

LA MASCHERINA DI CARTA È UNA TRUFFA di Stefano Montanari



Contro il dottor Stefano Montanari Roberto Burioni e la sua banda di scienziati di regime hanno scatenato una vera e propria campagna di linciaggio, ovviamente raccolta dai media mainstream. Montanari è stato presentato come un pagliaccio, peggio, come un "negazionista". Si faccia attenzione a quest'ultima accusa che nel decalogo politicamente corretto dei peccati mortali è in cima alla lista. Burioni ha fatto un gran baccano, subito amplificato dal circo mediatico, contro l'affermazione di Montanari secondo cui le mascherine non solo non servono ma sarebbero pericolose alla salute. Ma cosa ha esattamente detto Montanari?

«Io non ho nessun problema a mettere una mascherina mezz'ora se devo andare a far la spesa. Anche se non serve a niente (o meglio serve tanto quanto starnutire nella manica o nel fazzoletto, che preferirei usare) perché i virus sono più piccoli della trama, se siete più felici la metto. Male per mezz'ora non mi fa. Ma se mi venite a dire che i miei figli

devono tenerla per tutte le ore che andranno a SCUOLA, quando qualunque cardiologo vi dirà che rischiano L'INFARTO, qualunque dermatologo che rischiano micosi e dermatiti, qualunque immunologo che sotto la mascherina i germi si moltiplicheranno e che senza contatti sociali il sistema immunitario si indebolirà, allora NO, non ci sto più. Accendete il lume della ragione e spegnete la paura, non possiamo ubbidire a ogni ordine assurdo di task force di gente in conflitto di interessi. Leggete cosa ne pensa un esperto VERO:

“Qualche anno fa, pochi anni fa, io insieme con mia moglie e insieme al CNR di Bologna, ho studiato un filtro per la respirazione...

Questo filtro per la respirazione era stato studiato perché c'era stato chiesto al ministero della difesa, quindi lavoravamo per il ministero...mia moglie, io e il CNR di Bologna...

La parte CNR era diretta da Franco Prodi, (fratello di Romano Prodi) che è un ottimo fisico, è andato in pensione da poco, ma è un bravissimo fisico...

Abbiamo lavorato proprio su un problema, che è lo stesso problema di oggi, cioè impedire che qualcosa di estremamente piccolo possa entrare nel nostro organismo.

Quel qualcosa di piccolo allora erano le nano polveri causate dalle esplosioni, ma le dimensioni sono quelle dei virus.

Il coronavirus è grande 120 nanometri, più o meno come le polveri di cui noi ci occupavamo.

Per un filtro, che sia un virus o che sia un'altra cosa, non importa. Il filtro è, semplificando molto, uno scolapasta: blocca quella determinata dimensione...

Noi, per poter studiare quel filtro, ci abbiamo impiegato un anno e mezzo...abbiamo lavorato su delle apparecchiature, con un gruppo di fisici, abbiamo fatto degli esperimenti, tanti esperimenti...abbiamo fatto dei prototipi di filtro, abbiamo lavorato con Finceramica per produrre questi prototipi, e alla

fine ce l'abbiamo fatta.

Vi assicuro, è tutt'altro che facile fare un filtro di quel genere...non tanto per il fatto della dimensione di quello che devi bloccare, ma il problema grosso era il fatto che chi le portava doveva respirare...perché se io ti metto una mascherina di cemento armato è chiaro che fermo tutto, ma dopo due minuti tu muori! Quindi devo rendere compatibile la mascherina con la tua vita...

Noi lavoravamo per il ministero della difesa, quindi per qualcosa che doveva andare ai soldati, ai militari...e il soldato deve scappare, deve inseguire, deve portare dei pesi, deve fare degli sforzi quindi deve respirare bene...assicuro che è difficilissimo...

Allora chi è che può pensare che tutti i nostri sforzi siano stati ridicolizzati da una mascherina di carta o di stoffa...

Cioè noi, un gruppo di scienziati, con apparecchiature costose, tempo, viaggi, non c'eravamo accorti che bastava una mascherina di carta per fare esattamente la stessa cosa...

Purtroppo non è vero...la mascherina di carta è una truffa!

Voi vi mettete questa mascherina, e non importa se è di tipo 1,2,3,4,5,27...voi ve la mettete e respirate, dovete respirare... Quando voi respirate emettete del vapore...bagnate la mascherina...e quando la mascherina è bagnata prende i virus, i batteri, i funghi, i parassiti e li concentra lì, e voi vi portate per delle ore funghi, batteri, virus, parassiti ad un millimetro dal naso e ve li tenete lì. Quindi vi ammalate o rischiate di ammalarvi a causa di QUEI patogeni...perché adesso la gente è convinta che esiste solo il coronavirus, ma il coronavirus è uno dei molti miliardi di virus che esistono...ma poi ci sono anche i batteri, che sono una quantità enorme, i funghi, i parassiti, le rickettsie...tutta roba che si appiccica lì e voi ve la tenete appiccicata al naso, quindi è follia pura...

E questo basterebbe per dire "abbiamo scherzato"...

Quando porti la mascherina ed espiri, cioè butti fuori quello

che i tuoi polmoni hanno deciso essere lo scarto del metabolismo dei tuoi tessuti, delle tue cellule, cioè l'anidride carbonica...hai un impedimento a buttarlo fuori, quindi inevitabilmente ributti dentro al tuo organismo l'anidride carbonica...

Il tuo sangue va in ipercapnia, vuol dire che hai un eccesso di anidride carbonica, porti alle tue cellule il loro scarto...

Quando sei in ipercapnia, vai anche in acidosi, il tuo organismo diventa più acido del dovuto, il ph si abbassa...più è acido l'organismo, più hai facilità ad ospitare malattie...

La malattia più vistosa che si instaura con acidosi è il cancro!»

LA GRECIA: IL PIÙ GRANDE SUCCESSO DELL'EURO di Armando Mattioli



[12 maggio 2019]

Grecia, un paese in cui affondano le radici della civiltà europea; un popolo gentile, piegato da spietate politiche economiche austeritarie imposte dall'Unione Europea.

E tra i fenomeni di disgregazione sociale che hanno colpito quel popolo nostro fratello, ce n'è uno che rende bene l'idea del degrado in cui è stata gettata la Grecia: quello della prostituzione, aumentata grandemente dopo la crisi del 2009.

Si riporta l'estratto di un articolo del New York Times, per poi fornire dei numeri che in termini asettici illustrano come il bene primario della salute sia stato penalizzato fortemente.

«L'austerità greca colpisce anche commercio del sesso, "Loro non hanno soldi": le prostitute greche colpite duramente dalla crisi finanziaria». [New York Times, 28 ottobre 2018, pagina A6 dell'edizione di New York]

«Un potenziale cliente entrò nella stanza stretta e scarsamente illuminata nel seminterrato di un edificio in rovina nel centro di Atene. Elena, 22 anni, si tolse la veste e si alzò in piedi. Evaggelia, la tenutaria del bordello di 59 anni, irascibile, entrò immediatamente in campo. "La mia ragazza è impeccabile", disse Evaggelia in greco. "La consiglio senza prenotazione." Recitò il "menu" e aggiunse che con una sola eccezione "la mia ragazza fa tutto a letto". Senza togliersi gli occhiali da sole, il cliente di mezza età si strofinò il mento e guardò Elena, una prostituta russo-polacca, mentre si lisciava i capelli biondi e si rigirava sui tacchi neri. "O.K." disse infine. Il prezzo? Venti euro, circa \$ 23. Ero seduto a un metro di distanza su un piccolo divano dotato di una fodera di plastica all'interno di un bordello, testimone di questa transazione secolare. Eravamo in via Filis – un labirinto di vicoli e case sporche di due piani – che è stato sede di bordelli ateniesi per gran parte del secolo scorso. Il commercio è più disperato ora a causa del decennio passato in Grecia dalla crisi finanziaria del 2008, che non ha lasciato alcuna tutela alla professione. L'economia collassata e l'arrivo di decine di migliaia di migranti hanno spinto ancora più donne a prostituirsi – anche se i prezzi sono crollati. E con tutti i discorsi di una nuova era nelle

relazioni di genere, con le donne di tutto il mondo che parlano e costringono a fare i conti con la violenza sessuale, #MeToo qui non esiste (e non esiste nemmeno per le prostitute schiave nigeriane in Italia, n.d.a.), in questa stanza immersa nelle luci rosse e viola, dove le donne sono in silenzio e i loro corpi sono in vendita ed il tavolo per il caffè è pieno di preservativi.

“Ho avuto un negozio di fiori per 18 anni, e ora sono qui per necessità – ha detto Dimitra, una donna di mezza età che ha perso il suo negozio nella crisi e ora lavora come “signorina” in via –”Mi chiamavano Mrs. Dimitra, ma ora sono diventata una puttana”.

In Grecia, la prostituzione è legale nei bordelli registrati, sebbene la maggior parte dei bordelli di Atene non sia registrata. La prostituzione di strada è illegale, eppure le donne vendono abitualmente il sesso ad alcuni angoli delle strade. Mentre molte donne entrano nella professione per necessità economiche, altre sono vendute o costrette a fare sesso contro.

Il commercio ora è più disperato a causa della crisi finanziaria della Grecia che non ha lasciato indenne nessuna professione.

“La prostituzione è aumentata e cambiata, fundamentalmente nel contesto del nuovo ambiente politico, economico e culturale”, ha affermato Grigoris Lazos, professore di criminologia presso l’Università Panteion di Atene, riferendosi alla dolorosa austerità economica della Grecia.

Il signor Lazos ha trascorso sei anni a studiare come due crisi congiunte del paese – l’immigrazione e l’austerità economica – avevano cambiato la prostituzione ad Atene. Ha scoperto che il numero di prostitute in città è aumentato del 7% dal 2012, ma i prezzi sono diminuiti drasticamente, sia per le donne che lavorano nelle strade che nei bordelli.

“Nel 2012, si chiedeva una media di 39 euro per una prostituta in un bordello,” ha detto Lazos, “mentre nel 2017 bastano soli € 17 – un calo del 56%.”

Secondo la legge greca, un bordello deve trovarsi a circa 200 metri di distanza da scuole, ospedali, chiese, asili nido e piazze pubbliche, tra gli altri luoghi. Ma data la densità del centro di Atene, è praticamente impossibile ospitare le prostitute lì legalmente. Il signor Lazos ha scoperto che solo 8 dei 798 bordelli che operavano in città in agosto erano legali. Il numero era molto diverso dalle statistiche della polizia, che non contano più di 300 bordelli nella città. Tutte le donne hanno insistito sull'uso di un solo nome a causa dello stigma sociale e per motivi di sicurezza. Nessuna ha detto di essere stata costretta, tranne che per necessità, ad esserci. Ma nessuna voleva essere lì. “Odio il sesso”, dice Elena. “Mi piacciono i soldi, non il lavoro.” Anastasia, conosciuta come “Amazon” per i clienti, lavora come prostituta da quando aveva 14 anni. Ora ha 33 anni e dice che il lavoro è più difficile che mai. “Le persone non hanno più soldi”; Anastasia dice che i clienti promettono: “Verrò quando riceverò lo stipendio”. Gli uomini chiedono spesso rapporti sessuali non protetti, ha detto, e molte prostitute che sono tossicodipendenti assumono questi clienti per meno di 10 euro.

“Quelle che lo fanno hanno l'AIDS, quindi a loro non importa, lo stanno persino facendo per vendetta”, secondo Anastasia, che è in riabilitazione per tossicodipendenza. “Ma hanno distrutto il mercato.”

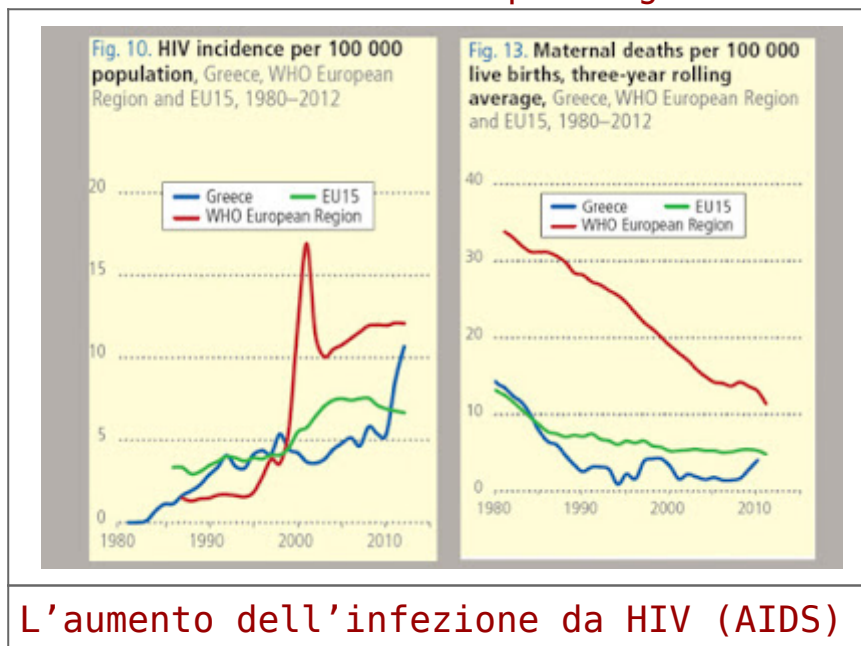
Con la crisi greca, anche la clientela è cambiata, hanno notato le donne. Ora sono in gran parte migranti, molti di quelli che vivono negli appartamenti sopra i bordelli, nelle zone con affitto basso. Molti uomini greci sono semplicemente troppo poveri per pagare di più. “Il loro stipendio era di 800 o 900 euro”, ha detto Monica. “Ora non ricevono niente.”

Adesso lasciamo parlare i numeri

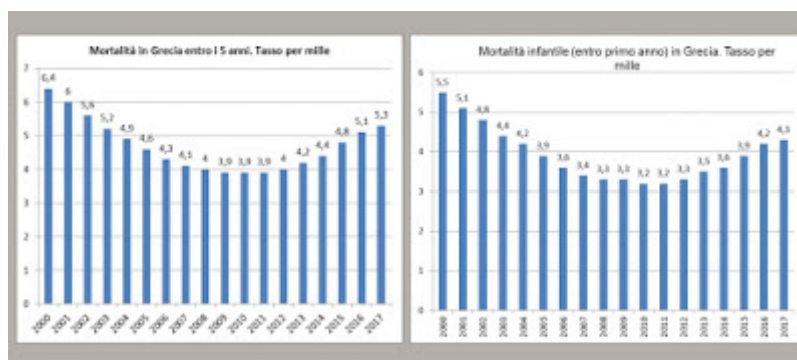
Dal “Profilo di salute e benessere in Grecia”, *Organizzazione Mondiale della sanità*, Ufficio Regionale per l’Europa, 2016, si riporta testualmente quanto segue:

«Le conseguenze socioeconomiche della crisi economica del 2009 sono state particolarmente devastanti in Grecia. La crisi economica ha provocato una destrutturazione del sistema sanitario, con implicazioni dirette e indirette per la salute della popolazione, che è peggiorata; c’è stato un aumento della mortalità infantile e materna, dei suicidi e delle infezioni da HIV e dell’AIDS (n.d.a.: come conseguenza del degrado sociale e dell’aumento della tossicodipendenza e della prostituzione connessa)».

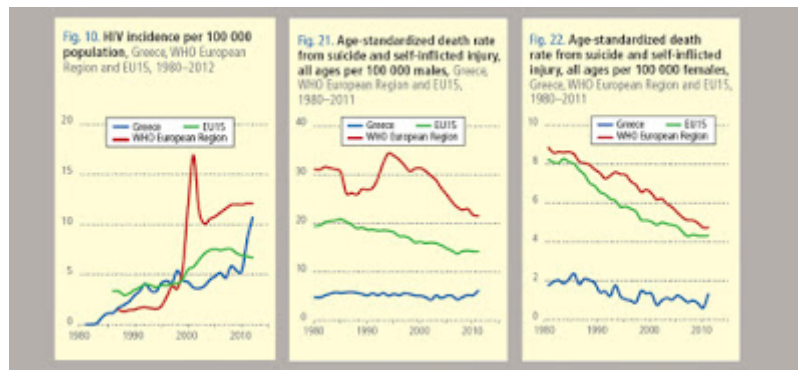
Clicca sulle tabelle per ingrandirle



L’aumento dell’infezione da HIV (AIDS)



Dal 2012 al 2017 circa 450 morti in più Dal 2012 al 2017
circa 390 morti in più



Il recente aumento della disoccupazione ha comportato che un quinto della popolazione Greca non è più coperta dall'assicurazione per la malattia. L'indice di Gini è aumentato, indicando una divaricazione crescente nella distribuzione del reddito.

Come risultato della crisi economica in corso, del divario crescente nello stato di salute rispetto all'UE15 e dell'assenza di politiche nazionali per la salute in linea con l'obiettivo (europeo) Salute 2020, è probabile che le disuguaglianze aumentino rispetto all'UE15 e il raggiungimento degli obiettivi di Salute 2020 potrebbero essere messi a rischio, a meno che non vengano adottate presto misure efficaci.”

A fronte di questo quadro tragico, l'UE ha preteso l'introduzione in Grecia di una modifica normativa che rende pignorabile la prima casa: in nome della stabilità monetaria, pilastro delle politiche liberiste antipopolari.

Cos'altro aspettano di vedere i sostenitori della riformabilità dell'UE in senso favorevole ai popoli per convincersi che è semplicemente impossibile?

Sostieni SOLLEVAZIONE e Programma 101

DI MAIO, FERMA LA GRILLO ! di Ivan Cavicchi



[8 aprile 2019]

Di lei ci eravamo occupati di recente parlando di TRIPTORELINA. Il Ministro della salute **Giulia Grillo** continua a fare danni. Lei è artefice del "Patto per la salute". **Cavicchi** ci spiega di che si tratta: un'altro passo verso lo smantellamento del *Sistema Sanitario Nazionale* a favore della speculazione privata.

Va fermata...

* * *

La sanità, il Movimento 5 Stelle
e il rischio privatizzazione



Ivan Cavicchi

di Ivan Cavicchi

Chi ha votato per questo movimento di certo non l'ha fatto per fare il gioco delle assicurazioni e degli speculatori e meno che mai per farsi rubare da costoro i propri diritti. Da nessuna parte del programma di governo sta scritto che bisogna far fuori il Ssn e sostituirlo con il sistema multi-pilastro di berlusconiana memoria. Eppure...

Non so se ricordate l'ultimo mio articolo, quello che, per rispondere al prof. Spandonaro, ho scritto la settimana scorsa, sulle mutue (QS 25 marzo 2019).

Sostenevo che sino ad ora la sinistra di governo (Letta, Renzi, Gentiloni) ha esitato a istituire la "seconda gamba" perché tra le varie cose che impedivano tale eventualità, c'era anche un "dilemma morale", legato al fatto che fare un cambio di sistema avrebbe avuto pesanti conseguenze negative sulle persone più deboli, sull'accesso ai diritti, sulle diseguaglianze.

Una ingenua speranza

In cuor mio speravo, confesso la mia ingenuità, che con un ministro 5 stelle, la possibilità di un ribaltone del genere, fosse improbabile anche se, con un inciso nel mio articolo non escludevo la possibilità, proprio con questo governo, che ciò potesse avvenire:

«Non escludo tuttavia che a un certo punto il "dilemma morale" possa essere superato proprio per disperazione finanziaria. Il rischio a cui andiamo incontro, a causa delle politiche ordinarie di questo anodino ministero della salute, è quello di acuire i problemi di sostenibilità del sistema esponendolo a crescenti gradi di privatizzazione».

Ebbene questa possibilità, di superare il “dilemma morale”, esattamente per “disperazione finanziaria” in questi giorni è stata messa nero su bianco, da un ministro 5 stelle, nella bozza di Patto per la salute (d’ora in avanti “patto”).

Egli ha di fatto proposto alle regioni una intesa per ridiscutere il sistema universale e istituire la “seconda gamba”.



Si confermano così le tre leggi fondamentali del “riformista che non c’è”:

- quando in sanità hai dei problemi soprattutto finanziari, e non hai idee, l’unica cosa che devi fare è contro-riformare facendo bene attenzione che a rimetterci siano i più deboli,
- quando non capisci e non sai nulla di sanità fai comunque qualcosa che dimostri che per lo meno sei capace di distruggerla,
- fregatene del “dilemma morale” il problema è galleggiare ma non dimenticare mai di informare i social con dei twitter su qualsiasi cosa che fai durante il giorno dal momento che non hai null’altro da offrire.

Il Patto per la salute

Nonostante in questo patto si dichiari in apertura di voler “voltare pagina”, di “guardare al futuro” di “rafforzare lo spirito universalistico ed equitativo del Ssn”, di “superare la logica del risanamento” e tante altre belle cose, esso esprime la schizofrenia di una politica sanitaria che non si capisce

se è una linea del M5S o il frutto dell'insipienza, di un ministro, incapace di tradurre il mandato ricevuto in un vero cambiamento virtuoso.

Del resto, in entrambi i casi, se non si sa come si rompono le uova e nemmeno come si sbattono, e come si usa una padella, come si fa a fare la frittata?

Vorrei rivolgermi a quella parte del M5S con la quale in questi anni sulla sanità, ho condiviso delle complicità: la linea che emerge dal patto non è in nessun caso obbligatoria e necessaria, cioè non è, a parità di problemi, l'unica strada percorribile, quella che bisognerebbe prendere per forza, ma è ciò che pensa sia giusto fare sbagliando un ministro o chi per lei semplicemente a corto di idee.

Il patto ci dice dei limiti del ministro o dei limiti di chi le da linea, ma in nessun caso ci dice come si possono risolvere davvero senza distruggere i problemi della sanità.

La proposta di patto parla di tante cose alcune anche positive ma quelle davvero notevoli cioè con grandi conseguenze sulla tenuta del sistema pubblico sono tre:

- l'anticipazione di fatto del regionalismo differenziato,
- l'istituzione della seconda gamba,
- una politica per gli operatori molto pericolosa.

Anticipazione del regionalismo differenziato

Nella bozza di patto si legge:

« – Si ritiene necessario anche valorizzare il principio di autonomia regionale, consentendo alle Regioni in pareggio/avanzo di bilancio di gestire e modulare i propri fattori produttivi in maniera più aderente alle proprie scelte organizzative”. – “Per consentire alle Regioni di modulare i propri fattori produttivi in maniera più aderente alle proprie scelte organizzative si rende opportuno

concedere una maggiore flessibilità al sistema, pur nel rispetto degli obblighi di finanza pubblica, con riferimento ai vincoli di spesa previsti dalla normativa nazionale».

Quando, all'indomani dell'incontro sul regionalismo differenziato, con il ministro Stefani, seguirono le dichiarazioni del ministro Grillo (23 gennaio 2019) scrissi un articolo che fece scalpore con il quale accusavo, senza mezzi termini, il ministro della salute di "avallare" il regionalismo differenziato con ciò, sostenendo, che per questa strada si apriva la porta ad una politica che puntava a ridimensionare pesantemente il SSN (QS 24 gennaio 2019).

Dopo di allora la questione "regionalismo differenziato" è stata messa dal governo in stand by, soprattutto grazie all'intervento prudente di Di Maio che temeva di "spaccare l'Italia in due", ma anche di Salvini che dichiarava la sua contrarietà a fare "cittadini di serie A e di serie B".

Dalla sanità invece si levò forte la protesta degli ordini (Teatro Argentina 23 febbraio 2019) che chiedeva sulla questione un confronto. Parallelamente, anche grazie ad un appello sottoscritto da 30 costituzionalisti, si faceva strada l'ipotesi, per altro sembra condivisa anche dal presidente della Repubblica, di un passaggio di parlamentare.

Rispetto a questa situazione politica, che si anticipi, in un patto tra regioni e governo, una contro riforma costituzionale ancora tutta da decidere e sulla quale gravano ipoteche politiche grandi come catene di montagne, da par mia, la reputo semplicemente una decisione sconsiderata e che fa sorgere dubbi politici importanti:

– se è una decisione del ministro della salute allora questo ministro è un pericolo politico prima di tutto per il M5S perché a parte le conseguenze sulla sanità, a causa di questa storia, il M5S perderà in questo settore di sicuro un mucchio

di voti,

– se questo ministro, come si dice, non decide niente, ma attua linee politiche che vengono dall'alto, allora il M5S sul regionalismo differenziato fa un gioco sporco che, se fosse coerente con il mandato elettorale ricevuto, dovrebbe chiarire.

Vorrei ricordare la definizione ufficiale di patto per la salute data dal ministero della salute: *è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.*

Come si fa ad usare una intesa finanziaria per anticipare una controversa contro-riforma, sulla quale probabilmente dovrà pronunciarsi il parlamento e sulla quale il governo ha deciso, almeno per il momento, di sospendere il giudizio?

Ma possibile mai che il ministro non si renda conto che dare più autonomia e più flessibilità sui fattori produttivi significa dare alle regioni molte delle cose che sono scritte nelle pre-intese sottoscritte da Lombardia, Veneto, Emilia Romagna?

Possibile mai che questo ministro non capisca che vincolare la maggiore flessibilità solo alle compatibilità finanziarie e non alle leggi di principio di questo Stato significa permettere alle regioni la deregulation senza limiti?

E poi chiedo: come si fa a concedere più flessibilità e più autonomia così genericamente, senza prima esplicitare cosa vuol dire l'una e cosa vuol dire l'altra?

Ripeto il quesito politico:

- se ammettiamo la tesi dell'incompetenza il problema è il ministro della salute,
- se escludiamo l'incompetenza del ministro allora il M5S

sulla sanità sta facendo un gioco sporco e i suoi elettori devono saperlo.

L'istituzione della seconda gamba

Lo stesso dubbio, ministro e/o M5S, viene quando consideriamo nella bozza di patto l'art. 5 "ruolo complementare dei fondi integrativi al Servizio Sanitario Nazionale".

Non ho lo spazio per riprodurre tutto l'art. 5 ma invito tutti a leggerlo, mi limito a riassumerne il senso: *per ragioni di sostenibilità si istituisce di fatto la "seconda gamba" impegnandosi a cambiare la normativa in essere al fine di estendere e accrescere per i fondi integrativi le agevolazioni fiscali permettendo a tali fondi, per rispondere ai bisogni di salute dei loro iscritti, di utilizzare anche le strutture pubbliche.*

Il patto, in questo modo, ci propone un cambio di sistema, cioè un'altra contro-riforma, anche in questo caso scavalcando il parlamento, con la quale si ridimensiona il ruolo e il peso del SSN a favore di fondi e di assicurazioni cioè a favore della speculazione finanziaria.

Ritorna il dubbio di prima:

- se questa pensata è del ministro allora il M5S farebbe bene a prendere tempestivamente delle misure almeno di contenimento,
- ma se questa pensata è del M5S allora il gioco sporco diventa una vera e propria truffa politica.

Chi ha votato per questo movimento di certo non l'ha fatto per fare il gioco delle assicurazioni e degli speculatori e meno che mai per farsi rubare da costoro i propri diritti. Da nessuna parte del programma di governo sta scritto che bisogna far fuori il Ssn e sostituirlo con il sistema multi-pilastro di berlusconiana memoria.

A parte questa cosa madornale, che, per la verità, dal M5S non mi aspettavo, ma che ci spiega perché questo governo al tempo

della legge di bilancio, non ha mosso un dito per trasformare gli incentivi fiscali del welfare aziendale in risorse per rinnovare i contratti, vorrei richiamare la vostra attenzione sulla motivazione politica di questo ribaltone.

Si dice, in sostanza, che dobbiamo cambiare sistema per ragioni di "sostenibilità" questo vuol dire che:

- il ministro, siccome non ha evidentemente una strategia per garantire al sistema sanitario pubblico la sostenibilità in altro modo, si vede costretto ad affondare il sistema cioè a privatizzarlo,
- le politiche finanziarie per la sanità, sin qui adottate da questo governo, sono acqua fresca perché in questo contesto di recessione economica è impensabile dare soldi al privato e dare soldi al pubblico, per cui questo governo ha deciso verosimilmente di sotto-finanziare il pubblico per costringere i cittadini che hanno reddito ad andare nel privato,
- il ministro della salute o il M5S per mezzo del proprio ministro della salute, hanno deciso, per risanare la sanità, di non imboccare la strada del riformismo come io stesso avevo a suo tempo proposto al ministro, ma quella neoliberista.

Qui lo sconcerto diventa rabbia. Assicuro l'intero M5S, da cultore della materia, come si dice, che se volessimo fare per davvero sostenibilità, di strade ce ne sarebbero tante, senza per questo sfasciare tutto e meno che mai mettere in discussione i diritti delle persone.

Per fare davvero sostenibilità e nello stesso tempo rendere il nostro sistema più adeguato ai bisogni di salute delle persone, tuttavia ci vogliono le idee, la competenza, le alleanze giuste, il coraggio di cambiare, che, mi duole dirlo, questo ministro della salute, alla prova dei fatti, non mostra di avere.

Una pericolosa politica per gli operatori

Potrei cavarmela semplicemente dicendo che sulla questione operatori cioè lavoro, mi trovo del tutto d'accordo con quanto dichiarato a più riprese su questo giornale da Carlo Palermo, segretario nazionale Anao, che inascoltato instancabilmente continua a lanciare allarmi sulla tenuta del sistema, con Filippo Anelli, presidente della Fnomceo teso a far capire al ministro che le strade che sta percorrendo sono sbagliate, e con Guido Quici, segretario nazionale della Cimo quando riferendosi alla bozza di patto dice "disegna una nuova geografia delle professioni sanitarie molto preoccupante sia sul fronte dei requisiti di accesso sia dell'inquadramento professionale, che abbasseranno in sostanza il livello delle competenze e dei servizi con la scusa di correre ai ripari sull'urgenza di personale", (QS 28 marzo 2019).

Vorrei solo rimarcare un paio di cose:

– la filosofia del patto, sui medici e sulle altre professioni, resta quella di sempre dei precedenti governi che per garantire sostenibilità puntavano a contenere il costo del lavoro. Nel patto si parla di "una proposta di revisione della normativa in materia di obiettivi per la gestione e il contenimento del costo del personale". Quindi nel patto le professioni gli operatori non sono mai considerati un "capitale" su cui investire proprio per garantire sostenibilità e meno che mai sono previste politiche volte a capitalizzare il sistema.

– Nel patto si ripropone in modo subdolo e surrettizio il comma 566 della legge finanziaria del 2014 sia riferendosi alla questione degli "incarichi professionali" definiti dall'ultimo contratto di comparto, per intenderci gli "incarichi di funzione" quelli che si basano su operazioni di task shifting tra professioni, di fatto alludendo alla fungibilità dei ruoli per sopperire alla "carenza del personale medico" e per offrire agli infermieri "percorsi di

specializzazione adeguata per rendere meno critico il quadro complessivo del fabbisogno del personale”.

Da nessuna parte si legge qualcosa che abbia a che fare con una riforma del lavoro, con una ridefinizione delle professioni, con un ripensamento delle prassi e delle organizzazioni, al fine di fare del lavoro il motore:

- di un cambiamento virtuoso del sistema,
- di garantire attraverso di esso un grado più alto di adeguatezza dei servizi,
- di garantire un grado più alto di sostenibilità,
- di garantire un grado più alto di fiducia sociale.

Il ministro a tal proposito non sembra avere alcun interesse a fare dei dipendenti degli autori, ad andare oltre le competenze per definire impegni, a misurare il lavoro per risultati, a definire prassi a contenzioso legale zero, a fare reticoli professionali in luogo dei burocratici profili, a redimere i conflitti tra professioni attraverso una coevoluzione dei ruoli, a corresponsabilizzare i medici nella gestione, a fare della retribuzione una attribuzione, cioè a compensare in modo diverso il lavoro che produce sostenibilità attraverso la salute.

Niente di tutto questo. Il ministro pare non avere idee in proposito e il suo massimo è ritoccare i tetti per le assunzioni, quindi comunque accrescere la spesa, oltretutto in modo molto discutibile e in quantità risibili, ma senza mai compensare la crescita di spesa con una crescita di sostenibilità.

Insomma sul personale nulla di nuovo sotto il sole. Secondo me la variabile personale diventerà, fin dal breve periodo, il fattore di distorsione più forte del sistema fino a causarne un ulteriore decadimento.

Poche riflessioni politiche

Condividendo sulla bozza del patto le preoccupazioni espresse da G. Luigi Trianni su questo giornale (QS 29 marzo 2019) e ribadendo che nel documento vi sono anche proposte interessanti (ad esempio la revisione della normativa sui piani di rientro, il paternariato tra servizi, ecc.) mi limiterei a poche riflessioni politiche conclusive:

- mi chiedo se è giusto che una intesa finanziario-programmatica tra il governo e le regioni introduca surrettiziamente dei cambiamenti di sistema che, per la loro natura fondamentale, meriterebbero, da una parte, per lo meno il parere del parlamento e dall'altra quanto meno il coinvolgimento e il confronto tanto dei lavoratori della sanità che dei cittadini.
- Ritengo che non tocchi al patto decidere sul regionalismo differenziato, sull'istituzione del sistema multi-pilastro, e sul mettere in discussioni fondamentali regole come quelle che regolano ad esempio, i ruoli delle professioni. Chi pensa il contrario per me è un "temerario delle macchine volanti".
- Mi chiedo anche che fine fa la grande retorica del M5S contro le diseguaglianze che, nel documento è sparsa ovunque, quando gli effetti pratici di quel che propone il patto, sono una crescita delle diseguaglianze nel paese a meno che mi si dimostri che il sud ha il reddito che ha il nord per compensare una restrizione del servizio pubblico con la seconda gamba, che dare più autonomia e più flessibilità solo alle regioni forti non significhi acuire il discrimine con le altre regioni.
- Mi chiedo ancora se davvero il M5S o il suo ministro, (decidete voi) si rendano conto, a parte la questione di negare dei diritti, delle conseguenze finanziarie della loro proposta sui fondi integrativi impiegati, in particolare, come è scritto nella bozza di patto per fare prevenzione secondaria e per accrescere le prestazioni per la diagnosi precoce.

L'ultima grande "patacca" escogitata dalle assicurazioni. Sulle analisi di merito circa il problema tragico della appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso dei fondi integrativi rimando all'articolo di Geddes (QS 4 febbraio 2019), e a quello di Donzelli/Castelluso (QS 12 febbraio 2019) e per la questione della prevenzione soprattutto secondaria di nuovo a Donzelli (QS 18 marzo 2019). Mi limito solo a dire al nostro ministro della salute, che se si vuole davvero far saltare il banco della sostenibilità, la strada più efficace è esattamente quella indicata dal patto. I fondi integrativi, impiegati a fini preventivi, avranno l'effetto di riversare sul sistema sanitario nel suo complesso tanta di quella domanda impropria che sarà molto difficile governarla. Di sicuro il problema della sostenibilità diventerà ingestibile e questo spingerà per una ulteriore privatizzazione.

Conclusioni

Caro M5S, so che quando ti ho incontrato la prima volta, un bel po' di anni fa, per me e per molti altri della sanità, come me, sfiancati da un PD neoliberaista, eri una speranza di cambiamento, quindi con la vecchia amicizia di sempre, ti avverto, stai giocando con il fuoco.

Per un movimento post ideologico essere un neo-liberaista non mi sembra un gran risultato. Verrebbe da esclamare: tutto qui? Ho l'impressione che a noi della sanità ci stai portando a sbattere. Aggiusta il tiro. A fare danni anche gravi in sanità ci vuole poco.

Datti una regolata. Ministro o non ministro alla fine non può essere che un movimento per il cambiamento e per la moralizzazione del paese, come tu ti proponi per una ragione o per un'altra, causi la fine del SSN. Sarebbe pazzesco.

* Fonte: Quotidiano Sanità

Sostieni SOLLEVAZIONE e Programma 101

I VACCINI, LA GRILLO, LA TRIPTORELINA di Alessandro Chiavacci



[11 marzo 2019]

Riceviamo e volentieri pubblichiamo

* * *

Un governo ostaggio delle multinazionali del farmaco

il ministro Grillo se ne deve andare

Da domani i nostri figli, i nostri bambini, dovranno avere il certificato vaccinale, o non saranno ammessi a scuola. La non ammissione sarà automatica per gli asili nido e gli asili; sotto la sanzione di multe di 500 euro per gli alunni delle elementari e medie fino a 16 anni.

Abbiamo sbagliato: non abbiamo protetto i nostri figli, i nostri bambini dall'aggressione delle multinazionali del farmaco, e le conseguenze potrebbero essere catastrofiche in un futuro.

Non ha sbagliato solamente chi governa sotto il ricatto delle multinazionali, chi non si è interessato, chi non è informato, chi è pagato per dire quello che dice e privilegia il proprio tornaconto personale alla vita di milioni di bambini.

Ha sbagliato anche chi ha sottovalutato la questione, chi ha pensato "forse non se ne farà niente, siamo in Italia...", chi ha pensato alla sovranità solo in termini economici, dimenticando quanto sia importante la sovranità di tanti milioni di bambini, e di 60 milioni di italiani sul proprio corpo. **[1]**

Il ministro Giulia Grillo, che prima delle elezioni si era schierato contro l'obbligo vaccinale della legge Lorenzin, ha fatto rapidamente marcia indietro. Così potenti sono le multinazionali del farmaco e in particolare la Glaxo-Smith Kline che finanzia centinaia di medici, decine di università, decine di associazioni mediche e perfino l'Istituto Superiore della Sanità, per una cifra ufficialmente variabile fra i 13 e i 15 milioni di euro all'anno nell'ultimo triennio. **[2]**

Anzi, il ministro Giulia Grillo minaccia di estendere l'obbligo vaccinale a tutta la popolazione. Si punta ad installare in Italia, paese la cui popolazione gode di una delle migliori saluti al mondo, e il cui sistema sanitario è anch'esso ritenuto uno dei migliori al mondo, il sistema sanitario americano dove, secondo quanto afferma Robert Kennedy Jr, "oltre la metà dei giovani ha una malattia cronica". **[3]**

E questo senza parlare, ancora, della recente scelta del ministero di inserire la triptorelina, cioè il farmaco che blocca lo sviluppo sessuale dei bambini, nel prontuario

farmacologico nazionale, anzi di riconoscerne la cura e il relativo uso interamente a carico del sistema sanitario nazionale. [4]

Le conseguenze di queste scelte potrebbero essere drammatiche nel futuro. Anche se è drammaticamente tardi, è necessario che questo ministro, questo servo delle multinazionali del farmaco, sia messo in condizione di non fare più danni. Un governo che non rifiuta, nelle parole di Conte, l'aggettivo "sovranista", non può essere servo ossequiente delle Big Pharma.

Chiediamo le dimissioni immediate del ministro Grillo. Nessuna credibilità di fronte al popolo italiano può avere un governo che mantiene al posto di ministro della sanità questo irresponsabile burattino.

NOTE

(1)

https://www.ilfattoquotidiano.it/2010/06/26/vaccini-quello-che-nessuno-vuole-o-puo-dire/31909/?fbclid=IwAR2wcUzeYxa6Nx0C2GEW7Ez05_Cw0IiRG_-iVJgqT1Dhei8ta4cI0Nl29hA

(2)

<https://www.terranuova.it/News/Attualita/Codacons-Ecco-medici-fondazioni-e-universita-finanziati-dalla-GlaxoSmithKline>

(3)

https://informaresenzacensure.blogspot.com/2019/03/robert-kennedy-jr-espone-la-relazione.html?fbclid=IwAR3ewhVDU6IA8S_Q51DdGF9jBEZoxNz4oEPU52q_leohnEyCYJjKmQyKvH8

(4)

<https://citizengo.org/it/pc/169128-non-bloccate-puberta-dei-bambini-stop-alla-triptorelina-libera?tc=fb&tcid=54360634&fbclid=IwAR0-6APTMYQD8ireRLCu0wXhLN>

Sostieni SOLLEVAZIONE e Programma 101

VACCINI: PERCHÉ NO AL DDL 770

[15 febbraio 2019]



Il 28 luglio 2017 entrava in vigore la famigerata Legge Lorenzin sull'obbligo vaccinale. Sia il Movimento 5 stelle che la Lega, prima delle elezioni del 4 marzo, promisero che l'avrebbero cambiata a fondo. Invece... Invece, una volta saliti al governo leghisti e penta stellati, hanno fatto una clamorosa marcia indietro, sostenendo il Disegno di legge n. 770.

Il 770 era confermato dai capigruppo Stefano Patuanelli (M5S) e Massimiliano Romeo (Lega) e dai membri della Commissione igiene e sanità al Senato Pierpaolo Sileri (M5S), Maria Domenica Castellone (M5S) e Sonia Fregolent (Lega).

Il n.770, recante "Disposizioni in materia di prevenzione vaccinale", pende a tutt'oggi in Parlamento, che dovrebbe discuterlo e votarlo.

Secondo il blogger IL PEDANTE questo Ddl farebbe addirittura rimpiangere la legge Lorenzin.

Contro il 770, a sostegno della Legge di iniziativa popolare "SOSPENSIONE DELL'OBBLIGO" vennero raccolte, in sole quattro settimane, più di 100mila firme, di cui 75mila regolarmente depositate, il 20 settembre 2018, alla Camera dei deputati.

Firme praticamente ignorate e passate sotto silenzio dai media.

Il Presidente della Commissione parlamentare igiene e Sanità, senatore Sileri, con altri esponenti M5s, avevano dato pubbliche assicurazioni che la Commissione medesima avrebbe ascoltato in sede di "audizioni" le ragioni dei promotori della Legge di iniziativa popolare contro il 770.

Invece niente. Per "mancanza di tempo" le audizioni si sono concluse ed i promotori non sono stati ascoltati.

QUI la versione integrale del "Dossier 770", ovvero il documento che era stato preparato per sottoporlo all'attenzione della Commissione.

Più sotto la versione breve del Dossier.

* * *

Libertà di scelta

proposta di legge di iniziativa popolare
... per amore di tutti i figli

```
<!-- /* Font Definitions */ @font-face { panose-1:0 0 0 0 0 0 0 0 0 0; mso-font-charset:77; mso-generic- mso-font-format:other; mso-font-pitch:auto; mso-font-signature:3 0 0 0 1 0;} @font-face {MS ??"; panose-1:0 0 0 0 0 0 0 0; mso-font-charset:128; mso-generic- mso-font-format:other; mso-font-pitch:variable; mso-font-signature:1 134676480 16 0 131072 0;} @font-face {Arial Unicode MS"; panose-1:2 11 6 4 2 2 2 2 2 4; mso-font-charset:0; mso-generic- mso-font-pitch:variable; mso-font-signature:-134238209 -371195905 63 0 4129279 0;} /* Style Definitions */ p.MsoNormal, li.MsoNormal, div.MsoNormal {mso-style-parent:""; margin:0cm; margin-bottom:.0001pt; mso-pagination:widow-orphan; font-size:12.0pt; Times New Roman"; mso-ascii- mso-
```

```
fareast-MS ??"; mso-hansi- mso-bidi-Times New Roman";}
p.MsoHeader, li.MsoHeader, div.MsoHeader {mso-style-
link:"Intestazione Carattere"; margin:0cm; margin-
bottom:.0001pt; mso-pagination:widow-orphan; tab-stops:center
240.95pt right 481.9pt; font-size:12.0pt; Times New Roman";
mso-ascii- mso-fareast-MS ??"; mso-hansi- mso-bidi-Times New
Roman";} p.MsoFooter, li.MsoFooter, div.MsoFooter {mso-style-
link:"Piè di pagina Carattere"; margin:0cm; margin-
bottom:.0001pt; mso-pagination:widow-orphan; tab-stops:center
240.95pt right 481.9pt; font-size:12.0pt; Times New Roman";
mso-ascii- mso-fareast-MS ??"; mso-hansi- mso-bidi-Times New
Roman";} a:link, span.MsoHyperlink {Times New Roman"; mso-
bidi-Times New Roman"; color:blue; text-decoration:underline;
text-underline:single;} a:visited, span.MsoHyperlinkFollowed
{mso-style-noshow:yes; color:purple; text-
decoration:underline; text-underline:single;} strong {Times
New Roman"; mso-bidi-Times New Roman"; mso-bidi-font-
weight:bold;} span.uficommentbody {mso-style-
name:uficommentbody; Times New Roman"; mso-bidi-Times New
Roman";} span.IntestazioneCarattere {mso-style-
name:"Intestazione Carattere"; mso-style-locked:yes; mso-
style-link:Intestazione; mso-ansi-font-size:12.0pt; mso-bidi-
font-size:12.0pt;} span.PidipaginaCarattere {mso-style-
name:"Piè di pagina Carattere"; mso-style-locked:yes; mso-
style-link:"Piè di pagina"; mso-ansi-font-size:12.0pt; mso-
bidi-font-size:12.0pt;} @page Section1 {size:612.0pt 792.0pt;
margin:70.85pt 2.0cm 2.0cm 2.0cm; mso-header-margin:36.0pt;
mso-footer-margin:36.0pt; mso-paper-source:0;} div.Section1
{page:Section1;}
```

Gentile Senatrice, Egregio Senatore,

il Comitato Libertà di Scelta, che ha riunito 69 realtà tra associazioni e comitati spontanei di genitori su tutto il territorio nazionale, si è fatto promotore della Legge di iniziativa popolare *"Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva"* (AC1185), depositata alla Camera il 20 settembre scorso e accompagnata da 75mila firme raccolte in tutti i Comuni italiani in sole quattro settimane nel luglio 2018. La proposta di Legge di iniziativa popolare combina l'istituto della democrazia diretta previsto dalla nostra Costituzione con il c.d. "modello Veneto", rappresentando così istanze care all'intera maggioranza di Governo. Nonostante ciò si è preferito, nell'ottobre scorso, assegnare alla XII^a Commissione del Senato il Disegno di Legge 770 *"Disposizioni in materia di prevenzione vaccinale"* a firma dei Senatori Patuanelli, Romeo, Sileri, Castellone e Fregolent.

Con nostro rammarico, dalla lettura del testo non possiamo che constatare la perfetta continuità del DdL 770 con la *ratio* imposta dal Decreto Legge 73/2017 convertito con modificazioni nella Legge 119/2017, che ha comportato un crollo di fiducia nelle istituzioni, la rottura dell'alleanza terapeutica, l'applicazione arbitraria della norma da parte delle autorità sanitarie locali e discriminazioni ingiustificate di bambini negli asili e nelle scuole materne, il tutto in un clima da caccia alle streghe degno del Medioevo, alimentato dai mass media e da una gran varietà di *testimonial*.

All'art. 1 (*Finalità*), lettera a) del DdL 770 si legge che il provvedimento ha "lo scopo di raggiungere e mantenere le coperture vaccinali di sicurezza, anche allo scopo di proteggere i soggetti per i quali le vaccinazioni sono controindicate in ragione di particolari situazioni cliniche documentate"; non si fa alcuna menzione del soggetto sottoposto a profilassi vaccinale, ovvero la stragrande maggioranza della popolazione pediatrica, la cui protezione individuale non sembra interessare, mentre si sottolinea che la norma è intesa a "tutelare soggetti per i quali le vaccinazioni sono controindicate in ragione di particolari situazioni cliniche documentate", soggetti che secondo la rappresentazione del Governo sono dunque i principali destinatari della norma, in relazione ai quali non viene fornita però alcuna informazione, né sul numero stimato o reale, né sui benefici che concretamente potrebbero ricavare – in ragione di una diminuzione di rischi – dalla profilassi resa obbligatoria per la collettività.

Le imponenti e invasive misure introdotte dal D.L. 73/2017, e così quelle del DdL 770, risultano destinate a imporre al singolo, contro il suo diritto all'autodeterminazione sancito dall'art. 32 Cost., un trattamento sanitario di cui forse, in misura minima e comunque del tutto non palesata, beneficerà anche la stretta cerchia di coloro che, per motivi di salute, non possono vaccinarsi, cerchia peraltro che lo stesso legislatore limita fortemente sia per la tenera età in cui impone le vaccinazioni, sia per la forte stretta sull'attestazione di omissione per motivi di salute, imponendo di fatto le vaccinazioni previste dal PNPV (Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale) *erga omnes*.

Ciò è confermato dal fatto che **il legislatore non prevede alcuna misura per garantire che il sacrificio dei molti valga il bene dei pochi.**

Sotto il profilo della *sicurezza*, poiché la pratica della vaccinazione comporta il rischio di reazione avversa per chi vi si sottomette, lo Stato dovrebbe per lo meno garantire un sistema di **farmacovigilanza attiva**, sulla base del quale andrebbe valutato il rapporto tra il rischio a cui si sottopone la quasi totalità della popolazione pediatrica e il beneficio per i soggetti non vaccinabili; sotto il profilo dell'*efficacia* invece, a tutela della salute dei soggetti "non vaccinabili" e per non rendere vano il sacrificio di chi è costretto a sottoporsi a un rischio per il bene degli stessi soggetti "non vaccinabili", lo Stato dovrebbe controllare l'avvenuto stato di immunizzazione post-vaccinazione. Nessuna di queste previsioni, per altro conformi al principio ultra-solidaristico che si vuole applicare, si ritrova nel DdL 770.

Se lo scopo della legge è "raggiungere e mantenere le coperture di sicurezza", la salute dell'individuo che si sottopone a vaccinazione non è il *fine* dell'attività legislativa, ma il *mezzo* attraverso il quale si soddisfa il non meglio specificato requisito tecnico delle "coperture".

L'impostazione tecnocratica è confermata dall'art. 2 (*Piano nazionale di prevenzione vaccinale*), comma 1, laddove si legge: "Il piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) individua e aggiorna periodicamente gli specifici standard minimi di qualità delle attività vaccinali, gli obiettivi da raggiungere su tutto il territorio nazionale e le modalità di verifica del loro conseguimento". Al netto di altre raccomandazioni qualitative, gli "obiettivi" del PNPV coincidono appunto con le soglie percentuali di copertura vaccinale "di sicurezza", come previsto all'art. 1. Sempre all'art.1, lettera a) si legge che il provvedimento prevede di raggiungere le sue finalità nel "rispetto delle raccomandazioni degli organismi sanitari

internazionali in tema di profilassi, controllo, eliminazione ed eradicazione delle malattie prevenibili con la vaccinazione" (analogamente all'art. 1 della L. 119/2017, che vuole "garantire il rispetto degli obblighi assunti a livello europeo ed internazionale").

Il legislatore, rinunciando alla definizione di "standard minimi di qualità delle attività vaccinali, obiettivi da raggiungere su tutto il territorio nazionale e modalità di verifica del loro conseguimento", sta di fatto approvando a scatola chiusa il lavoro dei tecnici "indipendenti" incaricati di stendere il PNPV, e allo stesso tempo, prevedendo "il rispetto delle raccomandazioni degli organismi sanitari internazionali", si autoesclude dal processo decisionale sulla profilassi vaccinale, il che non può che tradursi nel mero recepimento da parte dei tecnici dei piani mondiali di eradicazione del morbillo, avendoli il legislatore già approvati preventivamente, quando sarebbe invece chiamato a fare lo sforzo di mettere in discussione le strategie vaccinali finora messe in campo, e in particolare **la rispondenza della vaccinazione di massa al contesto demografico, ambientale e socio-economico dell'Italia di oggi.**

Per quanto attiene l'art. 3 (*Misure per l'implementazione del piano nazionale di prevenzione vaccinale*), alla lettera c) troviamo finalmente l'obiettivo della "promozione dell'adesione volontaria e consapevole alle vaccinazioni", che a nostro parere dovrebbe essere il cardine per qualsiasi politica vaccinale, e che tuttavia viene subordinato al requisito tecnico delle "coperture di sicurezza", come confermato dall'art. 1, lettera b), dove si legge che "l'educazione e l'informazione in materia di prevenzione vaccinale costituiscono livello essenziale di assistenza (LEA) quali interventi prioritari nella **lotta contro la riluttanza nei confronti dei vaccini per l'ottimizzazione delle coperture vaccinali**" e nello stesso art. 3, lettera b) il cui fine è la "promozione delle vaccinazioni previste dal PNPV e **rimozione dei fattori che ostacolano il raggiungimento di adeguate coperture vaccinali**", ponendosi il legislatore in maniera antagonista con chi richiede l'adesione volontaria e consapevole alle vaccinazioni, concessa solo fintantoché non vada a compromettere le "coperture".

Che con questo Disegno di Legge lo Stato si ponga a garante delle coperture anziché a garante dei diritti costituzionali e della salute dei suoi cittadini, in perfetta continuità con la logica della Legge 119/2017, si evince anche dalle previsioni dell'art. 5 (*Interventi in caso di emergenze sanitarie o di compromissione dell'immunità di gruppo*), che equipara la "compromissione dell'immunità di gruppo" a un'emergenza sanitaria, mantenendo ed estendendo il ricorso alla vaccinazione obbligatoria per contrastare il calo delle coperture, come già decretato d'urgenza senza emergenza dal precedente Governo.

Al comma 1 dell'art. 5 infatti si prevede che "Qualora[...] si rilevino significativi scostamenti dagli obiettivi fissati dal PNPV tali da ingenerare il rischio di compromettere l'immunità di gruppo, [...] sono adottati piani straordinari d'intervento, che prevedono, ove necessario, l'obbligo di effettuazione di una o più vaccinazioni per **determinate coorti di nascita ovvero per gli esercenti le professioni sanitarie, al fine di raggiungere e mantenere le coperture vaccinali di sicurezza**". Nulla è dato sapere su cosa si intenda per "significativi scostamenti", avendo il legislatore demandato al PNPV la loro definizione; pertanto, se assumiamo come valida la soglia imposta dal precedente Ministro della Salute, ovvero il 95% *one-size-fits-all*, l'applicazione dell'obbligo ai "significativi scostamenti [...] **tali da ingenerare il rischio di compromettere l'immunità di gruppo** [...] per **determinate coorti di nascita**" innescherebbe **un aumento delle inoculazioni vertiginoso.**

Abbozziamo nel seguito una simulazione incrociando i dati più recenti sulle coperture e le raccomandazioni del PNPV 2017-2019:

Fascia di età	Vaccinazione	Ex Lorenzin	Copertura obiettivo PNPV 2019	Copertura oggi	Scostamento	Ex DDL 778 MSS+LEGA
1 anno	DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib	Obbligatorio	≥ 95%	94,50%	0,50%	Obbligatorio in alcune regioni
1 anno	Meningococco B	Non obbligatorio	≥ 95%	38,59%	56,41%	Obbligatorio
1 anno	Rotavirus	Non obbligatorio	≥ 95%	14,34%	80,66%	Obbligatorio
1 anno	Pneumococco	Non obbligatorio	≥ 95%	90,90%	4,10%	Obbligatorio in alcune regioni
2 anni	MPR	Obbligatorio	≥ 95%	91,65%	3,35%	Obbligatorio in alcune regioni
2 anni	Meningococco B	Non obbligatorio	≥ 95%	83,06%	11,94%	Obbligatorio
2 anni	Varicella	Obbligatorio	≥ 95%	45,60%	49,40%	Obbligatorio
5-6 anni	DTPa e Poliomielite	Obbligatorio	≥ 95%	88,70%	6,30%	Obbligatorio
5-6 anni	Varicella	Non obbligatorio	≥ 95%	31,59%	63,41%	Obbligatorio
5-6 anni	MPR	Obbligatorio	≥ 95%	85,60%	9,40%	Obbligatorio
Adolescenti	HPV maschi	Non obbligatorio	≥ 95%	10,33%	84,67%	Obbligatorio
Adolescenti	HPV femmine	Non obbligatorio	≥ 95%	64,71%	30,29%	Obbligatorio
Adolescenti	DTPa	Obbligatorio	≥ 95%	68,00%	27,00%	Obbligatorio
Adolescenti	IPV	Obbligatorio	≥ 95%	68,00%	22,00%	Obbligatorio
Adolescenti	Meningococco ACYW135	Non obbligatorio	≥ 95%	33,25%	61,75%	Obbligatorio
Anziani	Influenza stagionale	Non obbligatorio	≥ 75%	52,70%	22,30%	Obbligatorio
Anziani	Pneumococco	Non obbligatorio	≥ 75%	50,00%	25,00%	Obbligatorio
Anziani	Herpes Zoster	Non obbligatorio	≥ 95%	Minima	-	Obbligatorio

Fonti:
 PNPV 2017-2019, pag. 13.
 Min. Salute, Vaccinazioni dell'età pediatrica e dell'adolescenza - Coperture vaccinali (agg. 24 aprile 2015).
 Min. Salute, Dati coperture vaccinali (influenza).
 Min. Salute, Vaccinazione contro il papilloma virus (HPV) - Coperture vaccinali (agg. 18 luglio 2018).

[Clicca per ingrandire](#)

La simulazione assume il *normal case scenario*, quello cioè in cui un Governo in carica si attenesse alle disposizioni dell'art. 5.

L'impianto sanzionatorio previsto dalla Legge 119/2017 risulta addirittura inasprito, laddove all'art. 5, comma 4 si legge che **"al fine di tutelare lo stato di salute dei soggetti non vaccinabili per specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, i piani straordinari di intervento di cui al medesimo comma 1 possono:**

a) **subordinare**, in modo temporaneo, su base nazionale, regionale o locale, in relazione ai dati contenuti nell'anagrafe vaccinale nazionale, **la frequenza delle istituzioni scolastiche del sistema nazionale di istruzione, delle scuole private non paritarie, dei servizi educativi per l'infanzia e dei centri di formazione professionale regionale all'avvenuta somministrazione di una o più vaccinazioni"**. Così l'obbligo, rispetto alle previsioni della Legge attualmente in vigore, risulta rafforzato in due direzioni:

1) **non si prevede che si possa assolvere all'obbligo anche per avvenuta immunizzazione naturale**, come sarebbe logico non comportando in quel caso alcun pericolo per "i soggetti non vaccinabili" e come correttamente previsto dalla Legge 119/2017, ma si subordina la frequenza a scuola esclusivamente **"all'avvenuta somministrazione di una o più vaccinazioni"**. Prova ne è il fatto che l'anagrafe vaccinale, come si legge all'art. 4 (*Anagrafe vaccinale nazionale*), tra i dati che dovrebbe contenere non prevede lo stato di immunizzazione del soggetto;

2) si prevede di **interdire la frequenza ai non vaccinati "per una o più vaccinazioni" non solo ai servizi per l'infanzia ma anche alle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado; stando ai dati rilasciati dalle Regioni riguardo i "non conformi"**, la sospensione della frequenza riguarderebbe **più di un milione e mezzo di studenti**, generando inevitabilmente il caos su tutto il territorio nazionale.

Considerate le dichiarazioni in campagna elettorale degli esponenti dell'attuale maggioranza e le azioni intraprese durante la scorsa legislatura per la presentazione di emendamenti volti a eliminare il requisito di accesso per nidi e scuole dell'infanzia (art. 3, comma 3 della L. 119/2017), ci rimane incomprensibile il motivo per cui ancora oggi dobbiamo leggere, in un Disegno di Legge sostenuto da questa maggioranza, la possibilità di sospendere la frequenza

scolastica dei nostri bambini.

È doveroso far presente che **già nell'applicazione della L. 119/2017 abbiamo assistito, tra gli altri, a numerosi episodi di:**

- **esclusioni arbitrarie** basate su un'interpretazione personale delle Legge da parte dei Dirigenti Scolastici;
- **reiterate violazioni della privacy** da parte di tutto il personale scolastico;
- casi di isolamento e **discriminazione di bambini** ingiustificata e inaccettabile da parte del personale scolastico e sanitario;
- **riduzione del consenso informato a mero pro-forma.**

Senza contare i danni provocati dalla massiccia campagna mediatica contro i “no-vax”, tale da innescare fenomeni di conflitto sociale e discriminazione dei “piccoli untori” sempre più insostenibile, laddove conflitto non esisteva prima dell'avvento del D.L. 73/2017.

Non ultimo, il DdL 770 prevede il mantenimento dell'art. 5-bis L. 119/2017, dal titolo *“Controversie in materia di riconoscimento del danno da vaccino e somministrazione di farmaci”*, che riporta al primo comma: *“Nei procedimenti relativi a controversie aventi ad oggetto domande di riconoscimento di indennizzo da vaccinazione di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, e ad ogni altra controversia volta al riconoscimento del danno da vaccinazione, nonché nei procedimenti relativi a controversie aventi ad oggetto domande di autorizzazione alla somministrazione di presunti farmaci non oggetto di sperimentazione almeno di fase 3 e da porre economicamente a carico del Servizio sanitario nazionale o di enti o strutture sanitarie pubblici, è litisconsorte necessario l'ALFA”*.

Nei procedimenti relativi a controversie in materia di riconoscimento di danni da vaccino si costituiscono dunque, ai sensi dell'art. 5-bis, due soggetti, il Ministero della Salute e l'AIFA, che contestano l'istanza di riconoscimento del danneggiato. **Tale norma determina una sproporzione tra le parti che aumenta le difficoltà dei danneggiati per il riconoscimento dei loro diritti e mina il diritto al “giusto processo”**, previsto dall'art. 111 della Costituzione, che prevede lo svolgimento del contraddittorio tra le parti “in condizioni di parità”. Inoltre, la norma potrebbe generare il convincimento nei danneggiati di uno Stato a loro ostile, che non agevola la tutela dei loro diritti costituzionalmente garantiti, ma ne ostacola sempre di più il riconoscimento, confermando nuovamente l'impostazione da polizia sanitaria ereditata dal D.L. 73/2017.

Noi crediamo che la Legge debba tenere conto delle complessità del tessuto sociale odierno, in cui non esiste più il paziente che passivamente accetta quanto gli viene somministrato da un'entità al di sopra di ogni discussione: oggi l'individuo vuole e deve essere posto al centro, ha il diritto di decidere del proprio corpo e non può essere fatto oggetto di obbligo.

Reclamiamo il nostro diritto all'autodeterminazione, diritto che è e deve rimanere costituzionalmente garantito.

E fortemente chiediamo che i nostri figli non siano fatti oggetto di una Legge che in modo eccessivamente paternalistico e utilizzando il ricatto dell'esclusione sociale sottrae a noi genitori e ai medici di cui ci fidiamo la possibilità di decidere della loro salute.

Con questo spirito abbiamo steso la proposta di Legge *“Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva”*.

Grazie, in qualità di rappresentanti del Comitato Libertà di Scelta (in ordine alfabetico)

- ADER Salute e Libertà – Associazione Diritti Emilia Romagna
- Articolo 32 Libertà e salute Faenza
- Cittadini Liberi e Consapevoli Puglia
- CLi.Va Toscana Comitato per la libertà di scelta vaccinale Toscana
- CLiSVaP Comitato per la Libertà di Scelta Vaccinale Piemonte

- Co.li.bri. Libertà Brianza
- Coordinamento Vicentino
- CORVELVA
- Colibrì Puglia
- FILINS – Federazione Italiana Licei Linguistici e Istituti Scolastici non Statali
- Genitori del No Obbligo Piemonte
- Genitori del No Emilia Romagna
- Genitori del No Obbligo Lazio
- Genitori del No Obbligo Lombardia – sezione Brescia
- Genitori del No Obbligo Lombardia
- Gruppi Uniti. it
- Libera Scelta Alessandria
- Libero x tutti – Forlì
- Modilis Sardegna
- Vaccinare Informati – Trentino

Sostieni SOLLEVAZIONE e Programma 101