

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



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

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

1. Da un punto di vista scientifico si dovrebbe evitare di proclamare verità “assolute, incontrovertibili e definitive” (ciò vale anche per scienze dure come la fisica). Da una prospettiva epistemologica è infatti considerato scientifico, a differenza degli enunciati della fede, proprio solo ciò che in linea di principio è “falsificabile” (principio di falsificazione di Popper). In questa prospettiva un serio dibattito scientifico su qualsiasi tema, incluso quello dei vaccini, non solo è lecito ma è parte del processo dialettico di costruzione e ridefinizione della conoscenza scientifica.

2. Pur con l'ovvia adesione al concetto di “vaccinazione”, riteniamo tuttavia che non abbia senso discutere di “vaccini”, come qualcosa da “prendere o lasciare” in blocco. Ogni vaccino ha un peculiare profilo di efficacia, effetti collaterali, costi e va dunque valutato in modo specifico. In un dibattito scientifico non si potrebbe né asserire che tutti i vaccini esistenti abbiano prove altrettanto solide di

efficacia, sicurezza e favorevole rapporto rischi e costi/benefici, né tanto meno il contrario. Dovrebbe invece essere possibile esprimersi su ogni singolo vaccino e su ogni strategia vaccinale, come si fa per farmaci differenti, sia pure accomunati da meccanismi d'azione simili.

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

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

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

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

Nei casi rientranti nel punto A riteniamo fondamentale promuovere la vaccinazione, in quelli del gruppo B chiediamo di poter ridiscutere con argomentazioni scientifiche le strategie d'offerta del Piano Nazionale Vaccini/PNV. Anche nei casi di rilevante incertezza (gruppo C), pensiamo andrebbe fatta salva la possibilità di ciascuno di accedere alle relative vaccinazioni, a condizioni controllate dalla Sanità pubblica, come messo in atto con merito da più Regioni. Purché sia assicurato a chi chiede di effettuarle un consenso davvero informato, sui gradi di incertezza e sulla reale entità non solo dei benefici attesi, ma anche delle reazioni avverse rilevate negli studi registrativi randomizzati controllati e dalla farmacovigilanza attiva. Nel nostro ordinamento il consenso informato a qualunque trattamento sanitario è il fondamento della liceità dell'attività sanitaria, e rappresenta un "valore finale" (valore in sé, di rango sovraordinato) indipendente dall'esito stesso dell'atto sanitario.

Vorremmo anche portare all'attenzione scientifica alcune "aree grigie" cruciali per la salute e la sicurezza della comunità e per la sostenibilità del nostro SSN, che meriterebbero di essere chiarite

attraverso ricerche realizzate con supporto istituzionale, indipendenti da sponsor commerciali e con ricercatori senza conflitti di interesse.

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

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

Un'accelerazione su una legge nazionale che estenda l'obbligo a gran parte delle vaccinazioni incluse nel PNV sarebbe una forzatura se soffoca il confronto scientifico e gli indispensabili contributi che ne possono derivare. Ad eccezione della profilassi antimorbillo, per cui ha basi scientifiche puntare al 95% della copertura, per altri vaccini non si vedono al momento condizioni di emergenza né di urgenza tali da giustificare l'adozione di provvedimenti coercitivi. La copertura necessaria è infatti inferiore al 95% per altri vaccini (e ovviamente irrilevante per l'antitetanica), come si può verificare da

documenti dell'Istituto Superiore di Sanità – All. A e Andre FE et al, Bulletin of the WHO 2008;86:140-6.

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

Ne esemplifichiamo alcuni:

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

– una rivaccinazione annuale antinfluenzale per tutti dai 50 anni

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

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

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

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

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

ridurre sia morbosità e mortalità per malattie infettive, sia malattie croniche e mortalità generale.

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

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

Bologna, 29 Maggio 2017

Rete Sostenibilità e Salute: chi siamo?

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

1. Associazione Dedalo 97
2. Associazione Frantz Fanon
3. Associazione Medici per l'Ambiente – ISDE Italia
4. Associazione per la Decrescita
5. Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale
6. Associazione Scientifica Andria
7. Centro Salute Internazionale-Università di Bologna
8. GDL Diritti Umani Psicologi del Piemonte
9. Italia che Cambia
10. Medicina Democratica ONLUS
11. Movimento per la Decrescita Felice
12. No Grazie Pago Io

13. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale
 14. Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca
 15. People's Health Movement
 16. Psichiatria Democratica
 17. Rete Arte e Medicina
 18. Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina
 19. Segretariato Italiano Studenti in Medicina, SISM
 20. Società Italiana Medicina Psicosomatica
 21. Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria, SIQuAS
 22. Slow Food Italia
 23. Slow Medicine
 24. Vivere sostenibile
 25. Giù le Mani dai Bambini ONLUS (l'organizzazione – pur non avendo sollevato obiezioni nel merito del documento – si è astenuta sul punto, in quanto l'argomento trattato esula dai suoi scopi statutarî).
- Media relation Rete Sostenibilità e Salute
- Email: rete@sostenibilitaesalute.org
 - Sito: www.sostenibilitaesalute.org
 - Pagina Facebook: Rete Sostenibilità e Salute

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

Allegato A

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

Scheda esemplificativa: la vaccinazione antimeningococco B



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

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

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

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

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

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

(Fonte: Sorveglianza MIB, coordinata da ISS)

- L'unica "epidemia" è mediatica

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

- Piano Nazionale Vaccini/PNV 2016-18

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

Ci sono regioni che organizzano un'offerta a prezzo di costo (acquisto vaccino da SSR + prestazione a tariffa calmierata), e in generale l'iniziativa è lodevole. Manca però un'informazione esauriente e comparativa sull'entità (quantitativamente minima) del rischio reale rispetto a quello che i media fanno percepire, nonché sul bilancio rischi/benefici di un vaccino tuttora sottoposto a "monitoraggio addizionale", di cui, tra l'altro, non è ben chiarita l'efficacia pratica protettiva, la durata della protezione (molti danno per scontato che sia "per sempre", ma il documento delle Società Scientifiche <http://bit.ly/2pWqTWx>, pag. 41, a proposito del vaccino MenC dice altro), il potenziale di eradicazione del MenB (inverosimile)

- Reazioni avverse al vaccino

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

Il documento riporta i risultati su neonati, bambini e adolescenti dei quattro studi clinici randomizzati (RCT) valutati per la registrazione, con ~5.600 vaccinati contro MenB. Non sempre sono riportati i dati relativi agli eventi avversi rilevati, ma solo quelli

su eventi giudicati dai ricercatori "imputabili al vaccino". Secondo l'IstiSan questa procedura è discutibile, perché la "randomizzazione dovrebbe assicurare la migliore confrontabilità tra i gruppi in studio, il miglior controllo dei fattori di confondimento e, dunque, la possibilità di definire la causalità tra trattamento ed effetti osservati, sia per gli effetti positivi (efficacia) sia per quelli negativi (rischio)".

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

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

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

- La farmacovigilanza in atto è sufficiente?

In genere no. Infatti solo una farmacovigilanza attiva e accurata come nei RCT consente di quantificare correttamente le reazioni avverse. Quella passiva lasciata alle segnalazioni spontanee sottostima molto in modo sistematico queste reazioni (es. Cocchio S et al. Human Vaccines & Immunotherap 2016;12:651-4). Si pensi anche alla Regione Veneto, che si è dotata di un più evoluto sistema di segnalazione di eventi avversi, con 25-28 volte più segnalazioni della media delle altre Regioni (<http://bit.ly/2rf7V1Z> pag. 21).

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

Potrebbero invece essere state sovrastimate le reazioni avverse nei quattro RCT? È improbabile, dato che sono stati realizzati da ricercatori in relazioni finanziarie con il produttore del vaccino o da suoi dipendenti (sintesi dei conflitti di interesse dichiarati in

All. 2), condizione associata in modo sistematico nella letteratura biomedica a minor enfasi su svantaggi del prodotto dello sponsor (es: Bero L. PLoS Med 2007;4:e184. – Yank V et al. BMJ 2007; 335:1202. – Stelfox HT. N Engl J Med. 1998;338:101. – Kjaergard LL. BMJ. 2002;325:249. – Lexchin J. Systematic review. BMJ 2003;326:1167. – Bekelman JE. Systematic review. JAMA. 2003;289:454 – Bhandari M. CMAJ. 2004; 170:477 – Di Pietrantonj C. Review of systematic reviews. Epidemiol Prev 2005; 29:85. – Ridker PM. JAMA. 2006;295:2270. – Jorgensen A. Cochrane systematic review. BMJ 2006;333:782. – Lathyris DN. Eur J Clin Invest 2010;40:172. – Lundh A. Cochrane Systematic Review 2012, Issue 12. Art. No:MR000033. – Stamatakis E.. Eur J Clin Invest 2013; 43;469).

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

- La protezione dura una vita?

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

Una spiegazione di questa evenienza relativa a vaccini anti-meningococco C e ACYW135 coniugati la fornisce a pag. 43 l'opuscolo delle Società scientifiche <http://bit.ly/2p9xFI9> : “ è ormai dimostrato che la memoria immunologica indotta dal vaccino coniugato ricevuto nell'infanzia non è sufficiente ad eliminare il rischio di malattia invasiva nell'adolescenza (ndr: la sottolineatura è nostra) , in quanto la risposta delle cellule B della memoria richiede almeno 5-7 giorni per attivarsi in maniera completa, troppi per essere efficace contro la rapida invasività di ceppi virulenti di meningococco non bloccati da un titolo anticorpale che potrebbe essere disceso al di sotto del livello minimo protettivo ”.

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

- Il rapporto costo-opportunità è accettabile?

Se le risorse disponibili per i bisogni della comunità hanno un “perimetro” fisso, è chiaro che quando quelle destinate a un intervento aumentano si riduce in parallelo la disponibilità

(finanziaria, di personale, di tempo degli operatori...) per gli altri interventi da destinare ai cittadini-assistiti. Dunque per ogni intervento aggiuntivo andrebbero sempre calcolati i risultati netti (cioè i benefici attesi al netto degli specifici effetti avversi, nonché sottratti i possibili malefici per perdite di costo-opportunità in altre aree del Sistema Sanitario).

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

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

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

Bologna, 29 Maggio 2017

Rete Sostenibilità e Salute

Rete Sostenibilità e Salute: chi siamo?

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

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

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

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

Allegato 1

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

Allegato 2

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

Allegato 3

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

DOCUMENTI E AUDIO 2° CONFERENZA NAZIONALE SOSTENIBILITA' E SALUTE



13 Giugno 2015
Cavallerizza Reale - Via Giuseppe Verdi, 9
Torino

2ª Conferenza Nazionale
Decrescita, Sostenibilità e Salute
Dalla Carta di Bologna al TTIP: la parola ai cittadini

Pubblichiamo in una apposita pagina, che potrete visualizzare anche attraverso il menu del sito della RSS, tutti i documenti presentati durante la 2° conferenza Nazionale Sostenibilità e Salute che si è tenuta a Torino il 13 giugno 2015.

Tutta la documentazione è liberamente scaricabile e utilizzabile con l'indicazione della fonte.

Nei prossimi giorni pubblicheremo anche i video dei singoli interventi.

[PER RAGGIUNGERE LA PAGINA DEI DOCUMENTI CLICCARE QUI](#)