o viene convinta anche buona parte della politica. Si è visto in Europa come sia stato destrutturato il più antico sistema sanitario, il NHS. Idem per quello spagnolo e per altri che già avevano una diversa configurazione: perché mai deve resistere solo quello italiano? Il problema è la nostra debolezza, forse ancora la frammentazione delle forze che ritengono che la sanità pubblica sia da difendere.

Il nostro intendimento è dunque quello di cercare di operare per costituire un fronte comune.

LA DATA DELL'INCONTRO E FISSATA PER I GIORNI 20 GENNAIO 2017 (POMERIGGIO – SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO) E 21 GENNAIO (TUTTA LA GIORNATA – SUL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE).

LA DISCUSSIONE DEL 21 E' PROPOSTA INIZIALMENTE IN ASSEMBLEA QUINDI PER GRUPPI DI LAVORO PER ARRIVARE A UNA SINTESI E AD UNA CONCLUSIONE COMUNE.

IL DOCUMENTO FINALE – DATA LA NUMEROSITA' E COMPLESSITA' DEI TEMI E LA NECESSITA' DI DEFINIRE UNA PIATTAFORMA CONDIVISA – SEGUIRA' NEI GIORNI SUCCESSIVI CON APPROVAZIONE VIA MAIL DA PARTE DEI PARTECIPANTI.

---

PROGRAMMA A QUARANT'ANNI DALLA FONDAZIONE DI MEDICINA DEMOCRATICA (avvenuta a Bologna nel maggio 1976)

CONVEGNO NAZIONALE MILANO – CAMERA CONFEDERALE DEL LAVORO -CORSO DI PORTA VITTORIA 43 (MM LINEA 1 SAN BABILA)

PARTECIPAZIONE GRATUITA PREVIA ISCRIZIONE ON-LINE (CLICK QUI)

[Visualizza mappa ingrandita](#)

20 GENNAIO ORE 14,30 – 18.30 AULA BUOZZI

Relazione introduttiva:

In ricordo di Luigi Mara – LAURA MARA

IL DIRITTO ALLA SALUTE DENTRO E FUORI I LUOGHI DI LAVORO: GINO CARPENTIERO (medico del lavoro-Firenze)

La soggettività operaia e la non delega, un modello da aggiornare o una memoria storica ? – Centro per la Salute Giulio A. Maccacaro  
MARCO SPEZIA – Proposte di modifica al DLgs 81/08 alla luce anche delle proposte Sacconi

ENZO CORDARO – Le proposte di AIBeL sullo stress lavoro correlato e sulle vessazioni sul lavoro

DISCUSSIONE e altri interventi

RICCARDO ANTONINI – La discriminazione nei luoghi di lavoro. Le proposte dei lavoratori

ALESSANDRO ROMBOLA' – Introduzione del reato di vessazioni sul lavoro nell'ordinamento giuridico

MAURIZIO LOSCHI – Ma l'INAIL è ancora utile ai lavoratori?

Interventi

CONCLUSIONE: QUALE DIFESA IN UNA SITUAZIONE ECONOMICA E LAVORATIVA PRECARIA MARCO CALDIROLI (v. presidente di MD)

INIZIATIVE DI MOVIMENTO E DI LOTTA

21 GENNAIO ORE 9 – ASSEMBLEA PLENARIA AULA BUOZZI

RELAZIONE INTRODUTTIVA: 1976 PRIMO CONGRESSO NAZIONALE – CON GIULIO MACCACARO NASCE MEDICINA DEMOCRATICA – PIERGIORGIO DUCA (presidente di Medicina Democratica)

INTERVENGONO:

SENATRICE NERINA DIRINDIN (Commissione Igiene e Sanità – Senato della Repubblica)

ALBERTO DONZELLI (Fondazione Allineare sanità e salute- Milano)

ROSSANA BECARELLI (Rete Sostenibilità e Salute – Torino)

BARBARA GRANDI (ANDRIA – Per l'assistenza appropriata in ostetricia e ginecologia – San Gimignano)

ore 10,30 gruppi di lavoro (WORK IN PROGRESS – I GRUPPI POTRANNO SUBIRE MODIFICHE):

1. Salute e organizzazione sanitaria: Per una nuova Riforma Sanitaria e l'individuazione di un modello di finanziamento della sanità che paghi la salute e non la malattia. (Ripartire dalla Costituzione e dalla riforma del 1978, operare una critica alle successive involuzioni e arrivare a nuove proposte sulla base dei principi

condivisi).

2. a) Salute e Lavoro (il superamento della pretesa contraddizione: servizi e strutture – partecipazione e prevenzione) e b) Ambiente e Lavoro (comprensivi della questione energetica, dei rifiuti, dell'agricoltura)

3. Salute della Donna (il superamento della discriminazione nei luoghi di vita e di lavoro: quali servizi e quali strutture – l'involuzione della 194 – il riduzionismo nei consultori)

4. Salute mentale (non si può tornare indietro dalla più grande riforma degli anni 70: quale riaffermazione e quale evoluzione nei servizi e nelle strutture)

5. a) I Livelli Essenziali di assistenza (quale medicina generale, quali ospedali: cura e riabilitazione) b) Epidemiologia e Prevenzione – Scienza e Formazione (critica dei conflitti di interesse che determinano una scienza funzionale agli interessi del mercato e della formazione universitaria)

6. Disabilità, cronicità, non autosufficienza (ciò che viene ritenuto la causa dell' "enorme aumento della spesa sanitaria" che finisce per essere ridimensionato quando non escluso dal Servizio Sanitario Nazionale)

7. La Salute e Servizi Sanitari in Europa (confronto con la Rete Europea per il diritto alla Salute tramite alcuni rappresentanti di Francia, Belgio, Spagna, Grecia)

SI RICHIEDE A COLORO CHE INTENDONO PARTECIPARE AI GRUPPI DI ISCRIVERSI, DI PREPARARE UN BREVE DOCUMENTO INTRODUTTIVO CHE VERRA' ESPOSTO NEL GRUPPO SCELTO – ELEZIONE DI UN COORDINATORE.

Ore 16,30 CONCLUSIONI: LE RETI PER LA DIFESA E L'AFFERMAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

JEAN-LOUIS AILLON (Rete Sostenibilità e Salute)

PAOLO FIERRO (Rete napoletana per il diritto alla salute)

HAKIM BAYA (Rete europea per il diritto alla salute)

PARTECIPAZIONE GRATUITA PREVIA ISCRIZIONE ON-LINE (CLICK QUI)

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

---

[Convegno Milano 3 dicembre 2016 – Quale riforma strategica per la Sanità? Pagare la Salute, non la Malattia](#)  
[Quale riforma strategica per la Sanità?](#)



## Pagare la Salute, non la Malattia

Un nuovo modello di finanziamento e remunerazione degli attori in Sanità (e proposta di sperimentazione in alcune ATS/ASL/AUSL/ULSS)  
Sabato 3 dicembre 2016 ore 9 (puntuali!) – 17.30

Università degli Studi di Milano – Facoltà di Scienze Politiche Via Conservatorio 7 – Aula 11

Giornata di studio

- Promotori: Sindacato Medici Italiani-SMI, Fondazione Centro Studi Allineare Sanità e Salute e Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche “Luigi Sacco” Università degli Studi di Milano
- con il patrocinio della Regione Lombardia; della Scuola di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Milano-Bicocca; dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano e della FNOMCeO e l’adesione di:

- ATS della Città Metropolitana di Milano

- Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi della Facoltà di Scienze

Politiche, Economiche e Sociali dell’Università degli Studi di Milano

- CERGAS Bocconi
- CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto) Italia
- Fondazione GIMBE
- Slow Medicine
- Dipartimento di Salute Pubblica, Istituto Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano
- WONCA Italia (Coordinamento Italiano Società Scientifiche aderenti alla World

Organization of National Colleges & Academies of Family Medicine/General Practice)

- Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale (CSeRMEG)
- Rete Sostenibilità e Salute
- Associazione Medici per l’Ambiente – ISDE Italia
- Gruppo NoGrazie
- Medicina Democratica
- Coordinamento Nazionale Marketing Sociale
- Altroconsumo
- ACU-Associazione Consumatori Utenti
- Lega Consumatori

## Contesto

Analisi comparative dei sistemi sanitari hanno dimostrato che i SSN conseguono l'obiettivo di tutelare e promuovere la salute nell'insieme meglio di Sistemi Sanitari basati su

Assicurazioni, e con una spesa sanitaria media più contenuta. E la proliferazione di "Fondi Sanitari", con offerta di prestazioni complementari e sostitutive dei SSN è un fattore di espansione della spesa sanitaria totale, ma anche pubblica.

Il fenomeno dilagante del disease mongering e la continua offerta di tecnologie e prestazioni sempre più sofisticate e costose, in combinazione con la crisi economica

internazionale, stanno mettendo in crisi la sostenibilità dei SSN anche nei paesi a più alto reddito.

I promotori della giornata di studio ritengono che alla base dell'inflazione dei costi della Sanità non sia anzitutto l'invecchiamento della popolazione, il progresso tecnologico o l'aumento delle aspettative dei cittadini, ma piuttosto la pressione di produttori di tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, diagnostica...) e di erogatori di prestazioni, i cui interessi finanziari oggi non sono allineati alla salute, ma addirittura in parziale conflitto con essa.

Una risposta razionale è di promuovere e utilizzare solo tecnologie e prestazioni di documentata efficacia e con un buon rapporto costo-efficacia, che soddisfino bisogni

clinicamente e socialmente rilevanti, rimettendo in discussione la pletora di pratiche di scarso o nessun valore. Ma perché ciò accada si ritiene necessario riconsiderare per i diversi attori in sanità il modello di remunerazione (elemento base del "sistema premiante"), per allineare i loro interessi con la mission del Sistema sanitario: la difesa e promozione della salute dei singoli assistiti e della comunità.

Obiettivi della Giornata di studio:

Condividere l'analisi su alcune rilevanti criticità che caratterizzano l'evoluzione in atto nel sistema sanitario italiano e su alcuni possibili rimedi strategici, che tengano conto degli effetti dei meccanismi di retribuzione e incentivazione degli attori in sanità e del finanziamento delle organizzazioni in cui operano. Discutere e promuovere una concreta applicazione, in contesti circoscritti, di un modello più funzionale a garantire la sostenibilità di un sistema universalistico pubblico, efficace, solidale e gradito da operatori e cittadini, pur in presenza della crisi economico-finanziaria in atto.

## Programma

- Registrazione partecipanti
  - Saluto del Presidente FNOMCeO (Dott.ssa Roberta Chersevani o delegato)
  - Saluto del Presidente OMCeO di Milano (Dott. Roberto Carlo Rossi o delegato)
  - Saluto della Direzione Generale dell'ATS Città Metropolitana di Milano
  - Apertura dei lavori del Segretario Generale SMI (Dr.ssa Pina Onotri)
- Relazioni preordinate, seguite da una prima discussione:
- Slow medicine: fare di più non significa fare meglio. Più prestazioni sanitarie o più salute? (Dott. Antonio Bonaldi, Presidente di Slow Medicine)
  - Value-based healthcare: per il massimo ritorno di salute delle risorse investite (Dott. Nino Cartabellotta, Presidente Fondazione GIMBE)
  - Come uscire dal vicolo cieco delle "non riforme" in Sanità (Prof. Ivan Cavicchi, Professore Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Tor Vergata di Roma)
  - Come si riforma la Sanità? Pagando la salute, non la malattia (Dott. Alberto Donzelli, Consiglio direttivo Fondazione Allineare Sanità e Salute)
  - Ipotesi di prima applicazione del "modello che paga la salute" in alcune Aziende Sanitarie italiane (Dott. Andrea Mangiagalli, Comitato Scientifico Fondazione Allineare Sanità e Salute)
- Discussione generale
- A tavola tutti insieme. Dieta mediterranea e diete Veg: stili di vita sani per adulti e bambini (Dott.ssa Viotto-ASSIMEFAC)
- ⇒ Intervallo pranzo (buffet in sede con prodotti coerenti con la promozione della salute)
- Ripresa dei lavori pomeridiana
- Un contributo della Formazione ai decisori del SSN: migliorare le capacità dei dirigenti sanitari nelle valutazioni critiche comparative di efficacia e costo-efficacia (Prof. Giuseppe Del Corno, Professore di Igiene alla Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca)
  - Modello di remunerazione che paga la Salute applicato ai MMG. Offerta dai MMG di risultati di appropriatezza e costo-efficacia in cambio di rinnovi contrattuali adeguati (Dott. Enzo Scafuro,

Responsabile Nazionale Area Medicina Generale-SMI)

- Tavole rotonde (con focus su criticità del modello prospettato e proposte per un loro superamento)

⇒

Il punto di vista dei Medici di MG e di Medici dirigenti di Azienda sanitaria a confronto con relatori (coordinatore Dott. Alberto Donzelli, Consiglio direttivo Fondazione Allineare Sanità e Salute)

- Salvo Calì, Presidente Nazionale SMI
- Guido Giustetto, Presidente OMCeO di Torino e Consigliere Comitato Centrale FNOMCeO
- Ernesto Mola, Presidente WONCA Italia
- Roberto Romizi, Medico di MG – Presidente ISDE Italia (o delegato)
- Alessandro Camerotto, dirigente Medicina di Laboratorio e Responsabile Scientifico Progetto Ermete, Regione Veneto⇒

Il punto di vista di Decisori, Ricercatori, Giornalisti e Consumatori (coordinatore Alberto Donzelli, Consiglio direttivo della Fondazione Centro studi Allineare Sanità e Salute)

- Fausto Nicolini, medico, Direttore Generale AUSL Reggio Emilia, Vicepresidente FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere)
- Antonino Trimarchi, Direttore Sanitario ASL VCO, Piemonte; Consiglio direttivo CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto)
- Federico Lega, Docente Cergas Università Bocconi e SDA Bocconi School of Management
- Piergiorgio Duca, Professore ordinario di Statistica medica e Biometria, Università degli Studi di Milano, Direttore Centro Interdipartimentale di Ricerca per Valutazione dell'Assistenza Sanitaria. Presidente Medicina Democratica
- Amelia Beltramini, Giornalista, Caporedattore di Focus, Socio fondatore dell'Associazione SWIM (Science Writers in Milan/Italy)
- Luisa Crisigiovanni, Segretario generale dell'Associazione Altroconsumo e membro dell'esecutivo BEUC (Bureau Européen des Unions de Consommateurs)

Discussione generale

L'invito è rivolto anche a Parlamentari, Assessori alla Salute e Consiglieri Regionali, Rappresentanti ANCI-Sanità, Direttori Generali di Aziende Sanitarie, Rappresentanti comunali Conclusioni e appuntamenti

Adempimenti ECM con compilazione del questionario di apprendimento

Agli intervenuti sarà riservato specifico materiale di documentazione,

parte del quale può già essere consultato sul sito

[www.allinearesanita.esalute.org](http://www.allinearesanita.esalute.org)

Segreteria Organizzativa:

Maurizio Bardi – cell. 347-61.16.360

[bardi.m@tiscali.it](mailto:bardi.m@tiscali.it); [fondazione.as@gmail.com](mailto:fondazione.as@gmail.com)

Modalità di iscrizione

Non è prevista quota d'iscrizione, ma per una migliore organizzazione (cartellette e materiali, coffee-break/buffet...), e per evitare di superare per medici e personale sanitario il n. di posti accreditati, si raccomanda di effettuare l'iscrizione on line esclusivamente con modulo unico, sul sito [www.assimefac.it](http://www.assimefac.it): [CLICK QUI PER ISCRIVERSI](#)

Per chi decidesse di partecipare solo in prossimità dell'evento, è comunque possibile iscriversi al momento presso la sede del Workshop.

Il Corso accreditato ECM

È stato accreditato per Personale sanitario

Assegnati n. 5,3 Crediti per 7 ore

“Si rende noto che ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi è necessaria la presenza effettiva al 100% della durata complessiva dei lavori e almeno il 95% delle risposte corrette al questionario di valutazione dell'apprendimento”

[Download \(PDF, 74KB\)](#)

CONVENZIONI CON ALBERGHI:

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

---

## [2° Workshop nazionale Consumismo Sanitario – Ordine dei Medici di Arezzo](#)

Mercoledì e Giovedì 21-22 Settembre 2016 si svolgerà presso l'Ordine dei Medici di Arezzo il 2° Workshop nazionale Consumismo Sanitario promosso da Ordine dei Medici di Arezzo, con il patrocinio richiesto alla Fnomceo, in collaborazione con Slow Medicine e ISDE Italia.

L'evento vuole essere un approfondimento su principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie.

Segnatamente vuole essere un momento di confronto tra istituzioni, comunità scientifica e società civile su aspetti legati al consumismo sanitario.

Il settore sanitario è probabilmente il più importante settore economico di largo consumo di beni e servizi caratterizzato dalla complessità, dall'incertezza, dall'asimmetria informativa, dalla qualità poco o non misurabile, dai conflitti di interesse nonché dalla

variabilità delle decisioni cliniche.

È inammissibile colpevolizzare i pazienti del sovraconsumo e dell'inappropriatezza quando da decenni sono sottoposti ad un sistematico "brainwashing" dei media e dei vari "guru" nazionali, regionali e locali sull'efficacia di tutto quanto è proposto dalla cosiddetta "razionalità" medica. La medicina non è una scienza esatta in quanto la proposta diagnostica e terapeutica può variare in funzione del medico consultato o del servizio attivato.

La partecipazione all'evento rilascerà ai Medici Chirurghi che ne faranno richiesta 8 Crediti ECM.

In allegato troverete la locandina del Convegno e il modulo d'iscrizione.

Roberto Romizi, Presidente ISDE Italia e Responsabile Commissione Formazione

ECM Ordine dei Medici di Arezzo

GDE Errore: Errore nel recupero del file - se necessario disattiva la verifica degli errori (404:Not Found)

GDE Errore: Errore nel recupero del file - se necessario disattiva la verifica degli errori (404:Not Found)

---

## Epatite C. Il diritto alla cura

Da: [saluteinternazionale.info](http://saluteinternazionale.info)

Petizione per consentire a tutti i pazienti di accedere a terapie efficaci, a carico del servizio sanitario nazionale. Produrre i farmaci anti-epatite C sotto forma di generici, a un prezzo ragionevole e accessibile, è consentito dallo stesso trattato che regola i brevetti attraverso il meccanismo della licenza obbligatoria, a cui si può ricorrere quando si verifichi un'emergenza nazionale di sanità pubblica. Per ottenere ciò è necessaria una forte spinta dal basso.

Nel mondo si stima che siano 130 – 150 milioni le persone affette da infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV): una parte di queste è destinata a sviluppare una cirrosi o un cancro del fegato. Secondo l'OMS di epatite C ogni anno muoiono nel mondo circa 700 mila persone. In Italia, si stima che i pazienti portatori cronici del virus dell'epatite C siano oltre un milione, di cui 330 mila con cirrosi. L'Italia ha il triste primato in Europa per numero di soggetti HCV positivi e mortalità per tumore primitivo del fegato. Oltre 20 mila persone muoiono ogni anno per malattie croniche del fegato (due

persone ogni ora) e, nel 65% dei casi, l'HCV risulta causa unica o concausa dei danni epatici. Le regioni del Sud sono le più colpite. Nel 2013 (in Italia nel 2014) è stato commercializzato il primo di una nuova classe di antivirali – Sofosbuvir, nome commerciale Sovaldi® – molto efficaci perché agiscono direttamente contro il virus, bloccandone il processo di replicazione, e producendo in un'altissima percentuale dei casi la guarigione virologica.

Il farmaco è stato commercializzato ad un prezzo elevatissimo: in Italia circa 41 mila euro a trattamento in regime ospedaliero (74 mila euro per chi lo acquista privatamente in farmacia). Il costo del trattamento è ancora più elevato se si considera che in molti casi la cura prevede l'associazione di più farmaci; la Gilead produttrice del Sovaldi® commercializza anche l'associazione di Sofosbuvir + Ledipasvir (Harvoni®). Sono inoltre disponibili altri 3 nuovi farmaci di cui uno costituito dalla associazione di tre nuovi antivirali e sono di prossima commercializzazione almeno altri 2 farmaci.

Va detto che la negoziazione del prezzo effettuata dall'Agenzia Italiana per il Farmaco (AIFA) alla fine del 2014 e per 18 mesi ha previsto degli sconti progressivi in relazione ai volumi di farmaco utilizzato. I termini della negoziazione non sono però noti in quanto secretati. Tale contratto è scaduto a metà giugno 2016 ed è in corso una nuova negoziazione.

A causa dell'alto costo di questi trattamenti il Servizio sanitario nazionale ha deciso di iniziare ad erogarli gratuitamente partendo dai pazienti più gravi. Al momento nel nostro Paese sono stati trattati circa 52 mila pazienti (il 5% dei potenziali beneficiari). Si verifica così, per la prima volta in Italia, una situazione tanto paradossale quanto iniqua: attualmente solo i pazienti nello stadio più avanzato della malattia hanno diritto al trattamento, quando un trattamento nelle fasi meno avanzate della malattia eviterebbe non solo le sofferenze del paziente, ma anche i costi assistenziali connessi. In USA il prezzo di Sovaldi® è ancora più alto – 84 mila dollari a trattamento, mille dollari a pillola – costringendo il governo americano a definire criteri molto stringenti per l'accesso al farmaco per gli assistiti di Medicaid (l'assicurazione pubblica a favore dei poveri): solo il 2,4% dei potenziali beneficiari ha potuto finora accedere alla cura. Una situazione considerata – in un paese peraltro allenato alle ingiustizie nella salute – così insopportabile da richiedere l'intervento di una commissione parlamentare d'inchiesta, le cui conclusioni sono state esposte dal suo presidente, il senatore democratico Ron Wyden. Lo scandaloso nocciolo della questione –

afferma Wyden – è che non esiste alcun nesso tra investimenti in ricerca e sviluppo e prezzo del farmaco: la Gilead – proprietaria del brevetto di Sovaldi® – “stabilisce il prezzo con l’unico scopo di massimizzare i profitti, a prescindere dalle conseguenze sugli esseri umani”[1].

In realtà il più importante investimento fatto dalla Gilead è stato quello di acquistare per 11 miliardi di dollari la Pharmasset, la ditta che aveva scoperto il Sofosbuvir. In poco tempo il capitale investito è stato ampiamente recuperato (in due anni il fatturato della Gilead ha superato i 30 miliardi di dollari), ma i profitti maggiori provengono da Wall Street che ha spinto le azioni di Gilead a livelli giganteschi. Se Pharmasset al momento dell’acquisto valeva 3 miliardi di dollari, oggi il valore di Gilead è intorno ai 150 miliardi di dollari[2]. Il meccanismo è semplice e spietato: più alto è il prezzo del farmaco, più alto è il valore delle azioni.

Il caso Gilead-Sovaldi® si presenta quindi come una colossale operazione finanziaria e speculativa, portata avanti con assoluto disprezzo per la vita delle persone, la vita di milioni di persone. Operazione subita, ma alla fine assecondata, dai governi, governo italiano incluso. Ma non da tutti i governi, come il caso dell’India che ha iniziato a produrre il Sofosbuvir sotto forma di generico, al prezzo di 700 euro a ciclo di trattamento (e attirando per questo pazienti da tutto il mondo, anche italiani).

Produrre il Sofosbuvir sotto forma di generico, a un prezzo ragionevole e accessibile, è consentito dallo stesso trattato che regola i brevetti (TRIPs – Trade Related aspects of Intellectual Property rights) attraverso il meccanismo della licenza obbligatoria, a cui si può ricorrere quando si verifici un’emergenza nazionale di sanità pubblica[3]. Difficile negare, per i motivi che abbiamo elencato all’inizio, che l’epatite C non rappresenti un’emergenza di sanità pubblica; difficile però che il governo prenda spontaneamente un’iniziativa del genere perfettamente legittima, profondamente etica, ma politicamente impervia dati i colossali interessi in gioco, nei confronti dei quali la politica ha finora dimostrato una sensibilità maggiore rispetto a quella rivolta alla salute dei cittadini.

La situazione però potrebbe cambiare dato che oggi sono disponibili nuovi farmaci efficaci contro il virus dell’epatite C oltre quelli prodotti dalla Gilead. Una competizione trasparente tra produttori potrebbe portare a una drastica riduzione dei prezzi. Ma anche qui ci vuole una forte volontà politica per evitare negoziazioni segrete (com’è avvenuto finora) e anche operazioni di cartello sui prezzi tra



produttori. La decisione del governo di procedere con la licenza obbligatoria potrebbe rappresentare un potente stimolo a ricondurre il prezzo dei farmaci vicino ai costi reali di produzione, e quindi di renderli accessibili a tutti coloro che ne hanno bisogno.

Per ottenere ciò è necessaria una forte spinta dal basso. In Francia, Médecins du Monde ha appena lanciato una campagna (Le Prix de la Vie) di denuncia del prezzo dei farmaci contro l'epatite C e il conseguente rischio per il sistema sanitario, raccogliendo in breve tempo 213 mila delle 250 firme inizialmente previste.

Prima del lancio di una sottoscrizione pubblica a favore della licenza obbligatoria, l'idea è quella di raccogliere l'adesione di organizzazioni non governative, associazioni di volontariato e di pazienti, associazioni professionali, sindacati, enti (come ordini dei medici e collegi degli infermieri) per condividere insieme una battaglia di giustizia per il diritto alla salute e svolgere una forte e decisa attività di pressione sui decisori politici.

A cura di [Saluteinternazionale.info](http://Saluteinternazionale.info)

Per dare l'adesione come organizzazione, associazione, ente... scrivi una email a [gavino.maciocco@gmail.com](mailto:gavino.maciocco@gmail.com).

Bibliografia

[Senate Accuses Gilead of Putting Profits Ahead of Hep C Patients.](#)  
[Fortune.com](#), 02.12.2015

[Caro farmaco. Presadiretta, puntata in onda domenica 13 marzo 2016 alle 21:45 su Raitre](#)

[Cattaneo A. Accesso alla terapia contro l'epatite.](#)

[Saluteinternazionale.info](#) 04.07.2016