

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 statutarî).
- 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).

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

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

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

Bologna, 29 Maggio 2017

Rete Sostenibilità e Salute

Rete Sostenibilità e Salute: chi siamo?

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

1. Associazione Dedalo 97
2. Associazione Frantz Fanon
3. Associazione Medici per l'Ambiente – ISDE Italia
4. Associazione per la Decrescita
5. Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale
6. Associazione Scientifica Andria
7. Centro Salute Internazionale-Università di Bologna
8. GDL Diritti Umani Psicologi del Piemonte
9. Italia che Cambia
10. Medicina Democratica ONLUS
11. Movimento per la Decrescita Felice
12. No Grazie Pago Io
13. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale
14. Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca
15. People's Health Movement
16. Psichiatria Democratica

17. Rete Arte e Medicina
 18. Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina
 19. Segretariato Italiano Studenti in Medicina, SISM
 20. Società Italiana Medicina Psicosomatica
 21. Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria, SIQuAS
 22. Slow Food Italia
 23. Slow Medicine
 24. Vivere sostenibile
 25. Giù le Mani dai Bambini ONLUS (l'organizzazione – pur non avendo sollevato obiezioni nel merito del documento – si è astenuta sul punto, in quanto l'argomento trattato esula dai suoi scopi statutarî).
- Media relation Rete Sostenibilità e Salute
- Email: rete@sostenibilitaesalute.org
 - 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 statutari).
- 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

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

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

DOCUMENTI DELL'VIII CONGRESSO NAZIONALE DI MEDICINA DEMOCRATICA ONLUS



IN QUESTA PAGINA SARANNO MAN MANO PUBBLICATI I LINK AI DOCUMENTI E GLI INTERVENTI DEI PARTICIPANTI AI LAVORI DELL' VIII CONGRESSO NAZIONALE DI MEDICINA DEMOCRATICA TENUTOSI DAL 19 AL 21 NOVEMBRE A FIRENZE.

[INTERVENTI PRIMA GIORNATA \(CLICK\)](#)

[INTERVENTI SECONDA GIORNATA \(CLICK\)](#)

[INTERVENTI TERZA GIORNATA \(CLICK\)](#)

[MOZIONE: LA GUERRA COME NOCIVITA' ASSOLUTA \(CLICK\)](#)

[COMPONENTI NUOVO DIRETTIVO NAZIONALE \(CLICK\)](#)

DOCUMENTO CONCLUSIVO del Congresso Nazionale di Medicina Democratica Movimento di Lotta per la Salute svoltosi a Firenze il 19-20-21 novembre 2015

PREMESSA

Medicina democratica, movimento di lotta per la salute, non ha mai voluto fare del proprio congresso un'occasione di riflessione e dibattito esclusivamente interni. Sosteneva infatti Giulio Maccacaro nel 1976 a Bologna, nella relazione di apertura del 1° Congresso Nazionale:

“Siamo qui noi, ma non per noi, compagni, ma per altri compagni, tanti, ma i ben più tanti che attendono da Medicina Democratica non solo un messaggio responsabile ma anche un'azione efficace per la salute e l'integrità di chi è oggetto di sfruttamento, emarginazione e repressione, onde questi ne emerga in tutto il suo diritto e la sua capacità di porsi quale soggetto politico primario”.

Ogni successivo congresso, pur nella diversità del contesto che con gli anni si è venuto a presentare, si è sempre caratterizzato per proposte ed iniziative, in continuità con la premessa sopra riportata, caratterizzate dall'impegno a pensare in modo globale.

E' per questo motivo che il documento conclusivo generale, ma anche quelli dei 6 gruppi di lavoro (aperti anche a non aderenti a MD) vogliono rappresentare l'inizio di un impegno comune che stimoli la nascita di UN NUOVO MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE DEL XXI° SECOLO. Le proposte si rivolgeranno sia ai movimenti e alle associazioni presenti ma anche alle forze per vari motivi assenti, comprese quelle che sembrano impermeabili ai nostri argomenti, incompetenti ad affrontare le problematiche che solleviamo, incapaci di difendere principi e valori della nostra carta costituzionale, pronti a sacrificare al Mercato il Sistema Sanitario Nazionale Universalistico, Equo e Solidale, fondato sulla Fiscalità progressiva, sulla Prevenzione e sulla Partecipazione che l'intelligenza dei padri costituenti e le elaborazioni culturali e le lotte operaie dalla fine degli anni '50 alla metà degli anni '70 hanno contribuito a realizzare.

Medicina Democratica promuove in modo attivo e consapevole la difesa dei diritti umani, a partire da quelli fondamentali alla vita e alla salute per tutti gli abitanti del nostro pianeta oggi sempre più a rischio.

Riteniamo pertanto che tutti i lavoratori e i cittadini italiani e non, indipendentemente dalla loro provenienza geografica abbiano diritto, come recita del resto la Costituzione Italiana, alla salute e al lavoro e ciò si può realizzare grazie a :

- un lavoro salubre che preveda il rischio zero per l'esposizione ad agenti chimici e fisici cancerogeni, il rispetto del principio di precauzione per quelli per i quali non esistono evidenze certe di assenza di tossicità e/o di cancerogenicità
- un lavoro che secondo i principi dell'ergonomia sia adattato all'uomo e non viceversa: l'organizzazione del lavoro non deve prevedere situazioni stressogene (turni estremi, ritmi eccessivi, mobbing e altre molestie), ma deve perseguire il benessere lavorativo: a tal fine ritiene doverose: la revisione della normativa pensionistica per tutte le categorie operaie e, nel pubblico impiego, per i lavori usuranti (per es. infermieri e turnisti e addetti alla cura di pazienti cronici, insegnanti, medici chirurghi e d'urgenza, psichiatri ed altri da individuare); l'abrogazione o profonda revisione, anche attraverso l'uso dello strumento referendario di

quelle parti del Jobs act che non sono a tutele crescenti, ma decrescenti a partire dal ripristino dell'art.18 dello Statuto dei Lavoratori e sua estensione anche alle ditte sotto i 15 dipendenti; modifiche al DLgs 81/08, cassando le modifiche del DL 106/09 e aggiungendo un'area specifica sul rischio organizzativo e sul rischio violenza e molestie sul lavoro. Inoltre dovrà essere inserito il reato di mobbing nel C.P.

– un ambiente ed a un territorio salubre, a supporto della resistenza e della lotta delle popolazioni.

Sappiamo bene che una sostanza non “cessa di essere tossica quando esce dai confini della fabbrica” e che, come scriveva Lorenzo Tomatis nel 1987,: “ la deliberata spietatezza con la quale la popolazione operaia è stata usata per aumentare la produzione di beni di consumo e dei profitti che ne derivano si è ora estesa su tutta la popolazione del pianeta, coinvolgendone la componente più fragile che sono i bambini, sia con l' esposizione diretta alla pletora di cancerogeni, mutageni e sostanze tossiche presenti nell' acqua, aria, suolo, cibo, sia con le conseguenze della sistematica e accanita distruzione del nostro habitat”

I numerosissimi esempi – anche nel nostro paese- di drammatiche conseguenze per la salute pubblica conseguenti a gravissime contaminazioni ambientali per insediamenti industriali non sono più tollerabili. A questo proposito alcuni provvedimenti dell'attuale Governo meglio noti come Decreto “Destinazione Italia” e come “Sbocca Italia” ci sembrano andare in direzione nettamente contraria.

Riteniamo comunque che tali nefaste conseguenze siano però intrinseche a questo tipo di economia capitalistica e lineare fondata sull'utilizzo di materie prime, la loro trasformazione per produzione di beni e manufatti che devono a loro volta divenire nel più breve tempo possibile scarti e rifiuti. Tutti ciò non è però in alcun modo più sostenibile: e già oggi un solo pianeta (l'unico di cui disponiamo!) non riesce più a sostenere l'impronta ecologica dell'uomo.

– ad un'assistenza sanitaria pubblica e partecipata, effettivamente gratuita, basata sull'efficacia; adeguata ai bisogni e che si fondi sulla dignità dell'assistito e ne rispetti le scelte;ciò implica una modificazione radicale dell'assetto organizzativo del servizio sanitario nazionale che degenera vieppiù verso un sistema privatistico: fra gli obiettivi di questo VIII Congresso di MD vi sia anche quello di promuovere le necessarie iniziative per ripristinare, anche nel nome quindi, la denominazione nonché le originarie

caratteristiche delle Unità Socio Sanitarie Locali con i relativi servizi ed una reale gestione pubblica degli stessi, attraverso la partecipazione della popolazione promuovendo organismi a ciò finalizzati (ad esempio Comitati di Partecipazione popolare costituiti con elezione diretta). Le Case della Salute, devono essere aperte secondo la formulazione partecipata che propose Giulio Maccacaro e non in quella burocratica attuata per esempio in alcune zone della Regione Toscana. Eliminare, anche attraverso l'uso dello strumento referendario, l'attuale gestione monocratica e aziendalistica, fonte di spreco e di clientelismo, con dirigenti di nomina politica e non scelti secondo capacità ed esperienza; eliminare altresì il "sistema che paga la malattia" (DRG) e che produce malattia, per un sistema che paga la salute a quota capitaria pesata per età; a tal proposito le dimissioni ospedaliere per i malati cronici devono prevedere un programma terapeutico – definito dalla Unità Valutativa Multidimensionale – in assistenza domiciliare o, se residenziale, senza oneri per gli assistiti e o i loro parenti. La lotta all'evasione fiscale che attualmente non solo non viene perseguita, ma addirittura incentivata permetterà il recupero dei miliardi di Euro necessari, così come la drastica riduzione delle spese militari – ad una vita indipendente alle persone con disabilità e nello stesso tempo ad avere la possibilità di partecipazione alla vita sociale attraverso la realizzazione di una presa in carico sanitaria, sociale e assistenziale adeguata, garantendo alla persona con disabilità il diritto alle cure e alla riabilitazione al fine di raggiungere la maggior autonomia possibile e il maggior recupero neuro motorio e di partecipazione e inclusione sociale.

Medicina Democratica, in particolare la Sezione di Viareggio, sulla base della sua specifica esperienza, ritiene che accanto a tutti i diritti inalienabili dell'uomo, in particolare se affetto da una lesione di tipo neurologico, ortopedico, cardiologico che può condurre a disabilità e che necessita di trattamento riabilitativo, deve assumere pari rilevanza e dignità "il diritto al recupero", inteso come il diritto al grado più evoluto di recupero di funzione. Un recupero qualitativamente evoluto può costituire un importante strumento onde evitare l'instaurarsi della disabilità e di lotta contro lo sfruttamento della disabilità a fini di profitto e di consumo.

Medicina Democratica da anni lotta per migliorare le condizioni di accessibilità e di fruibilità degli spazi per tutta la popolazione nel rispetto delle difficoltà di tutti e continuerà a farlo impegnandosi

ad ottenere l'applicazione pubblica delle forme di assistenza alle persone con gravi disabilità e alle persone anziane non autosufficienti o con malattie cronico-degenerative contrastando la tendenza in atto che vuole che questi servizi siano a pagamento. Medicina Democratica si batte per la realizzazione delle Unità Spinali UNIPOLARI sull'intero territorio nazionale, in particolare nelle regioni del Centro e del Sud Italia per garantire la possibilità di cura e riabilitazione per tutte le persone con lesione midollare sia in fase acuta che durante il loro percorso di vita per prevenire ulteriori complicanze e a promuovere Centri per l'autonomia legati alle Unità Spinali, come ad es. a Firenze Medicina Democratica unitamente alla Associazione Paraplegici Toscana hanno promosso la realizzazione di una estensione dell'Unità Spinale per rispondere a diverse esigenze delle persone con lesione midollare; la realizzazione della Casa Gabriella in onore e in memoria di Gabriella Bertini che ha speso la sua vita a lottare per i diritti delle persone disabili permetterebbe a persone con paraplegia e tetraplegia di afferire all'Unità Spinale di Firenze per esigenze diverse (complicanze, bisogno di autonomia, verifica ausili, sport e percorsi di autonomia, ecc..) così come dal progetto predisposto dallo specifico gruppo di lavoro coordinato da Beppe Banchi e da Laura Valsecchi al quale si fa rinvio.

Medicina Democratica si impegna ad approfondire le tematiche connesse ai cambiamenti climatici globali in atto per contrastarne le cause, per affrontare adeguatamente le conseguenze già in atto per quanto riguarda:

- L'incremento inaccettabile di inquinanti persistenti bioaccumulabili (nel merito si richiede che il nostro Paese ratifichi la Convenzione di Stoccolma);

- Gli effetti non preventivamente valutati in modo pubblico e indipendente di nuove tecnologie;

- L'utilizzo dissennato delle risorse fossili oggi utilizzate come combustibili fonte principale di energia per tutti gli usi industriali, domestici e dei trasporti. Medicina democratica sostiene la necessità di uscire da questa situazione disastrosa per il clima e la sanità del pianeta, per passare alle fonti rinnovabili, tra le quali la principale, pulita abbondante ed inesauribile, è costituita dalle radiazioni elettromagnetiche (a luce) provenienti dal Sole. La lotta contro gli enormi interessi aggregati sull'estrazione, commercio ed uso di petrolio, gas naturale e carbone deve essere un nostro impegno permanente. Nella transizione all'energia solare e le altre

rinnovabili, che implica la dura lotta contro i potenti interessi economici e politici del moderno capitalismo, la nostra associazione è schierata per il risparmio energetico, quindi contro sprechi ed inquinamenti, e a favore del progressivo impiego delle energie rinnovabili anche in piccola scala locale in base alle opportunità nelle diverse situazioni ambientali. Contrastiamo pertanto con fermezza l'avvio di procedure di estrazioni di idrocarburi sia in terra che in mare purtroppo avviate dall'attuale Governo nel nostro paese anche se contrastate con fermezza dalle popolazioni interessate. Medicina Democratica si sente altresì parte attiva nella lotta per difendere ed estendere i Beni Comuni: va pertanto ripresa la battaglia per l'applicazione dei risultati referendari sull'acqua a quasi 5 anni dal referendum, ma estendendo la battaglia alla qualità dell'acqua, oggi inquinata in vario modo da solventi, metalli pesanti ed anche dall'amianto contenuto nelle tubazioni in fibrocemento (in Toscana è in atto una lotta promossa da Medicina Democratica per la sostituzione delle suddette tubazioni). MD, Più in generale, lotta, in connessione con l'Associazione Italiana esposti amianto (AIEA) e il Coordinamento nazionale Amianto (CNA) per l'eliminazione dell'amianto dal territorio nazionale entro il 2020 e per tutto ciò che è stato previsto dal Piano Nazionale Amianto a partire dalla sua approvazione e finanziamento: sorveglianza sanitaria degli ex esposti, cura e ricerca, bonifiche dei siti inquinati, riconoscimento delle malattie professionali asbesto correlate e dei benefici previdenziali di cui alla legge 257/92. Considera altresì necessario che i riconoscimenti delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro vengano affidate alle A-USL, come già previsto dalla legge 833/1978. Non ultimo perché nei processi penali che riguardano questa materia (nella gran parte dei quali MD è impegnata come parte civile), venga eliminato l'istituto della prescrizione.

Riteniamo altresì che il concetto di Bene Comune vada esteso anche:

- al lavoro: a questo proposito bisognerà battersi perché a livello normativo, in conformità all'articolo 43 della Costituzione, si pubblicizzino quelle aziende che decidono di abbandonare il nostro paese per andare all'estero; bisognerà che il collettivo operaio entri direttamente in possesso e gestisca il bene requisito ai privati riprendendo il meglio delle storiche esperienze cooperativistiche.
- alle fonti energetiche a cominciare dall'energia elettrica: a questo proposito, pur consci che non si può azzerare da un giorno all'altro l'energia proveniente da fonti inquinanti, riteniamo che debba essere progressivamente estesa la rete di energia proveniente dalle fonti

alternative: il fotovoltaico e l' eolico, privilegiando i piccoli impianti e, nel caso dei grandi impianti, purchè non vadano a discapito dell'agricoltura e della salute degli abitanti che risiedono nelle vicinanze. Verranno contrastate altresì non solo il ricorso all'Energia Nucleare, ma anche ad altre fonti inquinanti come quelle impropriamente definite rinnovabili come biomasse, biocarburanti e geotermia.

Medicina Democratica contrasterà insieme ai movimenti tutte quelle grandi opere aggressive per il territorio e che mettono a repentaglio la salute e la vita dei lavoratori e degli abitanti che vivono nelle aree interessate, a cominciare dal Tunnel della TAV in Val Susa, la cui popolazione è da 20 anni in lotta per difendere il proprio territorio, e dal sottoattraversamento TAV di Firenze (opera assolutamente inutile e nociva per la popolazione, oltre che fonte di scandali e ruberie). Sarà necessaria la riconversione di quei finanziamenti per le tante piccole opere che servono alla rimessa in sicurezza del fragile territorio del nostro Paese (alluvioni continue dal Nord al Sud del paese).

Medicina Democratica continuerà a battersi con i cittadini, i comitati contro l'incenerimento ed ogni altra forma di combustione dei rifiuti promuovendo le gestioni virtuose secondo il principio delle 4 R : Riduzione, Riuso, Riciclo e Recupero della materia. A tal fine l'assurda decisione di iniziare i lavori per il nuovo inceneritore a Firenze – Case Passerini appare una vero e proprio attentato alla Salute Pubblica, considerando anche che a pochi chilometri di distanza si vorrebbe assurdamente allungare la pista dell'Aeroporto di Firenze-Peretola.

Medicina Democratica fa proprio quindi il concetto dell'economia circolare: un modello che pone al centro la sostenibilità del sistema, in cui non ci sono prodotti di scarto e in cui le materie vengono costantemente riutilizzate. Questa modalità del resto è quella che da sempre regola i processi della Natura ed in cui l'energia necessaria per il funzionamento del sistema proviene da una unica fonte esterna: il sole! Assurda quindi l'incentivazione, per la produzione di energia, a combustione di biomasse, combustibili fossili o rifiuti come è purtroppo la regola nelle nostre società.

Medicina Democratica si batte altresì per la messa definitiva al bando dei pesticidi di sintesi a partire dal famigerato glyphosate, che è un pesticida molto diffuso: è infatti la causa dei sinistri 'paesaggi arancio' e dell'attività criminale delle multinazionali quali Monsanto, Bayer, Syngenta, Basf ecc),. Oltre alla tossicità acuta, tra

Le malattie più frequentemente associate ad esposizione cronica a piccole dosi di pesticidi, ci sono: Parkinson, SLA, Alzheimer, patologie dello spettro autistico, della sfera genitale e riproduttiva, obesità, diabete 2, malattie cardio-respiratorie, celiachia, vari tipi di cancro. Ad esserne colpiti non sono più solo gli operatori agricoli e le rispettive famiglie, ma lo è la popolazione in generale, specie durante le prime fasi della vita. E' pure indispensabile opporsi con fermezza agli organismi geneticamente modificati (OGM), alle agro-mafie, all'agro-business, alla declassificazione di pericolosità dei pesticidi di sintesi in atto nel mercato e all'accordo internazionale TTIP (Transatlantic Trade and Investment Partnership).

E' quindi improcrastinabile la riconversione biologica di tutte le produzioni agricole, per la difesa della salute delle generazioni presenti e future, della qualità dell'aria, dell'acqua e del suolo come elemento centrale degli equilibri della biosfera e come luogo di produzione salubre del cibo. E' necessario far esplodere la questione pesticidi a livello di opinione pubblica e far crescere un movimento di massa ed un'opposizione forte ai pesticidi ed alle multinazionali del settore ed a favore dell'agricoltura biologica/biodinamica. La Carta di Panzano in Chianti rappresenta un esempio di strumento di lotta e di informazione, dal basso. E' necessario estendere e potenziare i Biodistretti (come Panzano, Montalbano ed altri).
MEDICINA DEMOCRATICA condivide il punto di vista delle donne sulle questioni di identità di genere e delle lotte per l'affermazione del principio di autodeterminazione.

La presenza delle donne nella società si declina nella sua tripla presenza:

- nel mercato del lavoro, per la sua autonomia economica (almeno parziale)
- nell'ambito della cura e della riproduzione (ambito familiare, domestico, relazionale e affettivo)
- nella sua partecipazione diretta al cambiamento del sistema capitalistico (impegno nei collettivi, nelle associazioni, nei comitati e nelle lotte).

Possiamo affermare che la complessità e la fatica di reggere su più piani ha sicuramente un impatto diretto sulla sua salute, da cui la necessità di indagare con l'ottica di genere, con un atteggiamento non neutrale.

Per quanto riguarda il lavoro la donna si scontra spesso con un'organizzazione del lavoro sempre più gerarchizzata e con impronta

maschile: questo fa sì che le donne che non si adeguano a tale organizzazione, vengano emarginate e discriminate.

E' questa una ragione in più perché la lotta contro l'organizzazione capitalistica del lavoro e della società veda le donne protagoniste. Medicina Democratica si batte perché venga riconosciuto il Diritto alla salute, al lavoro sano e ad un'abitazione dignitosa per i migranti e i ROM, contro ogni forma di esclusione, emarginazione, discriminazione, razzismo nei confronti di ogni minoranza linguistica, etnica, di genere e scelta sessuale, tutte/i soggetti ai quali vanno garantiti tutti i diritti fondamentali della persona e costituzionalmente sanciti. Si batterà perché i giovani migranti nati e /o cresciuti in Italia siano considerati cittadini italiani.

Medicina Democratica critica l'attuale gestione della salute psico-fisica in carcere, che con il passaggio della medicina penitenziaria alle ASL non ha fatto alcun significativo passo avanti; chiede altresì insieme a Psichiatria Democratica e ad altre associazioni che avvenga la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari con il contemporaneo rafforzamento delle strutture territoriali pubbliche di Salute Mentale, dove inserire gli ex internati degli OPG ne negli stessi OPG, ne al posto di altre strutture psichiatriche esistenti, ribadendo che ogni forma di contenzione va eliminata. Medicina Democratica critica altresì la tendenza della psichiatria al ritorno, anche nei Servizi di Salute Mentale pubblici, ad essere mera dispensatrice di psicofarmaci.

Medicina Democratica si batte per la chiusura definitiva di quegli autentici lager per i migranti denominati CIE.

MD pertanto sostiene le battaglie dei movimenti impegnati nella conquista di nuove regole e nuovi strumenti referendari, peraltro già in uso in Europa, atti a consentire la diretta partecipazione democratica delle popolazioni, alle scelte che riguardano l'uso del territorio, la realizzazione di opere con impatto ambientale e sulla salute, la gestione dei beni comuni e dei servizi pubblici, il sistema sanitario.

Medicina Democratica si batte contro tutte le guerre, comprese quelle cosiddette umanitarie ed a tal fine ribadisce la propria contrarietà a quell'autentico sperpero di denaro pubblico che è la costruzione degli aerei F35. Ritiene altresì che debba essere riconvertita l'intera produzione di armi in Italia e in Europa in beni di pubblica utilità. Chiede anche lo smantellamento nel territorio della Sardegna di tutte le basi militari che hanno pesantemente inquinato vari territori dell'isola provocando un'aumento significativo di morbilità e

mortalità per tumore nelle aree interessate.

Medicina Democratica è impegnata ad attuare la propria missione nel territorio, anche attraverso le sezioni, che intende organizzare e rafforzare al meglio, affinché costituiscano punti di aggregazione solidale con i movimenti impegnati nelle battaglie comuni, unendo le competenze in un' attiva collaborazione politica. Allo scopo MD proseguirà nel percorso di rafforzamento ed attuazione del sistema di regole interno, teso ad assicurare, da parte delle sezioni territoriali, il rispetto dello statuto e la massima trasparenza delle decisioni, della gestione economica, delle modalità di rinnovo delle cariche.

Si attrezzerà in particolare nel prossimo periodo congressuale (3 anni), per un rinnovo del gruppo dirigente e per l'aggregazione di nuovi militanti mettendosi in relazioni con ambiti giovanili: dalle università ai centri sociali (ed altro).

CONCLUSIONI E PROPOSTE

UNA PROPOSTA DI RELAZIONE PERMANENTE FRA ASSOCIAZIONI E MOVIMENTI ORGANIZZATI: VERSO LA COSTRUZIONE DI UNA RETE NAZIONALE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE E AL LAVORO, PER UN AMBIENTE SALUBRE, PER L'UGUAGLIANZA, CONTRO L' EMARGINAZIONE SOCIALE

Ci riferiamo naturalmente a associazioni e movimenti che contemplino nei loro principi e nei loro modi di operare la difesa dei diritti costituzionalmente garantiti quali:

-Il diritto alla salute non separabile dal diritto al lavoro almeno quanto il diritto al lavoro non può essere separato dal diritto alla salute. Nella storia delle lotte operaie e sindacali, soprattutto in tempi recenti, tale divisione è ricomparsa come "naturale" mentre tra l'inizio degli anni '60 e la metà degli anni '70 era chiaro a tutti che il lavoro non dovesse implicare il sacrificio della salute, così come l'affermazione del diritto alla salute non dovesse implicare la rinuncia al lavoro. Per diritto alla salute intendiamo sì il diritto ad un'organizzazione sanitaria pubblica e partecipata, ma anche quello alla prevenzione, promossa da modi appropriati di vivere, abitare, muoversi, produrre, come sancito anche da Carte Internazionali sottoscritte anche dal nostro paese (Alma Ata 1978; Ottawa 1986).

-Il diritto alla ambiente salubre che comporta una lotta senza quartiere alla nocività degli ambienti di lavoro e di vita e per il risanamento dei territori inquinati, il riutilizzo dei rifiuti contro ogni forma di incenerimento o termovalorizzazione, la produzione ecosostenibile di energia.

-Il diritto all'equità e all'uguaglianza che implica lotta all'emarginazione sociale dei "diversi": disabili o "diversamente abili", omosessuali, tossicodipendenti, ROM, immigrati, anziani malati cronici non autosufficienti, poveri, tutti coloro che, relegati ai margini della produzione, sperimentano più che la cura e la assistenza dovute una più o meno palese contenzione.

1) Per promuovere la nascita della Rete proponiamo di organizzare un gruppo di lavoro permanente, indicato dal Congresso e articolato in tre sezioni territoriali che, tra l'altro, presentano specificità di problematiche: sud (Napoli), centro (Firenze), nord (Milano), dando come mandato a tale gruppo quello di prendere contatto con reti, coordinamenti, associazioni già operanti sul territorio nazionale e con possibili aperture agli altri paesi europei, affinché ciascuna entità, pur mantenendo la propria identità e specificità di interessi e di azione, concordi con tutti i partecipanti alla Rete di collaborare per conseguire obiettivi condivisi.

Regola fondante della Rete dovrebbe essere quella di riconoscere a ciascuna entità costituente pari peso e responsabilità, chiamando ciascuna a sottoscrivere l'impegno ad opporsi nei fatti, nelle idee, nelle lotte locali e globali, nella elaborazione politica e culturale, all'attuale deriva anti sociale, anti politica, anti democratica.

2) Università e promozione della salute: ricerca, formazione, informazione e democrazia – Proponiamo un convegno di riflessione da tenersi a Bologna nel 2016 nel quarantesimo anniversario del 1° Congresso Nazionale di Medicina Democratica partendo dalle riflessioni di Piergiorgio Duca:

"Le scelte di governo devono trovare un limite invalicabile nel rispetto dei principi e dei diritti costituzionali dei cittadini: principi e diritti che non possono essere rimessi alla decisione di una maggioranza pro-tempore"

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto individuale e interesse collettivo

La Repubblica promuove lo sviluppo della cultura e la ricerca scientifica e tecnica

Le istituzioni di alta cultura hanno il diritto di darsi ordinamenti autonomi, nei limiti stabiliti dalle leggi dello Stato

"La ricerca è libera.

Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana"

"La scienza ha un unico scopo, un unico valore, un'unica dignità: alleviare all'uomo la fatica di essere migliore"

G.A. Maccacaro

Sassari Novembre 1965

“Verso una nuova biologia”

RICERCA

Partecipazione – Trasparenza – Imparzialità – Non neutralità –
Finanziamento e conflitti di interesse

Ricerca Farmacologica e Ricerca Epidemiologica: sostenibilità del SSN
e partecipazione

FORMAZIONE

Per una medicina a vocazione preventiva, centrata sul paziente, basata
sulle evidenze

Di un operatore consapevole di lavorare per un Sistema Sanitario
Universalistico, Equo, Solidale

INFORMAZIONE CRITICA

Impegnata nel controllo sistematico delle evidenze scientifiche su cui
dovrebbero basarsi le decisioni di politica socio-sanitaria.

Attiva nella ricerca, sperimentazione e promozione di modi e strumenti
di partecipazione

Responsabile verso la comunità per la realizzazione di un Consenso
Informato di Comunità

3) Un convegno in Val di Susa nel corso del 2016 per sostenere come
Medicina Democratica le lotte del Movimento NO TAV.

Per tutte le altre proposte si rimanda ai contenuti dei documenti dei
6 gruppi di lavoro.

L'ASSEMBLEA CONGRESSUALE DI MEDICINA DEMOCRATICA

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE ONLUS

FIRENZE, 21 NOVEMBRE 2015

GRUPPI DI LAVORO

[GRUPPO DI LAVORO Partecipazione, prevenzione, salute: la difesa dei
diritti sotto attacco \(CLICK\)](#)

[GRUPPO DI LAVORO Donna, Salute, lavoro, doppio lavoro, assenza di
lavoro, negazione di servizi e diritti \(CLICK\)](#)

[GRUPPO DI LAVORO Inquinamento urbano e salute \(CLICK\)](#)

[GRUPPO DI LAVORO Salute e agricoltura](#)

[GRUPPO DI LAVORO Lavoro, nocività e prevenzione: mobbing, tumori,
infortuni, strategie di lotta e iniziative di legge e giudiziarie](#)

GRUPPO DI LAVORO Salute mentale, psichiatria, OPG

L'articolo [DOCUMENTI DELL'VIII CONGRESSO NAZIONALE DI MEDICINA DEMOCRATICA ONLUS](#) sembra essere il primo su [Medicina Democratica](#).



(L'ISCRIZIONE AL CONGRESSO E' LIBERA E GRATUITA. PER RAGIONI ORGANIZZATIVE VI CHIEDIAMO DI ISCRIVERVI ON-LINE [COMPILANDO IL FORM PUBBLICATO A QUESTA PAGINA \(CLICK QUI\)](#))

VIII° CONGRESSO NAZIONALE DI MEDICINA DEMOCRATICA

Organizzato con il Dipartimento di Statistica dell'Università di Firenze

FIRENZE 19 – 21 NOVEMBRE 2015

Sala Convegni VILLA RUSPOLI – Piazza Indipendenza 9 – Firenze (19-20 novembre)

Sala Convegni – Università di Firenze – Via Laura,48 – Firenze (sabato 21 novembre)

PARTECIPAZIONE PREVENZIONE SALUTE

Fattori di rischio per la Salute dei Lavoratori e dei Cittadini: dalla ricerca, alla comunicazione, all'eliminazione

Rischio statistico e Rischio zero

Giovedì 19 novembre

10,00 – Apertura delle registrazioni

SESSIONE MATTINA

Coordinano Piergiorgio Duca e Gino Carpentiero

11,00 INTRODUZIONE

Dipartimento di Statistica Università di Firenze: Lucia Buzzigoli

Medicina Democratica: Piergiorgio Duca

11,30-13,00 RELAZIONI

Epidemiologia, informazione e salute della popolazione: Annibale Biggeri

La transizione epidemiologica del XX secolo, dalla genetica all'epigenetica:

Ernesto Burgio

SESSIONE POMERIGGIO

Coordinano Piergiorgio Duca e Gino Carpentiero

14,30-17,00 RELAZIONI

Movimenti e lotte per la difesa del SSN e la promozione della salute:

Paola Sabatini

e Giuseppe Lippi

Sistema Sanitario, sostenibilità e salute: Gavino Maciocco

VIS e partecipazione: Giancarlo Sturloni – Borsa di Studio

Michelangiolo Bolognini)

Assicurazioni rischio medico e iniquità: Marco Marchi

17-18,30: Tavola rotonda: Il Progetto Casa Gabriella: Coordinano Beppe Banchi e Laura Valsecchi

20,30-23,30 EVENTO PUBBLICO: Cinema Alfieri Proiezione del film I VAJONT (Regia: Maura Crudeli e Federico Alotto; Ideazione e Soggetto: Lucia Vastano) 80 min

[TEASER TRAILER DEL FILM \(CLICK QUI\)](#)

Dibattito pubblico con: Luigi Mara, Alessandro Santoro, Mariella Cao,

Riccardo Antonini Coordinano Maria Luisa Clementi e Fulvio Aurora

Venerdì 20 novembre

9,00-11,00 – CONTRIBUTI SEZIONI TERRITORIALI DI MD

Coordinano Marco Caldiroli e Maurizio Marchi

Toscana – Antonella Bertolucci – Viareggio

Piemonte – Barbara Tartaglione – Alessandria

Lombardia – Antonio Muscolino – Milano/Como

Liguria – Maurizio Loschi – Savona

Veneto – Maria Chiara Rodeghiero – Vicenza

Italia Meridionale e Isole: Paolo Fierro (Napoli) e Francesco Carta (Cagliari)

11,00-11,30 – Intervento di Valerio Gennaro (Genova)

Viene chiesto a tutte le sezioni territoriali di Medicina Democratica

di preparare dei contributi in forma di interventi scritti (sintesi max 2 pagine) o poster

11,30-13,00 e 14-15,30 – CONTRIBUTI DI ASSOCIAZIONI –COMITATI – GRUPPI
– Coordinano Marco Caldiroli, Maurizio Marchi e Gino Carpentiero
Associazione Italiana Esposti Amianto (AIEA) – Armando Vanotto (Cuneo)
Associazione Italiana Benessere e Lavoro (AIBeL) – Enzo Cordaro (Roma)
Società Nazionale Operatori della Prevenzione (SNOP) – Lalla Bodini (Milano)

Psichiatria Democratica – Paolo Tranchina (Firenze)

Associazione Diritti Non Autosufficienti (ADINA) – Anna Nocentini (Firenze)

Per un’Altra Città – Ornella De Zordo (Firenze)

Centro Studi Carla Grazioli – Luca Negrogno (Modena)

Assoc. ZERO Waste Italy (Rifiuti Zero) – Rossano Ercolini (Capannori-Lucca)

Viene chiesto alle Associazioni e ai Comitati che partecipano al Congresso di Medicina Democratica di preparare dei contributi in forma di interventi scritti (sintesi di 2 pagine) o poster.

15,30-18,30 – GRUPPI di LAVORO (i gruppi sono stati costituiti prima e in numero massimo di 6 con 2 – 3 coordinatori per gruppo presi tra i membri del Comitato Tecnico Scientifico)

1. Partecipazione, Prevenzione e Salute: i diritti sotto attacco e la loro difesa
2. Agricoltura, alimentazione, salute, sovranità alimentare e multinazionali
3. Ambiente, inquinamento urbano e rurale e salute: il ruolo della partecipazione nella ricerca per l’identificazione e nella lotta per la rimozione dei fattori di rischio
4. Donna, salute e lavoro: doppio lavoro, assenza di lavoro, negazione di servizi e diritti
5. Lavoro, nocività e prevenzione: mobbing, tumori, infortuni, strategie di lotta e iniziative di legge e giudiziarie
6. La Salute mentale e la chiusura degli OPG: interventi e proposte

20,30-23,30 EVENTO PUBBLICO: Sala Convegni Villa Ruspoli – Tavola Rotonda: Rischi per la salute nell’alimentazione e Rischio zero
Interventi di: Patrizia Gentilini, Vittorio Agnoletto, Alberto Bencistà, Antonio Lupo, Gianluigi Salvador e Giuseppe Altieri
Coordinano Gianluca Garetti e Katia Lumachi

Sabato 21 novembre

CONTRIBUTI DI ASSOCIAZIONI –COMITATI – GRUPPI – Coordinano Marco Caldiroli, Maurizio Marchi e Gino Carpentiero

9.00 – SOS Geotermia – Roberto Barocci

9.20-12 PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE DEI RISULTATI DEI LAVORI DI GRUPPO

12- 13 RELAZIONE CONCLUSIVA: Piergiorgio Duca e Annibale Biggeri

Il contributo dell'Università e delle Istituzioni in termini di ricerca, formazione, comunicazione e consulenza

14-16 ASSEMBLEA GENERALE DI MEDICINA DEMOCRATICA

Consuntivo del triennio – Piergiorgio Duca

Rinnovo del direttivo e della presidenza

Bozza di programma per il prossimo triennio

La proposta di Medicina Democratica ai gruppi alle associazioni o ai movimenti che vorranno partecipare e contribuire è quella di mettere a disposizione una specifica competenza di conoscenza, di lotta e di presenza storica sui temi critici della partecipazione e della prevenzione, impegnandosi a potenziare:

- 1) come strumento di dibattito, divulgazione, proposta e organizzazione la Rivista anche in sinergia ove e come possibile con "Epidemiologia & Prevenzione"
- 2) come presenza nel movimento di lotta il numero e le attività delle sezioni territoriali, da meglio coordinare in modo permanente pur nella varietà dei temi e dei modi organizzativi (Sportelli Salute e disagio lavorativo, Supporto all'azione legale locale, Iniziative giudiziarie o legislative a livello nazionale)
- 3) l'attività di formazione e sensibilizzazione sul territorio attraverso Corsi organizzati in tema di nocività del lavoro, identificazione e documentazione dei fattori di rischio sul territorio anche con la promozione di ricerca epidemiologica di base e la promozione di iniziative locali di lotta o di contrasto su specifici temi
- 4) l'iniziativa di coordinamento nel sociale attraverso la costituzione di reti di relazioni stabili con associazioni, gruppi e movimenti presenti sul territorio e attivi in ambito socio-sanitario e politico
- 5) l'iniziativa di promozione di convegni su emarginazione, salute della donna, difesa dei diritti, difesa dei beni comuni, per il lancio di iniziative anche legislative per contrastare fonti di inquinamento fisico, chimico ma anche culturale (pensiero unico)
- 6) l'istituzione di un Comitato Scientifico permanente di Consulenti – Garanti a cui chiedere un impegno non continuativo di partecipazione ma contributi mirati ad iniziative di ampia risonanza nazionale e internazionale.

[CONTRIBUTI DAI PRECONGRESSI DI MILANO FIRENZE PALERMO \(CLICK QUI\)](#)

SEDI DEL CONGRESSO:

19 e 20 NOVEMBRE 2015

Sala Convegni VILLA RUSPOLI – Piazza Indipendenza 9 – Firenze

[Visualizza mappa ingrandita](#)

21 NOVEMBRE 2015

Sala Convegni Università degli Studi di Firenze – Via Laura, 48 – Firenze

[Visualizza mappa ingrandita](#)

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

[“Chiusura degli OPG: quale formazione per gli operatori” – Roma 26-27 novembre 2015](#)



Psichiatria Democratica

Corso di aggiornamento accreditato ECM

“Chiusura degli OPG: quale formazione per gli operatori”

Roma, 26-27 novembre 2015

La comprensione e il trattamento della grave sofferenza mentale richiedono nuove offerte formative. Una visione minimamente critica riconosce le profonde crisi disciplinari e l'insufficienza dei percorsi didattici maggiormente diffusi (di base, di specializzazione, di aggiornamento).

Da anni il modello bio-medico risulta dominante nonostante le scarsissime evidenze (sia eziologiche che terapeutiche) e questo dominio appare incomprensibile soprattutto di fronte alle situazioni di forte gravità e multiproblematiche come quelle che, in maniera paradigmatica, interessano i soggetti con sofferenza mentale che commettono reato. D'altro canto è un fatto che il campo della salute mentale è diventato sempre più residuale all'interno del Sistema Sanitario. L'aziendalizzazione ed i tagli lineari hanno spesso logorato non solo le concrete pratiche di cura e assistenza, ma la possibilità stessa di progettualità e di innovazione aprendo il fianco alle inevitabili semplificazioni operative e

scientifiche.

Una gestione al ribasso dell'esistente che sempre di più produce insoddisfazione, disistima del proprio lavoro, burn out. Con notevole danno per tutti: pazienti, famiglie e operatori stessi.

Eppure una miriade di esperienze quotidiane dimostra che approcci maggiormente complessi possono essere vincenti, che è possibile fronteggiare la grave sofferenza mentale e che sono sempre possibili percorsi di autonomia e restituzione. E' questa miniera di saperi che Psichiatria Democratica vuole far emergere e valorizzare attraverso una specifica proposta formativa.

I percorsi formativi che proponiamo non sono pensati come modelli rigidi, ma come elementi di una concreta utopia, come un laboratorio, un cantiere in continuo movimento. Per Psichiatria Democratica formazione non è "colmare un vuoto", ma è "dare forma alle pratiche". Non c'è formazione separata dall'esperienza. Occorre, a nostro avviso, ripartire dall'analisi di ciò che accade nel quotidiano delle relazioni, dei contesti, dei poteri e provare a decifrare e trasmettere gli elementi cruciali che consentono di passare dalla semplice qualifica professionale alla ricchezza delle competenze agite nell'incontro con il disturbo psichico. Particolare rilevanza assumono in questa direzione: la valorizzazione del lavoro di squadra, l'empatia impastata con le capacità organizzative, l'enfasi sulla contrattualità sociale e sull'esercizio dei diritti come condizione di salute.

Il Corso rispecchia questo approccio sia dal punto di vista dell'impostazione e delle metodologie di insegnamento (pluralità disciplinare dei Docenti, spazio al lavoro di gruppo ed alla concretezza di esperienze dirette) che da quello dei contenuti affrontati.

Gli argomenti saranno presentati in una prospettiva storica e sarà svolta una revisione critica sulla questione della chiusura degli opg che appare di significativa attualità non solo per gli obblighi imposti per legge.

Il tema sarà affrontato a partire dal nodo giuridico dei concetti di "imputabilità, non imputabilità e pericolosità sociale", laddove il Codice Penale non modificato rende la situazione futura dei 'rei folli' incerta e gattopardesca. Un binario doppio: legislativo/sanitario che corre parallelo in modo incoerente. Con questa premessa gli esperti introducono concetti quali la "diagnosi di capacità di intendere e di volere", arricchita con il contributo di

giuristi e approfondita nell'ottica del collegamento tra diagnosi e istituzionalizzazione.

Verranno presentate le proposte operative, sulle quali PD insiste da tempo, per la definizione di protocolli operativi tra il sistema sanitario e il sistema giustizia.

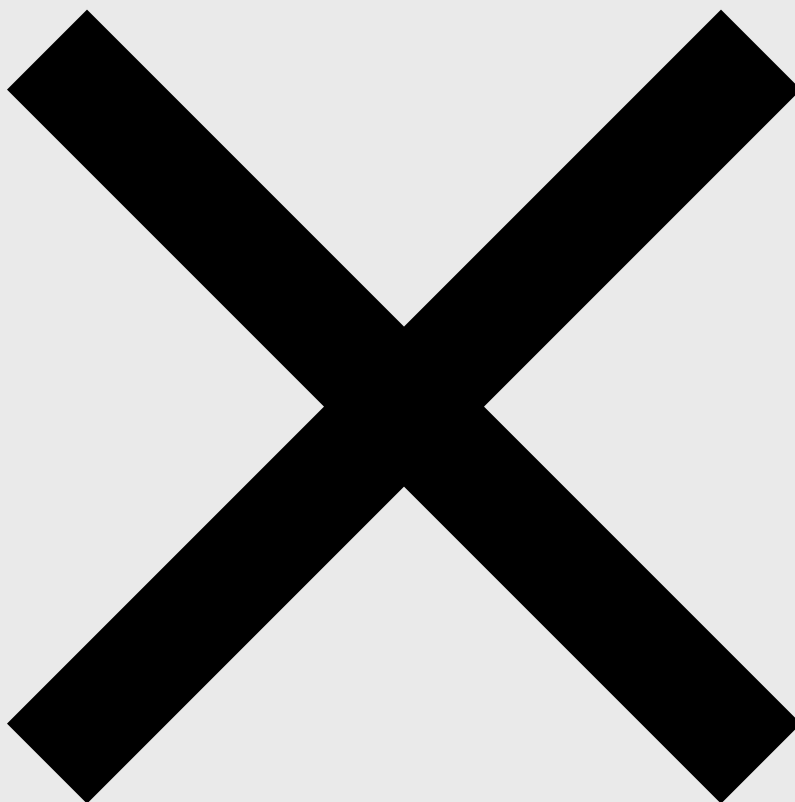
Nella seconda giornata in particolare sarà focalizzata l'attenzione sul destino dei Dipartimenti di Salute Mentale. che, di fronte all'aumentare delle complessità dei mandati istituzionali e dei bisogni, sembrano apparire sempre più impoveriti e burocratizzati, concentrati sulle strutture (es. le REMS) piuttosto che sui percorsi di trattamento e sull'inclusione.

Il Corso, infine, vuole costituire un'occasione per valorizzare le competenze di ciascuna delle professionalità ed il loro modo di stare insieme, un tentativo di riannodare i fili delle pratiche e delle teorie, nella convinzione che solo questo può garantire un reale miglioramento complessivo della qualità dell'intervento in salute mentale.

[Download \(PDF, 225KB\)](#)

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

[Slow Medicine e il decreto per limitare le prescrizioni inappropriate](#)



Slow Medicine, movimento di professionisti e cittadini per una cura sobria rispettosa e giusta, ritiene che il Decreto Ministeriale “sull’appropriatezza prescrittiva” sia una buona occasione per affrontare un argomento di cui molti parlano ma che quasi mai viene affrontato in modo costruttivo. Slow Medicine ha sempre richiamato l’attenzione dei professionisti su questo tema, troppo spesso condizionato dagli interessi del mercato, e ha sempre sollecitato i professionisti a farsi carico in prima persona del problema. Più che di appropriatezza prescrittiva si dovrebbe parlare di appropriatezza clinica: effettuare la prestazione giusta, in modo giusto, al momento giusto, al paziente giusto. Nel decreto, invece, sono comprese pratiche, come quelle odontoiatriche, i cui criteri di erogazione non attengono all’appropriatezza clinica bensì alla scelta

politica italiana di non assicurarle a tutti i cittadini tramite il servizio sanitario.

Posto poi che qualunque esame, intervento chirurgico, dispositivo medico o farmaco è da considerarsi appropriato se esercita un effetto utile o benefico per chi ne usufruisce e se tali benefici superano i possibili danni, secondo Slow Medicine l'appropriatezza della prescrizione di una pratica (diagnostica o terapeutica):

1. va riferita a uno specifico obiettivo e quindi non è un valore assoluto, ma relativo rispetto alle condizioni, in genere sempre complesse, in cui quella pratica viene consigliata dal medico al paziente;

2. deve rispondere ai criteri di sobrietà, rispetto e giustizia. Un intervento che non rispetti il malato, in quanto persona nel suo complesso, con i suoi valori e le sue preferenze, non è appropriato ancorché possa apparire scientificamente corretto. Utilizzare pratiche inefficaci o inappropriate è una pratica comune e ampiamente documentata che, oltre ad essere dannosa, spreca preziose risorse e sottrae, nel quadro di un sistema universalistico pubblico, l'opportunità a qualcun altro di ricevere le cure di cui ha bisogno;

3. non comprende solo il sovra-utilizzo, cioè le pratiche erogate in eccesso, senza un favorevole rapporto tra benefici e rischi, ma anche il sotto-utilizzo, cioè le pratiche che secondo le prove scientifiche apportano benefici, ma che non vengono erogate a sufficienza, come ad esempio in Italia le cure ad anziani e disabili;

4. deve essere valutata dal medico con indipendenza ed autonomia rispetto alle pressioni del mercato tendenti a farlo prescrivere al solo scopo di profitto e alle spinte istituzionali tendenti solo a un risparmio economico;

5. cambia di giorno in giorno, in relazione allo sviluppo delle conoscenze e delle tecnologie. L'agire del medico non può essere oggetto di mediazione politica e l'idea di praticare la medicina secondo regole stabilite da provvedimenti governativi con il principale obiettivo di ridurre i costi e con minaccia di sanzioni per i medici che non le rispettano, rappresenta un vero e proprio attentato alla professione.

Ogni medico aggiornato e attento alla letteratura scientifica sa molto bene che una parte consistente delle cure mediche non sono né efficaci, né appropriate. Sono inappropriate, ad esempio, quasi la metà delle indagini radiologiche ambulatoriali, il 50% delle angioplastiche eseguite su pazienti con angina stabile e gran parte della artroscopie nei pazienti con artrite del ginocchio; i check-up

non servono a nulla e almeno il 20% dei farmaci sono prescritti per indicazioni non validate dalla ricerca. I dati reperibili nella letteratura internazionale relativi a prestazioni inappropriate sono innumerevoli.

La questione non è semplicemente di natura economica, ma riguarda direttamente la salute delle persone, che da un sovra- o da un sotto-utilizzo di prestazioni diagnostiche e di trattamenti farmacologici e chirurgici può ricevere seri danni. In questo senso i media possono giocare un ruolo informativo indispensabile per evidenziare comportamenti inappropriati e pericolosi, che alimentano sprechi e producono effetti diseducativi e dannosi per la salute.

Si calcola, per esempio, che almeno la metà delle raccomandazioni attinenti alla salute formulate nei talk show non siano basate su prove scientifiche, siano contraddette dalle conoscenze disponibili o siano state sponsorizzate da portatori di interesse. D'altra parte, fino a quando ai cittadini e ai pazienti viene fatto credere che tutte le cure che ricevono sono utili, che fare di più è sempre meglio, che la tecnologia è in grado di risolvere ogni problema, sarà inevitabile che qualsiasi tentativo di riduzione delle prestazioni (anche di quelle inutili) venga considerato un attentato alla salute.

Slow Medicine ritiene che la strada da percorrere passi inevitabilmente dalla capacità del medico di avvalersi di cure scientificamente provate, ma anche dalla sua abilità nell'avviare una relazione di cura con il paziente, fatta di visita, ascolto, suggerimenti, consigli e, solo alla fine, di prescrizioni. L'eccessiva fiducia riposta nelle tecnologie ha offuscato il valore del dialogo e dell'interazione con il paziente come fattori essenziali della cura.

A questo proposito, in analogia a quanto avviato in ambito internazionale da Choosing Wisely, Slow Medicine ha lanciato in Italia il progetto Fare di più non significa fare meglio, secondo cui le società scientifiche s'impegnano ad individuare alcune pratiche (esami e trattamenti) a rischio di inappropriatezza, allo scopo di discutere con i pazienti benefici e rischi associati a tali pratiche e aiutarli a decidere nel modo migliore. Alla campagna, avviata con l'adesione di FNOMCeO, IPASVI, Partecipasalute, Altroconsumo, Slow Food e molte altre Associazioni di professionisti e di pazienti, hanno finora aderito 34 società scientifiche italiane, con l'individuazione, ad oggi, di più di 100 pratiche. Questo è un esempio concreto di come, tramite il coinvolgimento dei professionisti con le loro società scientifiche, in alleanza con le associazioni dei pazienti e dei cittadini, si può evitare la prescrizione di pratiche inappropriate

nell'interesse stesso di pazienti e cittadini, e nel contempo ridurre gli sprechi delle preziose risorse del servizio sanitario.

Il consiglio direttivo di Slow Medicine

[Download \(PDF, 165KB\)](#)

Comunicato Stampa Medicina Democratica Onlus: MA QUALE APPROPRIATEZZA?



E' stata definita dal Ministro della Sanità una lista di 208 esami medici a rischio di inappropriata, con delle sanzioni per quei medici che non rispetteranno la norma.

E' vero che nella pratica corrente molte visite, esami, farmaci e persino interventi chirurgici non rispondono a un evidente beneficio per la salute e possono a buon conto definirsi inappropriati. Queste prestazioni, a volte dettate dalla cosiddetta medicina difensiva oltre da interessi o da imperizia hanno dei costi economici evidenti, dei costi clinici, perchè ciò che non è utile è spesso dannoso, dei costi organizzativi in quanto vanno ad intasare liste d'attesa già lunghe. Noi non crediamo che la correzione di queste anomalie passi semplicemente attraverso un intervento normativo.

Un conto è introdurre e promuovere delle linee guida condivise per la gestione dei casi clinici, altro è introdurre delle norme restrittive: senza voler enfatizzare più di tanto la libera scelta dei medici bisogna anche considerare che un tale tipo di norma ha come risultato di omologare i disturbi, le malattie e i malati come se ogni caso non avesse una propria storia clinica e ognuno non avesse diritto alla propria soggettività.

Quella che va ad essere approvata ci sembra una scorciatoia che, lontano dal risolvere il problema, allontanerà i cittadini dal Servizio Sanitario Nazionale spingendoli verso prestazioni private e forme di sanità integrativa.

E' anche evidente, visto il contesto e le misure che sono state prese negli ultimi anni che si tratta di una scelta di taglio della spesa (Il fine immediato parrebbe essere essenzialmente quello di trovare una copertura per una effimera riduzione della tassazione generale) e non di salvaguardia della salute, altrimenti si andrebbe in altra

direzione: pensiamo alla modalità di pagamento a prestazione in atto dalla metà degli anni 90 prevalentemente negli ospedali (i cosiddetti DRG) e per le prestazioni ambulatoriali che, nonostante le proposte alternative fatte da molte organizzazioni, (compresa MD) provocano a catena prestazioni cliniche ingiustificate. Si sono verificati interventi della magistratura in proposito che hanno mostrato la punta dell'iceberg, senza peraltro provocare nell'autorità sanitaria la necessità di andare a rivedere il sistema che continua a pagare la malattia, invece di pagare la salute.

Come afferma SLOW MEDICINE, rete di professionisti e di cittadini che si riconosce in una medicina sobria, rispettosa e giusta: "bisogna spendere meglio, non spendere meno, nella sanità italiana. Si concorda pienamente sulla necessità di aumentare l'appropriatezza clinica e di ridurre l'eccessivo ricorso a molti esami e trattamenti, ma si dissente sul fatto che questo venga imposto per decreto con l'unico fine del risparmio economico e attraverso meccanismi sanzionatori per i medici".

Ci vuole un'azione tesa a fare sì che i medici assumano una forte responsabilità condividendo le scelte con i pazienti che devono necessariamente essere informati in modo completo. Non serve scontrarsi con i medici e con le loro organizzazioni. Nella Sanità, come nella scuola non si possono fare riforme o prendere misure senza il coinvolgimento dei soggetti interessati, ovvero senza gli operatori sanitari e i cittadini organizzati in associazioni e movimenti per il diritto alla salute. E' questo che auspichiamo come Medicina Democratica: costruire una ampia Rete che lotti contro tutte le misure controriformatrici per mantenere e affermare il diritto alla salute, costituzionalmente garantito, universale, gratuito (comprese le cure odontoiatriche), partecipato. Anche di questo discuteremo nel nostro prossimo congresso nazionale che si terrà a Firenze i prossimi 19-20-21 novembre.

Medicina Democratica Onlus, Milano 24 settembre 2015