

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 linee guida 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 linee guida (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 linee guida, 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 linee guida sono più che legittime. Basti ricordare che sulla base dei dati ricavati da una recente ricerca sui siti di 154 Società mediche italiane (Fabbri 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 \(PDF, 240KB\)](#)

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

[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 prerequisite ([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 prerequisiti

- 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 spesa 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 diseguaglianze 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 \(PDF, 121KB\)](#)

[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 futili, 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 Dentico – 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

– Sito: 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

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 inappropriata 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

– Sito: 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 statutari).
- Media relation Rete Sostenibilità e Salute
– Email: rete@sostenibilitaesalute.org

– Sito: 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 statuari).
- Media relation Rete Sostenibilità e Salute
- Email: 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

Osservazioni al Decreto Lorenzin da parte della Rete Sostenibilità e Salute



Il 21 gennaio 2016 è entrato in vigore il decreto Lorenzin approvato il 9 dicembre 2015 che definisce le condizioni di erogabilità di alcune prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale mediante 208 indicazioni di appropriatezza prescrittiva definite dal decreto stesso. Esso fa riferimento all'art. 9 del decreto legge 78 del 2015 in cui si afferma l'obbligo dei medici di conformare il proprio comportamento prescrittivo alle indicazioni

dei decreti ministeriali con relative possibilità sanzionatorie da parte delle autorità sanitarie locali e regionali.

Le sanzioni sono previste per legge dai decreti precedenti il decreto Lorenzin e possono essere applicate in forma coercitiva dalle regioni in corsa per ripianare il deficit di bilancio mettendo in discussione i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

La rete sostenibilità e salute (RSS) a cui aderiscono numerose associazioni scientifiche, culturali e di cittadinanza esprime la propria contrarietà al decreto Lorenzin totalmente per il metodo e per alcuni dei contenuti (es. le limitazioni agli esami ematochimici ad esempio le transaminasi, l'uricemia che mettono in discussione la possibilità di eseguire gli appropriati accertamenti diagnostici di fronte ad un ragionevole sospetto di malattie metaboliche) mentre si rivela una timidezza nel delineare delle linee guida su molte altre prescrizioni ben più costose ad alto rischi di non appropriatezza (es l'ecodoppler dei tronchi sovra-aortici ripetuti anche su soggetti sani, la curva da carico per le gravide che hanno meno di 90 mg/dL di glicemia, etc.).

Fatte salve le dichiarazioni di disponibilità alla revisione del decreto da parte del ministro Lorenzin, in alternativa ad un'impostazione prevalentemente centralista e sanzionatoria e non formativa con un occhio rivolto più ai possibili risparmi prodotti dalla riduzione dei LEA che ad una operazione culturale di miglioramento professionale, la RSS suggerisce un altro approccio al problema dell'appropriatezza prescrittiva secondo i tre punti sotto riportati.

Identificare e diffondere le buone pratiche riguardanti l'appropriatezza prescrittiva già presenti nell'ambito sanitario e messe in pratica da aziende sanitarie o regioni virtuose. In molte Aziende sanitarie è attualmente in uso il manuale operativo per la prescrizione secondo le classi di priorità che in alcuni punti sono anche più stringenti dell'elenco del decreto Lorenzin. Esse sono state redatte da gruppi di lavoro fra medici ospedalieri e medici di famiglia in base alle risorse locali ed ai criteri di appropriatezza. Delle 34 società scientifiche attualmente aderenti al progetto di Slow Medicine "Fare di più non significa fare meglio", nell'ambito di Choosing Wisely International, 26 hanno prodotto liste di 5 esami diagnostici, procedure o trattamenti ad alto rischio d'inappropriatezza in Italia per un totale di attuali 140 pratiche sul cui utilizzo medici e pazienti dovrebbero interrogarsi. Questa modalità d'intervento intende modificare la cultura sanitaria

attraverso l'alleanza fra pazienti e medici.

Allineare sanità e salute propone un modello di remunerazione degli attori in Sanità (e di finanziamento delle Organizzazioni in cui operano), da iniziare a sperimentare in alcune ASL, che renderebbe convenienti per tutti le scelte prescrittive ed erogative più appropriate e costo-efficaci.

E' fuor di dubbio l'opportunità di un intervento normativo: l'iperprescrizione, oltre che essere di danno economico per il paziente e per il sistema sanitario, porta anche all'aumento del rischio clinico (errore medico).

L'introduzione delle note AIFA del 4 gennaio 2007, pur criticabile in qualche punto, ha portato ad una razionalizzazione dell'erogazione dei farmaci e in generale ad una maggior appropriatezza, ma la materia delle prescrizioni diagnostiche è molto legata alla professionalità, alla conoscenza del paziente e all'epidemiologia territoriale, per cui restano preferibili modalità decentrate per decisioni da condividere. Una parte delle Aziende sanitarie possiede strumenti informativi validi e pratiche di condivisione culturale e organizzativa in grado di coordinare e gestire il processo. Altre dovrebbero dotarsene. Linee guida e indicatori di processo nazionali devono indirizzare i sistemi premianti delle singole Aziende sanitarie (patti e contratti d'esercizio per i medici di famiglia e incentivi per i dipendenti ospedalieri, sperimentazione di modelli di remunerazione che "pagano la salute"...), ora poco utilizzati in tal senso, all'adesione ai percorsi di appropriatezza.

La Rete Sostenibilità e Salute

Il seguente documento è stato approvato dal Coordinamento delle Associazioni della Rete Sostenibilità e Salute il 12 marzo 2016 a Bologna

[Download \(PDF, 133KB\)](#)

COMUNICATO STAMPA

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

Maternità e nascita in Italia: è tempo di cambiare. La posizione della Rete Sostenibilità e Salute

Comunicato stampa per presentazione del documento 'Maternità e nascita in Italia: è tempo di cambiare'

E' scarsa l'attenzione pubblica che si rivolge al modo in cui avvengono le nascite nei nostri ospedali, e pochissima la consapevolezza negli operatori che le attuali scelte assistenziali possano avere profonde ricadute negative per le donne, i genitori e i loro figli.

Quanto accade nelle nostre sale parto è conseguenza anche del sentimento oggi dominante, la paura. Essa, alimentata dalla cultura del rischio, ci porta a vedere la catastrofe dietro ad ogni angolo. I medici alla paura reagiscono aumentando il controllo sul processo del parto e interferendo in ogni modo coi complessi sistemi neuro-ormonali che in milioni di anni di evoluzione sono stati messi a punto per garantire il massimo successo riproduttivo della nostra specie. E anche molte donne oggi chiedono più esami, più controlli e accettano supinamente ogni intervento, convinte di conquistarsi così un bambino perfetto.

I confronti fra i tassi di interventi ostetrici in Europa ci raccontano di numeri record dell'Italia a partire dal numero dei TC, ma anche di induzioni del parto e di episiotomie. Il parto viene spesso disturbato da pratiche non necessarie e stressanti, dopo una gravidanza seguita da ginecologi e non da ostetriche come avviene in molti paesi europei e come sarebbe consigliato dalla Linea Guida italiana per le gravidanze fisiologiche del 2011 prodotta dall'Istituto Superiore di Sanità.

Ha avuto successo nei giorni scorsi la campagna #bastatacere promossa da alcune associazioni di mamme e di ostetriche, che denuncia pratiche inappropriate, talvolta applicate senza consenso e con deplorable aggressività. Questa campagna italiana segue a un documento dell'OMS, che denuncia la mancanza di rispetto delle donne e dei bambini in molti reparti di ostetricia nel mondo, con gravi conseguenze sul vissuto, sulla relazione madre-bambino e sul buon avvio dell'allattamento materno.

L'indirizzo politico conseguente all'accordo stato-regioni del 2010 e del successivo decreto sta portando alla chiusura di piccoli ospedali (sotto i 500 parti, ma tendenzialmente sotto i 1000), privando molti territori dei loro punti di riferimento per la salute e costringendo le madri a partorire in grandi bambinifici se non si appronta una rete di assistenza con diverse possibilità in base alle scelte delle donne

e alla loro sicurezza (consultori, centri nascita intra ed extra-ospedalieri, case di maternità, parti a domicilio, maternità ben organizzate con patologia neonatale per i casi complessi o trasferiti). Le gravide normali dovrebbero essere seguite dalle ostetriche, le esperte della fisiologia, preferibilmente in consultori potenziati, dove poter trovare anche sostegno sociale e psicologico. Per questi motivi la Rete Sostenibilità e Salute aderisce al documento proposto dall'Associazione Scientifica Andria ed esprime il proprio impegno a promuovere i necessari cambiamenti all' Assistenza ostetrica in Italia con iniziative proprie e collaborando con donne e gruppi di operatori che si stanno muovendo nella stessa direzione. Chiediamo che la stampa dia voce a queste istanze.

Maternità e nascita in Italia: è tempo di cambiare

La posizione della Rete Sostenibilità e Salute

E' desolante la scarsa attenzione pubblica che si rivolge al modo in cui avvengono le nascite nei nostri ospedali, e pochissima la consapevolezza negli operatori che le attuali scelte assistenziali possano avere profonde ricadute negative per le donne, i genitori e i loro figli.

Il modello attuale di assistenza è emanazione della società patriarcale. I ginecologi si sono appropriati della nascita e hanno avuto la presunzione, manipolando il processo, di poter rendere più efficiente e sicura la produzione di bambini senza capire che, modificando in modo violento lo scenario del generare, potevano compromettere la salute delle generazioni future.

Quanto accade nelle nostre sale parto è conseguenza anche del sentimento oggi dominante, la paura. Essa, alimentata dalla cultura del rischio, ci porta a vedere la catastrofe dietro ad ogni angolo. I medici alla paura reagiscono aumentando il controllo sul processo del parto e interferendo in ogni modo coi complessi sistemi neuro-ormonali che in milioni di anni di evoluzione sono stati messi a punto per garantire il massimo successo riproduttivo della nostra specie. E anche le donne oggi chiedono più esami, più controlli e accettano supinamente ogni intervento, convinte di conquistarsi così un bambino perfetto. Ma non è così, tanti interventi hanno un prezzo che le madri e i bambini pagheranno negli anni futuri, come ci stanno mostrando tanti studi epidemiologici, le ricerche sulla fisiologia degli ormoni del parto, gli studi sull'importanza del microbioma nella maturazione del sistema immunitario e quelli di epigenetica sulle modificazioni

nell'espressione dei nostri geni che l'ambiente induce in una fase estremamente sensibile della vita.

Non corrisponde ai criteri dell'appropriatezza quanto accade in Italia dove si osserva :

Un eccesso di Tagli cesarei, il 36 % dei parti, il più alto in Europa

Un'eccessiva percentuale di parti indotti

Il monitoraggio cardiocotografico continuo applicato di routine

Il ricorso elevato all'infusione con ossitocina (44-75% nelle nullipare, 25-40% nelle pluripare)

L'uso di posizioni obbligate per partorire, di solito la posizione litotomica

L'episiotomia senza necessità (42% delle donne)

Il taglio precoce del cordone ombelicale

La separazione del neonato dalla madre dopo il parto

E' molto difficile riconoscere che proprio partorire in ospedale oggi è un fattore di rischio: rischio di interventi dannosi praticati senza necessità, rischio per le donne di essere espropriate dal diritto di vivere una esperienza ricca e di crescita, rischio di iniziare con difficoltà la prima relazione col proprio figlio appena nato, maggior vulnerabilità rispetto a patologie che possono comparire successivamente.

Proporre anche in Italia, come avviene in altri paesi,

l'organizzazione di servizi pubblici in tutto il territorio per il parto a domicilio, in Centri nascita accanto agli Ospedali o in Case Maternità, con l'assistenza delle ostetriche, non deve essere più un tabù. Non è giustificabile l'ignoranza della quasi totalità della classe medica che continua a proclamare insostenibile il rischio del parto extraospedaliero, e a criminalizzare questa scelta da parte delle donne.

Ormai la letteratura disponibile sul tema è abbondante e di qualità, e consiglia di offrire alle donne la scelta del luogo del parto.

Nel Regno Unito le linee guida del 2014 raccomandano fra i punti prioritari da implementare che tutte le donne devono essere informate, se la gravidanza è normale, che :

1) se hanno già partorito, quando il parto avviene a domicilio , in Case Maternità , di fronte a uguali outcome rispetto ai parti ospedalieri, si osservano meno interventi e più soddisfazione delle donne.

2) se sono al primo figlio, vi è un leggero aumento di esiti avversi neonatali se partoriscono a domicilio, ma una netta riduzione per la madre di avere interventi come l'episiotomia , il taglio cesareo,

parti operativi, l'epidurale. Se scelgono il parto in casa vanno comunque sostenute in questa scelta.

E' necessario un cambiamento culturale che deve coinvolgere tutta la società, e deve investire il modo con cui vengono formati i professionisti che lavorano attorno alla nascita, perchè ogni gesto, ogni parola, ogni pratica di chi assiste deve essere indirizzato a mantenere al centro la donna e a proteggere la fisiologia di un processo molto delicato.

Ogni donna ha una storia diversa; ci vuole ascolto, pazienza, bisogna avere fiducia in lei e trasmetterle fiducia. Vi è invece una evidente sfiducia da parte dei ginecologi nella sua capacità di partorire senza qualche tipo di "aiuto" e una diffusa indifferenza clinica allo stato emotivo della partorientente.

Certo non basta la diffusione delle conoscenze evidence-based in ostetricia per migliorare l'assistenza in Italia, dove il parto indisturbato è diventato quasi una rarità.

La concentrazione dei parti in strutture sempre più grandi rende difficile un'assistenza attenta ai bisogni delle donne e dei bambini, soprattutto per la rigidità dei protocolli e per l'atmosfera di tensione che si respira.

Oltre a investire di più in una diversa formazione del personale sanitario, bisogna pensare a un modello diverso per il percorso nascita, e nel farlo dobbiamo volgere lo sguardo a quanto accade in altri paesi che hanno cercato di risolvere il problema dell'eccesso di medicalizzazione. E bisogna permettere alle donne di scegliere, e che ognuna possa trovare la sua strada su come, dove e con chi partorire. Non va dimenticato inoltre che incrementando il parto extraospedaliero vi sarebbe un notevole risparmio nella spesa sanitaria.

Le ostetriche, con un'adeguata formazione a lavorare in autonomia, sono le figure più adatte a seguire con continuità le donne con una gravidanza fisiologica nelle strutture consultoriali, come si afferma nelle linee guida sulla gravidanza fisiologica prodotte dall'Istituto Superiore di Sanità. La continuità dell'assistenza in gravidanza è fondamentale, e le donne oggi per ottenerla sono costrette a rivolgersi ai ginecologi privati.

Per questo noi proponiamo che:

In tutto il territorio nazionale i servizi consultoriali e ospedalieri prevedano che la gravidanza fisiologica possa essere seguita con continuità dalle ostetriche.

In ogni Punto Nascita ospedaliero siano presenti dei percorsi per la fisiologia con l'assistenza delle ostetriche.

In ogni Punto Nascita sia previsto un numero di ostetriche sufficiente a garantire un'assistenza individualizzata one-to-one.

Venga proposta dal Governo una Legge che preveda la creazione in ogni Regione di servizi pubblici che offrano il parto in Centri nascita all'interno o accanto all'Ospedale, in Case Maternità o a domicilio.

In tutto il nostro paese, e non solo in alcune Regioni, si preveda un rimborso per le spese sostenute per il parto a domicilio o in Casa Maternità se effettuati con professioniste private.

Non vengano chiusi i Punti Nascita valutando solo il numero dei parti, ma la qualità del servizio offerto oltre che le condizioni territoriali.

Invece di essere chiusi, ove possibile, alcuni Punti nascita vengano trasformati in Centri Nascita gestiti in autonomia dalle ostetriche, come avviene in altri paesi.

La formazione delle ostetriche debba offrire maggiori strumenti per lavorare in autonomia, e la formazione dei medici sia volta alla conoscenza e alla promozione della fisiologia, oltre che alla gestione della patologia.

La Rete Sostenibilità e Salute

Il seguente documento è stato approvato dal Coordinamento delle Associazioni della Rete Sostenibilità e Salute il 12 marzo 2016 a Bologna

[Download \(PDF, 49KB\)](#)

[Download \(PDF, 99KB\)](#)