

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



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

---

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

---

#### PROGRAMMA

SABATO 4 NOVEMBRE 2017

Spazio "BASE" via Bergognone 34, Milano

- h. 9.00 APERTURA DEI LAVORI

Basilio Rizzo, gruppo consiliare Milano in Comune

- h 9,30 RELAZIONE INTRODUTTIVA

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

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

cause di malattia

Coordinatore sessione: Piergiorgio Duca, medico, Università di Milano

Relatori:

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

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

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

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

saluteinternazionale, esperto in salute globale

Relatori:

Gianni Tognoni, medico, Istituto Mario Negri, Milano

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

• h 12,30 – 13,30 PAUSA PRANZO

• h 13,30 -15,00 LAVORI DI GRUPPO

GRUPPO 1: Disuguaglianze sociali e povertà come cause di malattia

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

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

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

GRUPPO 3: La privatizzazione dell'assistenza sanitaria

Coordinatrice del gruppo: Chiara Bodini, medico, PHM Europe

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

Coordinatrice del gruppo: Ilaria Sesana, giornalista Altraeconomia

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

Interventi dei coordinatori dei gruppi di lavoro

• h 15,30 – 16,45 TERZA SESSIONE

La privatizzazione dell'assistenza sanitaria

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

Relatori:

Zeynep Varol, Medico, Turkish Academics for Peace, PHM

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

Jean Vignes, Segretario generale della Federation SUD Santè Sociaux

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

• h 16,45 – 18,00 QUARTA SESSIONE

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

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

Relatori:

Emilio Molinari, Contratto mondiale dell'acqua, Milano

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

• h 18,00- 18,30 CONCLUSIONI

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

[Visualizza mappa ingrandita](#)

---

DOMENICA 5 NOVEMBRE 2017

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

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

[Visualizza mappa ingrandita](#)

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

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

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

Appello per l'adesione al Forum Internazionale

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

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

carbone, petrolio e gas, ha provocato gravissime conseguenze come il surriscaldamento del globo e pericolose alterazioni all'ecosistema con un susseguirsi di eventi climatici estremi, il cui impatto sulla salute è di proporzioni disastrose. Si stima che, a livello globale, nel 2000 si siano verificati circa 150.000 morti a causa del cambiamento climatico. In assenza di cambiamenti decisivi nelle politiche ambientali l'OMS prevede che entro il 2040 si raggiungeranno i 250.000 morti all'anno.

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

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

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

In tutte le regioni sono attivi processi di privatizzazione della sanità. In Lombardia ad es. è in atto uno dei più feroci tentativi di privatizzazione dei servizi sanitari che raggiunge l'apice con la proposta di sostituire, per 3.350.000 concittadine e concittadini

affetti da una patologia cronica, il medico di Medicina Generale, con un "gestore" rappresentato spesso da società private finalizzate al profitto.

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

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

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

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

sanità.

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

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

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

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

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

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

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

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

Entrambe le pagine raccoglieranno gli aggiornamenti dell'iniziativa.

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

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

Milano in Comune, Gruppo consiliare al Comune di Milano

Comitato "Salute senza padroni e senza confini"

prime adesioni:

Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute; 37,2", la trasmissione di Radio Popolare sulla salute; AIEA Associazione

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

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

---

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



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

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

1. Da un punto di vista scientifico si dovrebbe evitare di proclamare verità “assolute, incontrovertibili e definitive” (ciò vale anche per scienze dure come la fisica). Da una prospettiva epistemologica è

infatti considerato scientifico, a differenza degli enunciati della fede, proprio solo ciò che in linea di principio è “falsificabile” (principio di falsificazione di Popper). In questa prospettiva un serio dibattito scientifico su qualsiasi tema, incluso quello dei vaccini, non solo è lecito ma è parte del processo dialettico di costruzione e ridefinizione della conoscenza scientifica.

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

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

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

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

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

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

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

indipendenti dalle Società scientifiche, liberi da potenziali conflitti di interesse, per affrontare nel contesto appropriato alcuni temi scientifici controversi.

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

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

Ne esemplifichiamo alcuni:

- 1) vaccini o aspetti connessi a singole vaccinazioni che si trovano tuttora nella sopracitata "zona grigia", meritevoli di ulteriore ricerca prima di considerarli oggetto di forte raccomandazione
- 2) iniziative per migliorare il sistema di sorveglianza post marketing per i farmaci in generale e i vaccini in particolare (partendo da esempi come quelli della Regione Veneto, che ha tassi di segnalazione di reazioni avverse 25-28 volte maggiori di quelli della media delle altre Regioni – v. <http://bit.ly/2rf7V1Z> pag. 21)

3) durata dell'immunità. Non tutti i vaccini proteggono "a vita", per non pochi la protezione è solo di alcuni anni come ammette il PNV, che chiede ad es.:

- una rivaccinazione annuale antinfluenzale per tutti dai 50 anni
- richiami ravvicinati fino a 18 anni per vaccini anti difterite, tetano, pertosse e poliomielite, poi rivaccinazioni decennali universali per le prime tre.

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

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

Ciò implica che alcune strategie di implementazione andrebbero ripensate in un'ottica di lungo periodo, per evitare che per alcune malattie si sposti solo l'età di trasmissione, con rischi potenzialmente più seri per anziani e malati cronici.

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

5) Non ci risultano prove comparative che la coercizione ottenga risultati migliori di altre misure di informazione credibile e ricerca del consenso e responsabilizzazione sociale [in Italia il Veneto ha tassi di copertura molto soddisfacenti (Bollettino SItI Campania 17-5-17), pur avendo sospeso l'obbligo dal 2008, fatta salva un'immediata reintroduzione in caso di necessità]. Una revisione sistematica (Ames HMR et al. Cochrane review 2017 <http://bit.ly/2q6klcq>) conclude che i genitori vogliono informazioni bilanciate su benefici e rischi, imparziali, chiare e specifiche per specifiche esigenze informative (gli esitanti desiderano più informazione).

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

Bologna, 29 Maggio 2017

Rete Sostenibilità e Salute: chi siamo?

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

1. Associazione Dedalo 97

2. Associazione Frantz Fanon
3. Associazione Medici per l'Ambiente – ISDE Italia
4. Associazione per la Decrescita
5. Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale
6. Associazione Scientifica Andria
7. Centro Salute Internazionale-Università di Bologna
8. GDL Diritti Umani Psicologi del Piemonte
9. Italia che Cambia
10. Medicina Democratica ONLUS
11. Movimento per la Decrescita Felice
12. No Grazie Pago Io
13. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale
14. Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca
15. People's Health Movement
16. Psichiatria Democratica
17. Rete Arte e Medicina
18. Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina
19. Segretariato Italiano Studenti in Medicina, SISM
20. Società Italiana Medicina Psicosomatica
21. Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria, SIQuAS
22. Slow Food Italia
23. Slow Medicine
24. Vivere sostenibile
25. Giù le Mani dai Bambini ONLUS (l'organizzazione – pur non avendo sollevato obiezioni nel merito del documento – si è astenuta sul punto, in quanto l'argomento trattato esula dai suoi scopi statutari).

Media relation Rete Sostenibilità e Salute

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

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

– Pagina Facebook: Rete Sostenibilità e Salute

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

Allegato A

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

---

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



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

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

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

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

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

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

(Fonte: Sorveglianza MIB, coordinata da ISS)

- L'unica "epidemia" è mediatica

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

- Piano Nazionale Vaccini/PNV 2016-18

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

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

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

- Reazioni avverse al vaccino

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

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

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

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

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

- La farmacovigilanza in atto è sufficiente?

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

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

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

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

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

• La protezione dura una vita?

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

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

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

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

- Il rapporto costo-opportunità è accettabile?

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

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

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

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

Bologna, 29 Maggio 2017

Rete Sostenibilità e Salute

Rete Sostenibilità e Salute: chi siamo?

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

1. Associazione Dedalo 97

2. Associazione Frantz Fanon

3. Associazione Medici per l'Ambiente – ISDE Italia



4. Associazione per la Decrescita
  5. Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale
  6. Associazione Scientifica Andria
  7. Centro Salute Internazionale-Università di Bologna
  8. GDL Diritti Umani Psicologi del Piemonte
  9. Italia che Cambia
  10. Medicina Democratica ONLUS
  11. Movimento per la Decrescita Felice
  12. No Grazie Pago Io
  13. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale
  14. Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca
  15. People's Health Movement
  16. Psichiatria Democratica
  17. Rete Arte e Medicina
  18. Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina
  19. Segretariato Italiano Studenti in Medicina, SISM
  20. Società Italiana Medicina Psicosomatica
  21. Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria, SIQuAS
  22. Slow Food Italia
  23. Slow Medicine
  24. Vivere sostenibile
  25. Giù le Mani dai Bambini ONLUS (l'organizzazione – pur non avendo sollevato obiezioni nel merito del documento – si è astenuta sul punto, in quanto l'argomento trattato esula dai suoi scopi statutarî).
- Media relation Rete Sostenibilità e Salute

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

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

– Pagina Facebook: Rete Sostenibilità e Salute

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

Allegato 1

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

Allegato 2

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

Allegato 3

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

---

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



COMUNICATO STAMPA DEL 7 MARZO 2017

7 Aprile mobilitazione europea – #health4all

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

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

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

Secondo le valutazioni dell'OMS degli ultimi dieci anni, gli indicatori di salute dimostrano che il sistema sanitario in Italia è stato efficace e meno costoso che nella maggior parte dei Paesi occidentali ad alta industrializzazione.

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

La salute non equivale alla quantità di prestazioni erogate: pertanto bisogna favorire l'informazione perché i cittadini non credano che il mantenimento della salute dipenda dal numero di visite specialistiche ed esami diagnostici effettuati o dal consumo di farmaci.

Un sistema sanitario sostenibile persegue il fine di determinare la

migliore e più adatta risposta ai differenti bisogni di ciascuno, considerando criteri di documentata efficacia.

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

consentire a tutti l'accesso alle cure.

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

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

La Rete Sostenibilità e Salute

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bologna, 7 Aprile 2017

Rete Sostenibilità e Salute

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

ADERISCONO ALL'APPELLO:

-Comitato Toscano Sanità

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

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

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

-Cristiana Abbafati, PhD Istituto di Economia e Finanza

"La Sapienza" Università di Roma

-CCM Comitato Collaborazione Medica

-Progetto Illuminiamo la salute

-Benedetta Aimone, MMG

-Associazione di promozione sociale Explore

-FederSpecializzandi

[Download \(PDF, 199KB\)](#)

[Download \(PDF, 151KB\)](#)

---

[Osservazioni al Decreto Lorenzin da parte della Rete Sostenibilità e Salute](#)



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

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

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

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

Identificare e diffondere le buone pratiche riguardanti l'appropriatezza prescrittiva già presenti nell'ambito sanitario e messe in pratica da aziende sanitarie o regioni virtuose. In molte

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

Questa modalità d'intervento intende modificare la cultura sanitaria attraverso l'alleanza fra pazienti e medici.

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

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

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

La Rete Sostenibilità e Salute

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

---

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

---

COMUNICATO STAMPA

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

---

## [Maternità e nascita in Italia: è tempo di cambiare. La posizione della Rete Sostenibilità e Salute](#)

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

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

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

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

Ha avuto successo nei giorni scorsi la campagna #bastatacere promossa da alcune associazioni di mamme e di ostetriche, che denuncia pratiche inappropriate, talvolta applicate senza consenso e con deplorable



aggressività. Questa campagna italiana segue a un documento dell'OMS, che denuncia la mancanza di rispetto delle donne e dei bambini in molti reparti di ostetricia nel mondo, con gravi conseguenze sul vissuto, sulla relazione madre-bambino e sul buon avvio dell'allattamento materno.

L'indirizzo politico conseguente all'accordo stato-regioni del 2010 e del successivo decreto sta portando alla chiusura di piccoli ospedali (sotto i 500 parti, ma tendenzialmente sotto i 1000), privando molti territori dei loro punti di riferimento per la salute e costringendo le madri a partorire in grandi bambinifici se non si appronta una rete di assistenza con diverse possibilità in base alle scelte delle donne e alla loro sicurezza (consultori, centri nascita intra ed extra-ospedalieri, case di maternità, parti a domicilio, maternità ben organizzate con patologia neonatale per i casi complessi o trasferiti). Le gravide normali dovrebbero essere seguite dalle ostetriche, le esperte della fisiologia, preferibilmente in consultori potenziati, dove poter trovare anche sostegno sociale e psicologico. Per questi motivi la Rete Sostenibilità e Salute aderisce al documento proposto dall'Associazione Scientifica Andria ed esprime il proprio impegno a promuovere i necessari cambiamenti all'Assistenza ostetrica in Italia con iniziative proprie e collaborando con donne e gruppi di operatori che si stanno muovendo nella stessa direzione. Chiediamo che la stampa dia voce a queste istanze.

---

Maternità e nascita in Italia: è tempo di cambiare

La posizione della Rete Sostenibilità e Salute

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

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

Quanto accade nelle nostre sale parto è conseguenza anche del sentimento oggi dominante, la paura. Essa, alimentata dalla cultura del rischio, ci porta a vedere la catastrofe dietro ad ogni angolo. I

medici alla paura reagiscono aumentando il controllo sul processo del parto e interferendo in ogni modo coi complessi sistemi neuro-ormonali che in milioni di anni di evoluzione sono stati messi a punto per garantire il massimo successo riproduttivo della nostra specie. E anche le donne oggi chiedono più esami, più controlli e accettano supinamente ogni intervento, convinte di conquistarsi così un bambino perfetto. Ma non è così, tanti interventi hanno un prezzo che le madri e i bambini pagheranno negli anni futuri, come ci stanno mostrando tanti studi epidemiologici, le ricerche sulla fisiologia degli ormoni del parto, gli studi sull'importanza del microbioma nella maturazione del sistema immunitario e quelli di epigenetica sulle modificazioni nell'espressione dei nostri geni che l'ambiente induce in una fase estremamente sensibile della vita.

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

Un eccesso di Tagli cesarei, il 36 % dei parti, il più alto in Europa  
Un'eccessiva percentuale di parti indotti

Il monitoraggio cardiotocografico 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 \(PDF, 99KB\)](#)

---

Comunicato stampa della Rete Sostenibilità e Salute : dibattito sul Piano Vaccini



Comunicato stampa della Rete Sostenibilità e Salute

Sanità 24, il settimanale sanità digitale del Sole 24 Ore, ha ospitato in questi ultimi giorni un botta e risposta sul Piano Nazionale Vaccini 2016-2018. Il 27 ottobre, Vittorio Demicheli, un epidemiologo competente sul tema (collabora con il gruppo vaccini della Cochrane Collaboration), nonché ex-direttore regionale della sanità in Piemonte, ha pubblicato un contributo critico che si può leggere alla pagina

<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2015-10-27/piano-nazionale-vaccini-cura-trasparenza-contro-teoria-complotto-093236.php?uuid=ACwmW3NB>. In esso metteva in questione l'inclusione nel piano nazionale di vaccini come l'HPV per i maschi, il rotavirus per i neonati, l'herpes zoster agli anziani e il vaccino contro la varicella allo scopo di debellarla. Questi dubbi si aggiungerebbero ad altri già espressi in precedenza sui vaccini contro meningite meningococcica B e infezioni da pneumococco sull'anziano, dubbi ai quali non era stata data risposta da parte delle autorità competenti. Demicheli aggiungeva anche che "il calendario del piano coincide oggettivamente con il "calendario per la vita" sponsorizzato dalle industrie del farmaco".

Questa sembra essere stata la frase che ha scatenato una pronta risposta, il 30 ottobre, da parte di coloro che avevano partecipato alla stesura del piano. La risposta si può leggere qui:

<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2015-10-30/piano-nazionale-vaccini-pronti-iniziativa-giudiziarie-contro-gravissime-e-false-affermazioni-095048.php?uuid=ACMS5IQB>. I firmatari non entrano nel merito delle questioni di sanità pubblica sollevate da Demicheli. Si limitano ad etichettare come falsa e pericolosissima l'affermazione riguardante la possibile interferenza dell'industria produttrice di vaccini nell'elaborazione del calendario vaccinale "e si riservano di adottare, nei confronti del Demicheli, tutte le iniziative necessarie, anche giudiziarie in sede civile e penale, per tutelare la propria reputazione lesa dalle dichiarazioni in oggetto".

La Rete Sostenibilità e Salute (<https://www.sostenibilitaesalute.org/>) non intende entrare nel merito della discussione. Ritiene tuttavia inappropriato, su un tema di confronto scientifico, rispondere con una minaccia di querela, mentre ritiene importante entrare nel merito dei rilievi sollevati e spiegare la base scientifica e razionale per quelle stesse scelte.

La Rete Sostenibilità e Salute pensa infatti che le risposte debbano essere di merito per aiutare a risolvere i dubbi che parte dei cittadini può avere sul numero di vaccini raccomandati, sulla quantità di vaccini inclusi in un'unica somministrazione, e su altri aspetti che possono ridurre la fiducia e rendere alcuni cittadini obiettori totali o parziali, o far ritardare alcune vaccinazioni dei propri figli. Per risolvere i dubbi è opportuno prendere in seria considerazione le osservazioni di esperti qualificati, anche quelle critiche, e fornire risposte chiare e adeguate.

[Download \(PDF, 51KB\)](#)

---

[Responsabilità professionale. Chi decide le Linee Guida? Lettera aperta all'Onorevole Gelli](#)



La Rete Sostenibilità e Salute sottoscrive il seguente documento: L'On. Gelli, relatore in commissione Affari Sociali della Camera del DdL sulla responsabilità professionale, cerca di porre freno alla medicina difensiva.

E' opportuno che l'onere delle prove nelle cause per malpractice ritorni a chi le intenta, scoraggiando cause azzardate verso chi esercita professioni sanitarie, che comportano conseguenze in termini di medicina difensiva con danni per l'intera comunità degli assistiti. Ma sarebbe grave errore che le buone pratiche e linee guida (LG) cui il medico deve attenersi per limitare possibili contenziosi siano emanate dalle Società Scientifiche (ancorché iscritte in apposito elenco istituito con decreto del Ministro della Salute). Il vigente decreto Balduzzi si limita a parlare di linee guida/buone pratiche "accreditate dalla comunità scientifica". La nuova più precisa formulazione configura un rimedio peggiore del male, e creerebbe una situazione ancor più inflattiva e insostenibile: da 10 mld di €/anno

di medicina difensiva a decine di mld sprecati in sovradiagnosi, sovratrattamenti, con aumento di iatrogenesi.

Infatti già oggi molte LG di Società scientifiche sono condizionate (anche) da:

a) punti di vista parziali della singola specialità, non ricomposti in una visione multidisciplinare e sostenibile, anzitutto per l'assistito

b) umane logiche autoreferenziali

c) relazioni finanziarie con i produttori di farmaci, dispositivi, diagnostica che cercano di condizionare le "Linee guida" prodotte. Ciò rischia di aumentare in modo esponenziale se un gran numero di Società scientifiche diventano titolari per legge di stabilire ciò cui tutti i medici si devono attenere.

Attribuire per legge a Società scientifiche che tutelano gli interessi dei cultori delle rispettive discipline la titolarità di definire LG per chi lavora nel SSN significa per il SSN abdicare alla sua titolarità e responsabilità di tutelare la salute dei cittadini assistiti e di ottimizzare a tal fine l'uso delle risorse assegnategli dalla Società.

Se i tre esempi di gravi criticità riportati nella lettera aperta non bastassero, potremmo farne altri 100, per documentare i rischi di tale delega.

Proposte. La definizione di criteri d'appropriatezza (o di raccomandazioni/LG/percorsi PDTA rivolti – in modo non vincolante – ai professionisti sanitari di un territorio) deve coinvolgere anche le rappresentanze delle discipline specialistiche, della Medicina Generale, degli Ordini. Ma le articolazioni del SSN devono sedere agli stessi tavoli, con funzioni di coordinamento e con proprie rappresentanze tecnico-scientifiche, con capacità di entrar nel merito delle valutazioni delle prove e per tutelare gli interessi complessivi della comunità di riferimento.

Per avere buone pratiche/LG di riferimento nazionali va riavviato un Programma nazionale LG, coordinato da ISS (e/o Agenas, con adeguata partecipazione anche di esperti senza conflitti d'interesse), che formuli bozze di raccomandazioni da aprire ai contributi/commenti pubblici prima di adozioni formali.

Ci vorranno anni? Sì, ma avere LG inflattive è peggio che non averle.

Se sono LG non basate sulle prove (di efficacia, sicurezza, costo-efficacia...) e veicoli di conflitti d'interesse con la salute e la sostenibilità del SSN, meglio prendersi il tempo necessario per costruire LG con tutti i requisiti.

Allegato testo completo di lettera aperta:

## COMUNICATO STAMPA: DOCUMENTO PER I PARLAMENTARI EUROPEI



DOCUMENTO PER I PARLAMENTARI EUROPEI:  
Un impegno per la Sostenibilità e la Salute

Alla cortese attenzione dei mezzi di stampa,  
La Rete Sostenibilità e Salute (RSS), che riunisce 21 associazioni attive sui temi della salute e della sostenibilità, ha pubblicato sul proprio sito un documento in cui richiede ai parlamentari europei un serio impegno per la tutela della salute dei cittadini europei (in allegato). Il documento è stato inviato ai parlamentari italiani e il nominativo di coloro che lo sottoscriveranno sarà a breve pubblicato sul sito della RSS.

Nel documento la RSS richiede la tutela dei beni comuni, così come adeguate politiche nella gestione dei rifiuti, degli inquinanti ambientali e nell'agricoltura, enfatizzando l'importanza dell'equità e dei determinanti sociali di salute. Si richiedono, inoltre, una serie di azioni a tutela dei servizi sanitari, quali per esempio porre limiti più rigorosi al marketing di prodotti sanitari, farmaci, dispositivi medici, così promuovere azioni di prevenzione tramite leggi e direttive che prevedano di usare le risorse destinate alla sanità in modo più appropriato, favorendo la riduzione di esami e trattamenti che apportano scarsi benefici e rischiano di procurare danni, e facilitando l'adozione di corrette abitudini di vita.

“La nostra salute dipende ormai da ampi processi riguardanti la sfera socio-economica ed ambientale che non possono che essere tutelati in ambito europeo. E' possibile farlo ed è arrivato il tempo di agire.”  
riporta il portavoce della rete Jean-Louis Aillon.

Rete Sostenibilità e 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  
Download (PDF, 128KB)

---

### TTIP e TISA. La salute in vendita



Un interessante articolo di Stefano Guicciardi pubblicato su Saluteinternazionale.org.

I trattati commerciali fra USA ed UE, modificando le attuali regole a favore della libera concorrenza, potrebbero avere conseguenze negative sulla salute, sia indirettamente attraverso i determinanti sociali e ambientali di salute (lavoro, alimentazione, inquinamento, disuguaglianze, etc), sia direttamente attraverso la mercificazione dei servizi sanitari. Le reazioni in Italia. Il documento della neo costituita Rete Sostenibilità e Salute.

Potete leggere il documento cliccando questo link :

<http://www.saluteinternazionale.info/2015/03/ttip-e-tisa-la-salute-in-vendita/>