

## Posizione della Rete Sostenibilità e Salute sul decreto migrazione e sicurezza

COMUNICATO STAMPA

Posizione della Rete Sostenibilità e Salute sul decreto migrazione e sicurezza

Bologna, 23 Ottobre 2018

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

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

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

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

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

3. Spostare una proporzione, non ancora definita ma presumibilmente grande, di richiedenti asilo dal sistema SPRAR a veri e propri centri di detenzione, quali saranno i CPR, potrebbe pregiudicare la salute di queste persone. Da un lato perché, invece di offrire accesso continuativo ai servizi sanitari del territorio, si offrirà loro assistenza, presumibilmente periodica e inadeguata, all'interno dei CPR stessi. Dall'altro perché stare rinchiusi in un centro di detenzione per mesi (il decreto

raddoppia da 90 a 180 giorni la permanenza massima) costituisce di per sé un rischio aggiuntivo per la salute sia fisica che mentale. Ciò è tanto più grave se si pensa che una percentuale di queste persone arriverà a questi centri con problemi pregressi anche gravi (ad esempio, esiti di tortura in patria e di abusi e malversazioni durante l'esodo verso un paese di accoglienza).

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

Rete Sostenibilità e Salute: chi siamo?

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

Associazione Medici per l'Ambiente – ISDE Italia

Associazione per la Decrescita

Fondazione per la Salutogenesi ONLUS\*

Associazione Scientifica Andria

Centro Salute Internazionale-Università di Bologna

Giù le Mani dai Bambini ONLUS

Medicina Democratica ONLUS

Movimento per la Decrescita Felice

NoGrazie

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

People's Health Movement

Psichiatria Democratica

Rete Arte e Medicina

Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina

Slow Food Italia

Slow Medicine

SIMP Società Italiana di Medicina Psicosomatica

Italia che cambia

Vivere sostenibile

Federspecializzandi

Sportello Ti Ascolto – Rete di Psicoterapia sociale

AsSIS – Associazione di studi e informazione sulla salute

Media relation Rete Sostenibilità e Salute

– Portavoce: Jean-Louis Aillon – [rete@sostenibilitaesalute.org](mailto:rete@sostenibilitaesalute.org)

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

– Pagina Facebook: Rete Sostenibilità e Salute

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

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

---

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

COMUNICATO STAMPA DEL 18 SETTEMBRE 2018

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

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

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

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

Ci preme precisare al riguardo che la RSS non ha mai proposto "l'esclusione delle Società Scientifiche dalla possibilità di proporre LG". Infatti, come si può leggere nell'allegato al documento, la RSS sostiene che "le LG dovrebbero essere sviluppate da gruppi multidisciplinari di lavoro, coordinati da Pubbliche Istituzioni, che dovrebbero comprendere gli esponenti delle Società Scientifiche e degli Ordini, insieme a metodologi con esperienza di linee guida, esperti di valutazioni comparative di interventi sanitari,

rappresentanze di assistiti, tutti tenuti a dichiarare le proprie relazioni finanziarie, inclusi dirigenti di sanità pubblica in grado di entrare nel merito di valutazioni di efficacia e costo-efficacia" comparative.

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

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

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

La Rete Sostenibilità e Salute

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

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

---

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

COMUNICATO STAMPA DEL 18 LUGLIO 2018

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

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

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

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

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

La Rete Sostenibilità e Salute

Rete Sostenibilità e Salute: chi siamo?

Siamo un insieme di associazioni che da anni si impegnano in maniera critica per proteggere, promuovere e tutelare la salute. Ogni

associazione ha la sua storia e le sue specificità, ma siamo accomunati da una visione complessiva della salute e della sostenibilità.

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

Portavoce: Jean-Louis Aillon – [rete@sostenibilitaesalute.org](mailto:rete@sostenibilitaesalute.org)

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

Pagina Facebook: Rete Sostenibilità e Salute

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

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

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

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

---

## Comunicato per Sunshine Act italiano

03/07/2018

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

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

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

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

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

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

Adriano Cattaneo, portavoce di NoGrazie

Jean Louis Aillon, portavoce della Rete Sostenibilità e Salute.

Rete Sostenibilità e Salute: chi siamo?

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

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



17. Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina
  18. Slow Food Italia
  19. Slow Medicine
  20. SIMP Società Italiana di Medicina Psicosomatica
  21. Italia che cambia
  22. Vivere sostenibile
  23. Fondazione allineare sanità e salute
  24. Federspecializzandi
  25. Sportello Ti Ascolto – Rete di Psicoterapia sociale
  26. AsSISS – Associazione di studi e informazione della salute
- Media relation Rete Sostenibilità e Salute
- Portavoce: Jean-Louis Aillon – [rete@sostenibilitaesalute.org](mailto:rete@sostenibilitaesalute.org)
  - Sito: [www.sostenibilitaesalute.org](http://www.sostenibilitaesalute.org)
  - Pagina Facebook: Rete Sostenibilità e Salute
  - Video: La rete Sostenibilità e Salute; La Carta di Bologna (spot),  
Presentazione della Carta di Bologna
- [Download \(PDF, 153KB\)](#)
- [Download \(PDF, 192KB\)](#)
- 

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



COMUNICATO STAMPA DEL 7 MAGGIO 2018

La salute mentale secondo la Rete Sostenibilita`e Salute

Analisi dei bisogni e strategie d' intervento

La Rete Sostenibilità e Salute (RSS) presenta un nuovo documento: si tratta di un'analisi molto accurata sulle attuali criticità nel campo della salute mentale a cui si cerca di dare delle risposte efficaci, rivolgendosi al mondo della politica, agli operatori del settore e alla cittadinanza.

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

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

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

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

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

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

La Rete Sostenibilità e Salute

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

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

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

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

---

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



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

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

In questi anni di crisi economica, le politiche di austerità messe in atto dai governi di tutta Europa hanno aumentato le disuguaglianze sociali e quindi di salute: sotto i diktat europei del pareggio di bilancio sono stati attaccati i sistemi di welfare costruiti con le lotte dei lavoratori e delle lavoratrici dal dopo guerra, proprio quando sarebbe stato necessario investire maggiormente nella protezione sociale per tutelare la popolazione. Mentre le risorse

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

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

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

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

Nel metterci in movimento, guardiamo a chi è già impegnato a costruire resistenza e alternative, come i movimenti delle donne, per il diritto all'abitare, per l'acqua pubblica come bene comune, per la sovranità

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

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

#### I NOSTRI PRINCIPI

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

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

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

Garantire prestazioni sanitarie utili, necessarie ed efficaci, accessibili a tutte e a tutti senza vincoli di cittadinanza o residenza, è una responsabilità dei governi, che devono investire risorse adeguate. Il finanziamento dei servizi di tutela della salute deve essere di tipo progressivo, basato sulla fiscalità generale e sul principio di redistribuzione delle risorse in base ai bisogni.

Le persone, attraverso una partecipazione democratica, organizzata e

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

## I NOSTRI OBIETTIVI

1. Sostenere la salute, non ciò che la distrugge

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

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

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

2. Un servizio di qualità che risponda ai bisogni

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

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

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

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

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

3. Piena accessibilità alle cure

Abolizione del super-ticket e dei ticket.

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

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

Garanzia di accesso ai servizi con abolizione delle liste di attesa.

Abolizione della libera professione intra (ed extra) muraria.

Iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le persone che

dimorano sul territorio nazionale. Nello specifico, applicazione dell'accordo Stato-Regioni sull'accesso ai servizi delle persone straniere, garantendo criteri di assistenza omogenei su tutto il territorio nazionale.

#### 4. La salute nelle mani delle persone

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

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

#### 5. Nessun profitto sulla salute

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

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

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

#### 6. Ricerca e innovazione dove servono

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

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

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

#dico32 #salutepertutte #7aprile #healthforall

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

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

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

---

**ELEZIONI POLITICHE 2018 – – PROPOSTE DI DISCUSSIONE SUI PROGRAMMI PER LA SANITA'**

COMUNICATO STAMPA

Elezioni politiche marzo 2018

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

La Rete Sostenibilità e Salute (RSS), composta da 23 Associazioni di

professionisti della salute e cittadini, si rende disponibile al confronto con singoli partiti, coalizioni e gruppi organizzati a loro supporto, per discutere i relativi programmi per la salute in occasione delle prossime elezioni politiche.

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

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

La Rete Sostenibilità e Salute

24 Gennaio 2018

---

## ELEZIONI POLITICHE MARZO 2018

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

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

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

### 1. Conflitti di interesse

Rispetto al fine primario di "promuovere e tutelare la salute in modo



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

Azioni correttive:

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

sperimentare in alcune aziende sanitarie e per tempi congrui modelli di finanziamento, e di remunerazione di chi vi opera, che allineino con coerenza alla salute della comunità dei cittadini le convenienze della maggior parte degli attori in Sanità (es. [Link](#)).

## 2. Eccessi diagnostici e terapeutici

Nei paesi ad alto reddito il problema delle sovradiagnosi e dei

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

Azioni correttive:

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

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

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

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

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

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

### 3. Fondi sanitari

Accanto al SSN sta emergendo un "sistema sanitario privato" per erogare servizi e prestazioni a una crescente quota di cittadini "assicurati". La posizione della Rete Sostenibilità e Salute è stata espressa in un appello e in un documento di supporto ([Link appello](#), [Link documento](#)).

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

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

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

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

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

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

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

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

Per l’aumento di transazioni amministrative improduttive e l’induzione di consumi sanitari anche futili, dove è più forte la componente

privata del sistema sanitario:

- è maggiore la spesa sanitaria totale (sia in % sul PIL che come spesa pro-capite)
- è maggiore anche la spesa pubblica, in contrasto con l'obiettivo dichiarato di ridurla
- ed è anche maggiore la spesa privata complessiva (se calcolata correttamente come somma di quella che i cittadini pagano in modo diretto, e di quella che pagano in modo indiretto, come spesa intermediata dai Fondi sanitari).

Azioni correttive:

- invertire la rotta, prima che l'attuale politica finanziaria e sanitaria faccia crollare la sostenibilità per il SSN assistendo senza porre argine all'eccesso di diagnosi e terapie per troppi cittadini e al sottotrattamento di altri
- pur riconoscendo i benefici teorici di sistemi sanitari privati che si limitassero a offrire, a chi è libero di associarsi, prestazioni di efficacia provata e solo integrative all'attuale offerta del SSN, si chiede che cessino i privilegi fiscali destinati ai fondi sanitari e le risorse sottratte ai privilegi fiscali destinate a potenziare le maggiori inefficienze del SSN
- riorientare i benefici fiscali oggi concessi a datori di lavoro/lavoratori come "welfare aziendale": non più screening sostitutivi dell'offerta del SSN (né tanto meno in eccesso rispetto a quelli raccomandati, o irrazionali check-up), che chi volesse comunque attuare dovrebbe pagarsi. Indirizzare invece incentivi per "render facili le scelte salutari": es. disponibilità di linee alimentari/cibi e bevande salutari in ristorazioni aziendali, distributori automatici, eventi aziendali; promuovere occasioni di attività fisica, es. locandine accanto agli ascensori che incoraggiano a fare le scale in alternativa, condizioni agevolate per frequentare palestre/piscine...; offerta sul posto di lavoro di programmi di counselling strutturato per la disassuefazione dal fumo e fornitura gratuita di farmaci efficaci nel favorire la cessazione; salette attrezzate con poltrona e fasciatoio per consentire l'allattamento materno...

#### 4. Legge vaccini

Nella campagna elettorale alcune forze politiche hanno riproposto la contrarietà all'obbligo universale. La posizione della Rete Sostenibilità e Salute è stata espressa in alcuni documenti ( [Link](#), scheda meningococco B). Prima dell'approvazione della legge, la RSS aveva proposto di entrare nel merito del PNPV e delle disposizioni,

aprendo senza precipitazioni né pregiudiziali un dibattito in contesti scientifici cui partecipassero anche esperti senza relazioni finanziarie con produttori né condizionamenti di carriera ([Link](#), [Link](#)). L'intento era di valutare nel merito per ciascuno dei vaccini in discussione la necessità dell'obbligo, e di considerare le più funzionali modalità di implementazione. La richiesta non è stata accolta, ma resta valida: è indubbio che le leggi in vigore vadano intanto applicate, ma riteniamo che queste si possano ancora discutere in base ad argomentazioni scientifiche, e all'occorrenza migliorare.

Azioni correttive:

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

#### 5. Finanziamento del SSN

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

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

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

Azioni correttive:

- dare certezza nel tempo al finanziamento della Sanità: non si può accettare la continua revisione (al ribasso) degli impegni complessivi

di spesa, che rende impossibile ogni seria programmazione

- chi chiede risorse dovrebbe anzitutto dichiarare cosa s'impegna a offrire e documentare perché

la destinazione di risorse che richiede sarebbe migliore rispetto a impieghi alternativi

- non prevedere generici aumenti di finanziamento, che di per sé non danno garanzie del successivo buon impiego delle allocazioni. Le allocazioni dovrebbero invece essere specifiche, e seguire a pubblici dibattiti, con priorità e obiettivi compresi e condivisi da gran parte di una pubblica opinione che abbia accesso a informazioni più bilanciate e comparative, dovrebbero inoltre essere indicati in modo misurabile i risultati attesi, di cui i destinatari dei finanziamenti dovranno render conto alla pubblica opinione

- riprendiamo, con un'importante precisazione, una proposta del GIMBE: rimodulare i LEA, per garantire a tutti servizi e prestazioni sanitarie di alto value (cioè: ritorni in termini di salute delle risorse investite in sanità), alla luce delle prove scientifiche disponibili; destinare quelle di basso value alla spesa privata, ma senza benefici fiscali, e con chiara comunicazione che non sono incluse nei LEA per la complessiva probabilità che i cittadini ricevano più svantaggi che vantaggi da tali servizi e prestazioni. Impedire infine l'erogazione di prestazioni di value negativo. Investire in una efficace informazione ai cittadini, sul fatto che esami e trattamenti non necessari oltre a essere uno spreco possono essere dannosi e introducendo parametri di valutazione e di finanziamento basati su appropriatezza ed esiti clinici

- prevedere comunque un importante finanziamento per la ricerca sanitaria indipendente da interessi commerciali, con priorità a ricerche che valutino:

- efficacia, sicurezza e costo-efficacia comparative delle tecnologie sanitarie (farmaci, strumenti

diagnostici, dispositivi sanitari, modelli organizzativi...) in uso e di quelle che si chiede di introdurre

- i modi più efficaci di implementare comportamenti di provato altissimo rendimento in termini di salute, come allattamento al seno, astensione dal fumo, uso modico di bevande alcoliche, modelli di alimentazione salutari, attività/esercizio fisico, mantenere un peso corporeo salutare, evitare comportamenti a rischio, risparmio energetico e tutela dell'ambiente, contrasto al consumismo sanitario, deprescrizione di terapie non/non più necessarie...

- per la non autosufficienza andrebbero previste risorse regionali o

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

## 6. Ticket sanitari

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

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

Azioni correttive:

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

## 7. Determinanti ambientali, economici e sociali della salute

Non vi è dubbio che l'ambiente (aria, acqua, terreni, clima, ambienti

domestici e di lavoro, spazi urbani, distribuzione dei servizi commerciali, etc) influenzi la salute e che molte attività dei sistemi sanitari influenzino a loro volta l'ambiente, spesso in modo negativo. A riguardo, si sottolinea come la rivista "The Lancet" definisca i cambiamenti climatici la maggior minaccia per la salute del 21° secolo.

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

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

Azioni correttive:

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



altri ministeri (energia, agricoltura, trasporti, etc.) per ridurre l'inquinamento e le emissioni complessive di gas serra ([link](#)).

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

---

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

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

Milano 5 Novembre 2017

Documento finale

DICO 32. SALUTE PER TUTTE E TUTTI!

UNA CAMPAGNA PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

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

tutela di interessi privati e non del bene collettivo.

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

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

#### I NOSTRI PRINCIPI

Noi associazioni, comitati, gruppi e reti attivi nella difesa del

diritto alla salute a livello locale, regionale e nazionale, riuniti a Milano il 4 e il 5 novembre 2017, ci riconosciamo nei seguenti principi:

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

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

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

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

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

#### I NOSTRI OBIETTIVI

1. Sostenere la salute, non ciò che la distrugge

Aumento almeno del 10% del Fondo Sanitario Nazionale

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

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

2. Un servizio di qualità che risponde ai bisogni

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

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

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

Ritorno alla gestione diretta dei servizi esternalizzati

Abolizione dei sistemi di finanziamento basati sulle prestazioni, che

pagano la malattia e non la salute

3. Piena accessibilità alle cure – Abolizione dei ticket

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

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

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

4. La salute nelle mani delle persone

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

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

5. Nessun profitto sulla salute

Abolizione delle agevolazioni fiscali per le assicurazioni e i fondi sanitari

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

6. Ricerca e innovazione dove servono

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

Creazione di un'azienda pubblica per la produzione dei farmaci

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

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

---

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

APPELLO DELLA RETE SOSTENIBILITÀ E SALUTE

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

C'è accordo generale nell'auspicare un Servizio Sanitario Nazionale

(SSN) efficiente, che riesca a garantire cure efficaci per tutti in tempi rapidi e medici interessati e attenti alla nostra salute. Tuttavia i tagli alla spesa pubblica avviati negli ultimi decenni e aumentati a seguito della crisi economica stanno incidendo fortemente sulle scelte di politica sanitaria e sul finanziamento del SSN sottraendo risorse importanti per lo stato di salute sia del SSN che dei cittadini di cui dovrebbe tutelare il diritto alla salute. Negli ultimi anni inoltre, sull'onda di un trend internazionale intensificatosi in seguito alla crisi, accanto al SSN si è assistito all'emergere di un "servizio sanitario privato" in grado di erogare servizi e prestazioni fruite da una crescente quota di cittadini "assicurati", che oggi si stima arrivino a 14 milioni. Questo "servizio sanitario privato" comprende un variegato settore non profit, costituito da fondi sanitari, casse mutue e società di mutuo soccorso, previdenze sanitarie garantite dai datori di lavoro; e il settore for profit delle assicurazioni sanitarie commerciali. La logica in apparenza è semplice: dove non arriva il SSN, in seguito ai tagli progressivi, si crede possa arrivare tale servizio privato, integrando eventuali mancanze del SSN, fornendo uno strumento per la sua sostenibilità e costituendo un nuovo "pilastro" nella tutela della salute dei cittadini. Su questa scia, di fronte all'arretramento del SSN, le organizzazioni e i cittadini che ne hanno la possibilità assicurano se stessi e le proprie famiglie, senza essere consapevoli che questo "servizio sanitario privato" rappresenta una delle maggiori minacce attuali per il nostro Servizio Sanitario Nazionale. Le casse dello Stato infatti finanziano (tramite incentivi, detrazioni fiscali e oneri deducibili) la crescita di questo "servizio sanitario privato" a scapito del buon funzionamento del SSN. Per cui non solo si sottraggono risorse preziose al principale pilastro a reale tutela della salute di tutti i cittadini, il SSN; ma le fasce di popolazione più avvantaggiate dal punto di vista socioeconomico e da quello di salute che accedono a questo nuovo "pilastro" sanitario, grazie ai privilegi fiscali scaricano parte dei costi su chi non può accedervi e non ne usufruisce, pur versando in condizioni di salute in media peggiori. Inoltre, al contrario di quanto la legge istitutiva intendeva evitare, più che integrare l'offerta del SSN verso bisogni di salute dei cittadini, questo servizio sanitario privato tende a sostituirvisi erogando, duplicandole, prestazioni nella maggior parte dei casi già disponibili.

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

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

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

Questo "secondo pilastro" è caldeggiato con l'intento dichiarato di ridurre le spesa sanitaria pubblica. Ma si può invece osservare che i paesi dotati di "sistemi assicurativi" (anche non profit, di tipo mutualistico) molto sviluppati, pur non avendo affatto migliori esiti di salute, hanno sia la spesa sanitaria totale, sia quella pubblica in media maggiori rispetto ai paesi in cui la presenza di fondi sanitari e assicurazioni commerciali è tuttora inferiore, come accade nei paesi con un SSN. Per l'aumento di transazioni amministrative improduttive e l'induzione di consumi sanitari anche futili, dove è più forte la componente privata del Servizio Sanitario la spesa sanitaria totale è maggiore (sia in termini percentuali sul PIL che come spesa totale). Ma è maggiore anche la spesa sanitaria pubblica, in netto contrasto con l'obiettivo dichiarato di ridurla, ed è persino maggiore la spesa privata complessiva (se non si considera solo quella pagata in modo diretto dai cittadini, ma le si somma la spesa privata intermediata da

fondi sanitari e assicurazioni).

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

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

Pur riconoscendo i benefici che potrebbero derivare da servizi sanitari privati che si limitassero a offrire, a chi è libero di associarsi, prestazioni di efficacia provata e solo integrative all’attuale offerta del SSN, la Rete Sostenibilità e Salute chiede che cessino i privilegi fiscali destinati ai fondi sanitari, che alcuni vorrebbero estendere anche alle assicurazioni.

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

Bologna, 28 Ottobre 2017

Rete Sostenibilità e Salute

Associazione Dedalo 97

Associazione Frantz Fanon

Associazione Medici per l’Ambiente – ISDE Italia

Associazione per la Decrescita

Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale

Associazione Scientifica Andria

Centro Salute Internazionale-Università di Bologna

GDL Diritti Umani Psicologi del Piemonte

Federspecializzandi

Fondazione Allineare Sanità e Salute

Giù le Mani dai Bambini ONLUS

Italia che Cambia

Medicina Democratica ONLUS

Movimento per la Decrescita Felice

No Grazie Pago Io

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

People’s Health Movement

Psichiatria Democratica

Rete Arte e Medicina

Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina

Segretariato Italiano Studenti in Medicina, SISM

Società Italiana Medicina Psicosomatica

Slow Food Italia

Slow Medicine

Vivere sostenibile

PRIMI FIRMATARI

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

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

– Aldo Gazzetti – Forum per il Diritto alla Salute Lombardia

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

Media relation Rete Sostenibilità e Salute

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

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

Download (PDF, Sconosciuto)

Download (PDF, Sconosciuto)

---

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







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

---

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

---

#### PROGRAMMA

SABATO 4 NOVEMBRE 2017

Spazio "BASE" via Bergognone 34, Milano

• h. 9.00 APERTURA DEI LAVORI

Basilio Rizzo, gruppo consiliare Milano in Comune

• h 9,30 RELAZIONE INTRODUTTIVA

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

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

Coordinatore sessione: Piergiorgio Duca, medico, Università di Milano  
Relatori:

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

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

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

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

salute internazionale, esperto in salute globale

Relatori:

Gianni Tognoni, medico, Istituto Mario Negri, Milano

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

• h 12,30 – 13,30 PAUSA PRANZO

• h 13,30 -15,00 LAVORI DI GRUPPO

GRUPPO 1: Disuguaglianze sociali e povertà come cause di malattia

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

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

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

GRUPPO 3: La privatizzazione dell'assistenza sanitaria

Coordinatrice del gruppo: Chiara Bodini, medico, PHM Europe

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

Coordinatrice del gruppo: Ilaria Sesana, giornalista Altraeconomia

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

Interventi dei coordinatori dei gruppi di lavoro

• h 15,30 – 16,45 TERZA SESSIONE

La privatizzazione dell'assistenza sanitaria

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

Relatori:

Zeynep Varol, Medico, Turkish Academics for Peace, PHM

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

Jean Vignes, Segretario generale della Federation SUD Santè Sociaux

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

• h 16,45 – 18,00 QUARTA SESSIONE

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

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

Relatori:

Emilio Molinari, Contratto mondiale dell'acqua, Milano

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

• h 18,00- 18,30 CONCLUSIONI

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

[Visualizza mappa ingrandita](#)

---

DOMENICA 5 NOVEMBRE 2017

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

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

[Visualizza mappa ingrandita](#)

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

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

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

Appello per l'adesione al Forum Internazionale

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

Il 5 e il 6 novembre 2017 si svolgerà a Milano l'incontro dei ministri della salute del G7, ultima tappa di una serie di riunioni ministeriali che in questi mesi hanno visto le rappresentanze dei potenti della terra discutere su tematiche come l'ambiente, i trasporti, l'industria, la scienza, il lavoro, l'agricoltura, il cibo. Anche se l'agenda dell'incontro non è stata ancora resa nota, sembra che i principali temi al centro del dibattito saranno le ricadute sulla salute dei cambiamenti climatici e le politiche sui farmaci. L'11% della popolazione mondiale ha problemi di alimentazione, soprattutto in zone coinvolte da conflitti e da situazioni ambientali disperate. Negli ultimi decenni l'aumento delle concentrazioni di carbonio, conseguenza della deforestazione e della combustione di carbone, petrolio e gas, ha provocato gravissime conseguenze come il surriscaldamento del globo e pericolose alterazioni all'ecosistema con un susseguirsi di eventi climatici estremi, il cui impatto sulla salute è di proporzioni disastrose. Si stima che, a livello globale, nel 2000 si siano verificati circa 150.000 morti a causa del cambiamento climatico. In assenza di cambiamenti decisivi nelle politiche ambientali l'OMS prevede che entro il 2040 si raggiungeranno i 250.000 morti all'anno.

La desertificazione di vaste aree, la privatizzazione e il dirottamento di risorse idriche a beneficio del profitto delle multinazionali privano dell'accesso all'acqua intere popolazioni.

Quasi 700 milioni di persone al mondo, secondo l'OMS e l'UNICEF, non possono usufruire di acqua pulita. La disuguaglianza nella disponibilità e nel consumo di acqua tra paesi ricchi e paesi poveri è enorme e sta continuamente aumentando.

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

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

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

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

integrante di questo sistema economico.

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

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

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

In questo contesto non si può prescindere dall'enorme sviluppo della produzione di armi e dalle guerre in corso, che hanno, come prima conseguenza, la diffusione in tutto il globo di malattie e morte, ingiustizie e miseria, povertà e migrazioni di massa.

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

- la disuguaglianza sociale e la povertà come determinanti di malattie
- l'accesso ai farmaci e alle cure

--la privatizzazione dei servizi sanitari

--le cause, le conseguenze e le responsabilità dei cambiamenti climatici, la difesa dell'acqua e della terra come beni comuni

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

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

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

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

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

Entrambe le pagine raccoglieranno gli aggiornamenti dell'iniziativa.

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

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

Milano in Comune, Gruppo consiliare al Comune di Milano

Comitato "Salute senza padroni e senza confini"

prime adesioni:

Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute; 37,2", la trasmissione di Radio Popolare sulla salute; AIEA Associazione Italiana Esposti Amianto; Rete per il diritto alla salute di Milano e Lombardia; Forum Diritto alla Salute; NAGA; Comitato per l'acqua pubblica; Il sindacato è un'altra cosa-opposizione CGIL; CONUP-coordinamento nazionale unitario pensionati di oggi e di domani; Comitato Nascere a Latisana; A. I. U. T. O. Associazione Italiana Umanitaria Tutela Ospedali; C. N. S. Comitato Nazionale Sanità  
Milano, 5 ottobre 2017

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