

Monografia

I contesti della promozione della salute: il servizio sanitario

Come introduzione alla parte monografica di questo numero di Sistema salute, dedicata al tema Promozione della salute e Sistema sanitario, abbiamo redatto una sorta di summa ricapitolativa di tutto quanto era stato pubblicato su questa stessa rivista negli ultimi due anni, dal cambiamento del titolo, attorno alla sanità italiana, con qualche aggiunta di materiali di altre fonti. Come a costituire una cornice entro la quale si collocano i diversi contributi che seguono, a formare un quadro quanto più possibile completo per portare avanti il nostro discorso di attualizzazione della Promozione della salute rispetto alle profonde modificazioni che il Paese ha subito e sta tuttora subendo.

Promozione e prevenzione. Ripensare la sanità pubblica, nuovi paradigmi e modelli.¹

Promotion and prevention. Rethinking Public Health, new paradigms and models

Lamberto Briziarelli

Centro Sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: false illusioni, bisogni, determinanti sociali e sanitari, nuovi patti per la salute

RIASSUNTO

Obiettivo dell'articolo è principalmente quello di verificare se il servizio sanitario, a circa trent'anni dalla sua istituzione, abbia soddisfatto le aspettative poste dalla legge di riforma e dai movimenti culturali e politici che avevano condotto ad essa, come anche colmato le attese ed i bisogni della popolazione. E, conseguentemente, fornire alcune indicazioni e proposte all'occorrenza. Avendo, ovviamente, come focus la Promozione della salute. Il ragionamento si sviluppa a partire dalla necessità di un ripensamento di fronte a false illusioni, poi smentite;

1. Questo tema è stato anche oggetto di una relazione (Da bisogni e profili ad un programma globale di salute) in un Convegno "Dai bisogni di salute ad un programma globale di prevenzione. Il Piano nazionale di prevenzione 2014-2018", Arezzo 26 giugno 2015.

come risulta dall'analisi dei compiti della sanità e dal mancato raggiungimento di molti degli obiettivi di salute. Sulla base delle positive aperture del Piano nazionale di prevenzione e attraverso il richiamo alle indicazioni degli organismi internazionali per una "fase nuova" nel campo della sanità, fornisce indicazioni circostanziate per una salute e sanità 2.0 che sappia rispondere alle nuove sfide. Anzitutto con la revisione di paradigmi, con la costruzione di nuovi modelli operativi nel rapporto fra salute e politica, fra servizi e popolazione. Con nuovi patti fra cittadini e istituzioni, fra tecnici, politici e popolazione, fra utenti e operatori. In nome di valori e principi sempre validi e spesso dimenticati, ricollocando la persona al centro del sistema.

Key words: fakes, needs, health and social determinants, new health agreements

SUMMARY

The article aims mainly to ascertain thirty years later the achievement of health service objectives, according both to health reform law and population needs, as well as to the cultural and political movements. Secondly focusing into the Health Promotion some indications and proposals are offered.

Starting from a rethinking towards false hopes, the author demonstrates how services have not completely attained their objectives of equity, solidarity, universal access to the services provided throughout the nation. Then, having in mind both the new National Prevention Plan and International organization for a new phase recommendations as well, towards a Health and Health services 2.0 indications and suggestions are provided. Paradigms and models have to be revised in order to implement new operational ways between health and politics, services and users. On these purposes new agreements are needed, having the people as system center.

1. Necessità di un ripensamento, dopo un lungo periodo di illusioni smentite e di riflessi negativi sulla sanità e la salute

Da quando, sul finire del 2013, abbiamo avviato su questa rivista una riflessione, con l'aggiunta al titolo delle parole "Sistema Salute", si è fatto sempre più forte il convincimento che sia necessario un cambiamento, un'inversione di tendenza; se non ricondotta a sistema con il complesso del Paese, la sanità rischia di vedere allontanarsi sempre più il raggiungimento degli obiettivi di salute della popolazione previsti nella oramai lontanissima 833 ma sempre attuali. Pur lavorando bene in diverse regioni italiane. E quindi appare assolutamente necessario dare luogo ad un serio

ripensamento.

Dal 1960 ad oggi abbiamo vissuto di grandi illusioni, di cui vale la pena segnalare le tre più incisive.

Dopo Pasteur e l'inizio della conoscenza sulle malattie infettive, comincia un lungo cammino di medicina scientifica, segnato da grandi eventi rivoluzionari che col tempo hanno mostrato di non poter soddisfare tutto quanto promesso o sperato.

Con i vaccini è stato realizzato un primo controllo di grandi flagelli ma il salto vero si è compiuto con l'avvento degli antibiotici, strumento essenziale di lotta antimicrobica. Dopo molti anni, nonostante ciò, con l'uso scriteriato di questi farmaci ed altre spericolate operazioni nel mondo della ricerca e dell'economia,

si sono sviluppate nuove ed altrettanto terribili endemie ed epidemie da agenti contro i quali non abbiamo efficaci armi di difesa. E che ripropongono nuovi flagelli per l'umanità. Le stesse certezze nella pratica vaccinale sono state messe in discussione, ancorché in modo surrettizio e privo di reali fondamenti. Il tornante della nosografia, dalle malattie infettive trasmissibili a quelle cronico degenerative, ci ha fatto assistere ad un altro grande miracolo; con l'armamentario farmacologico, con le terapie sostitutive ed i supporti biomedicali in generale siamo stati convinti che quasi tutte le malattie potessero essere combattute e vinte. Come aveva preconizzato qualcuno, però, le malattie sono state curate ma non guarite; una grande percentuale della popolazione sopravvissuta, scampata a morte sicura, è composta di invalidi, parzialmente validi o disabili, con ridotte capacità, vitali e lavorative, che hanno bisogno di assistenza continua, farmacologica, protesica, economica, umana. Il terzo evento non avviene all'interno della medicina e della sanità ma induce in esse conseguenze non secondarie. Con la fine della guerra fredda e l'affermarsi del capitalismo come unica dottrina mondiale nell'organizzazione degli stati, nell'ultimo decennio del ventesimo secolo si fa strada un'illusione ancora più grande (e pericolosa): con la promessa che attraverso la globalizzazione, il libero mercato e la finanziarizzazione dell'economia tutti saremmo diventati più ricchi, il mondo avrebbe vissuto una crescita come mai prima, continua e infinita. Ma in queste cose, in realtà, era contenuto un virus ancora più pericoloso di quelli che hanno riaperto la strada delle grandi epidemie: il neo liberismo, residuo della dottrina reganiana e tatcheriana, che propa-

gandava un "nuovo universalismo" basato sul "centralismo dell'individuo" e sui meccanismi del libero mercato (1,2). Qui si dimostra la scarsa capacità del nuovo governo dell'economia, la sua improvvisazione e la poca attenzione e rispetto dei fondamenti stessi del pensiero liberale, nel quale era largamente previsto che il liberismo avrebbe avuto come conseguenza inevitabile l'individualismo. Già Bedeschi, uno degli studiosi del liberalismo, molti anni or sono aveva affermato che "senza individualismo non c'è liberalismo" (3). I nuovi epigoni hanno mancato del tutto, per non aver saputo evitare le conseguenze nefaste di un individualismo incontrollato e di una conflittualità e competitività permanenti tra gli individui. E per aver impresso all'intero mondo un programma di sviluppo incontrollato.

Paradossalmente, "è stato osservato che nelle fasi di sviluppo economico si riscontra un aumento dell'inquinamento ed una maggiore esposizione ad agenti ambientali pericolosi, un aumento del traffico ed un conseguente aumento degli incidenti stradali, un aumento degli infortuni sul lavoro, una maggiore distribuzione della ricchezza che consente a più persone di sostenere stili di vita rischiosi per la salute" (4).

Ma la grande crescita ed il migliore reddito sono divenuti solo un sogno per la quasi totalità delle genti. Secondo Piketty, accreditato definitivamente dopo un'iniziale tiepida e sospettosa accoglienza, come confermato recentemente anche da Stiglitz, il 90 % della popolazione mondiale negli ultimi trent'anni non ha migliorato le proprie condizioni economiche; le grosse rendite del mercato finanziario hanno impinguato solo le tasche del restante

10%, che detiene quasi la metà dell'intero patrimonio mondiale. La forbice tra ricchi e poveri si è allargata in modo incredibile, tanto che più di qualcuno ha già parlato della necessità di un ritorno alla lotta di classe.

In realtà è una riproposizione alquanto illusoria, anch'essa, in quanto siamo in condizioni molto diverse dalla classica divisione marxiana in presenza di blocchi sociali ben definiti; oggi registriamo una stratificazione sociale incerta, divisa in settori non ben definibili, "un vulgo disperso" fatto di diverse componenti tra loro non solidali, in cui si possono identificare quattro-cinque gruppi: un ceto medio alto (i veri grandi ricchi: grossa borghesia, professionisti) benestante ma impaurito; un ceto medio-basso in via di impoverimento che sente sempre più eroso il proprio livello di vita e intravede lo spettro della povertà; un proletariato ridotto e con poca voce, mistificato, nel quale si mescolano lavoratori dipendenti e partite IVA; un sottoproletariato che comprende una marea di gente in cerca di sistemazione, precari, disoccupati iniziali e di ritorno, immigrati, ma anche pensionati al minimo, vedovi e vedove soli, ecc. Un nuovo lumpenproletariat molto composito.

Il nemico di classe potrebbe essere individuato, anche se non tanto sicuramente ma non ci sono i suoi avversari.

Si apre uno scenario tutto politico, non sviluppabile in questa sede né compreso nei compiti della sanità ma esso richiede da parte nostra una continua attenzione ed un'altrettanto attenta riflessione, specie da parte di coloro che si occupano di prevenzione e di promozione.

2. False rappresentazioni

Le illusioni sono state alimentate da false

rappresentazioni, di cui vale la pena ricordare solo due, l'uso del PIL come icona significativa di sviluppo e benessere (falsità oramai chiaramente smentita) e le medie di Trilussa applicate agli indicatori sanitari. Saremmo (il condizionale è d'obbligo) tra i meglio messi, nell'intero mondo, stando alla speranza di vita della popolazione ed alla mortalità generale, alla mortalità neonatale (dal 6 al 2 per mille dal novanta ad oggi), alla qualità complessiva dei servizi sanitari dell'intero Paese. L'ultimo rapporto dell'OMS (5) ci vede al secondo posto per la speranza di vita (femmine 85, maschi 80, aumentati rispettivamente dalla fine del secolo scorso di 5 e 6 anni). Ma se guardiamo dentro ai numeri ci accorgeremo di un'altra illusione o mistificazione, come vedremo più avanti. E come è ampiamente discusso nell'articolo di Romagnoli in questo stesso fascicolo.

Il quadro è completato compiutamente guardando meglio agli influssi negativi sulla sanità e sul sistema dei servizi dovuti alle restanti azioni dell'intera società.

Dagli anni '90 in poi, nel Paese, siamo passati dalla tassazione progressiva a quella regressiva, dalla condivisione dei rischi (il sistema solidale previsto dalla 833) al pagamento a prestazione, dalla pianificazione basata sui bisogni della popolazione alla fornitura su domanda. Con la conseguente riduzione della copertura dei bisogni sanitari e sociali, la comparsa di forme più o meno spinte di compartecipazione e la ricomparsa di forme di assicurazione privata, anche per la prevenzione (6).

In generale "le conseguenze sociali della crisi (economica ndr) – perdita del lavoro, problemi abitativi, povertà, ecc. – sono determinanti di bisogni sanitari incredibilmente crescenti,

l'assistenza sanitaria è progressivamente trasformata in un bene commerciabile", "in Italia la crescita della spesa sanitaria tra il 2000 ed il 2010 è stata la più bassa tra le 34 nazioni europee dell' OECD, con l'imposizione di selvaggi tagli al bilancio della sanità (progettato di 25-30 miliardi di euro tra il 2012 ed il 2015)" come denuncia il Global Health Watch (7).

Tutto ciò comporta inevitabilmente un aumento della spesa per gli utenti, la riduzione di forme dell'assistenza, la riduzione di cure specialistiche e la diminuzione dell'accesso alle prestazioni, che riguardano in particolare i gruppi socio-economici più esposti, come ampiamente dimostrato da alcune recenti ricerche (8).

La spesa pubblica è scesa dell'8% mentre quella privata è salita del 12,3%, principalmente per l'acquisto di medicinali, cresciuto del 117,3% tra il 2008 e il 2013 (9) e, viste le preoccupazioni del Governo rispetto alla sostenibilità del SSN, "le riforme per acquisire maggiore "efficienza" potrebbero ben condurre ad una sempre maggiore privatizzazione del sistema sanitario" (10), e ancora: "quando un sistema sanitario è finanziato attraverso il pagamento diretto delle prestazioni (pagamento out of pocket) tutti pagano lo stesso prezzo indipendentemente dalla loro condizione economica" (11). Con buona pace dell'eguaglianza dei cittadini e del principio di sussidiarietà e di solidarietà.

3. I compiti della sanità

Oltre alle illusioni ed alle false rappresentazioni di cui abbiamo appena parlato, attorno alla salute dei cittadini si compie ancora un'altra mistificazione, la pretesa o l'idea che alla sanità spetti la responsabilità globale della sua tutela, a prescindere. E quindi molti fenome-

ni negativi vengono presentati sotto lo slogan assai diffuso di "malasanità". Oltre a grandi meriti la sanità senza dubbio ha lacune e carenze tuttavia, senza indulgere in inutili corporativismi o in pericolosi disfattismi, occorre distinguere ciò che deriva dalla cattiva qualità degli operatori e dell'assistenza quanto invece è conseguenza della cattiva amministrazione, dell'insufficienza delle risorse, delle politiche dei governi centrali e regionali, che si riflettono negativamente sul servizio sanitario. Come largamente dimostrato da numerosi ricercatori, italiani e stranieri, con dati di fatto (un'abbondante bibliografia in proposito è riportata in 12).

Cerchiamo di ragionare su questo aspetto, su cui ero già intervenuto, nel 2011, in occasione delle celebrazioni del 150° dell'Unità d'Italia (12), mettendo in evidenza l'involuzione del nostro SSN rispetto ai fondamenti stabiliti nella legge istitutiva dello stesso e in una qualche misura il tradimento delle lotte dell'intero Paese che avevano condotto a quel traguardo. Ora, a supporto di quella tesi, citerò ciò che dicono i rapporti di organizzazioni internazionali, ben più importanti delle mie personali opinioni.

L'OMS già nel 2008 (13), proprio a trent'anni da Alma Ata, e della nostra 833, indicava chiaramente che l'assistenza sanitaria di base non era stata completamente realizzata per tre ordini di ragioni:

- la concentrazione dell'attenzione sull'ospedale, le cure specialistiche e l'assistenza terziaria
- la salute come bene commerciabile e la privatizzazione dei servizi (conseguenza dell'aziendalizzazione, nota mia)
- la frammentazione delle attività e la ver-

ticalizzazione dei servizi, (tipicamente rappresentata da noi nei Dipartimenti di prevenzione, della psichiatria e delle dipendenze, nota mia), più in generale con una compartimentazione dei servizi per problemi, malattie, singoli interventi.

L'ONU, nel 2012 (14), interviene sul tema dell'universalità del SSN e della copertura globale dello stesso, richiamando la necessità

- di azioni di assistenza sanitaria di base e di protezione sociale per garantire l'accesso di tutti ai servizi, con particolare riguardo ai meno abbienti (la copertura universale della nostra 833)
- che tutti abbiano accesso ai servizi preventivi, curativi e riabilitativi (ancora la 833), per evitare danni economici
- di promozione di politiche multi-settoriali, piani per il controllo della cronicità e piani per la prevenzione.

Mi associo a Maciocco nel sostenere che queste affermazioni “vanno considerate una condanna implicita delle politiche neo-liberiste precedenti (per anni colpevolmente tollerate...) e l'inizio di una fase nuova più promettente per la salute globale” (11).

La sanità, dunque non è scevra di difetti e per la parte di sua specifica competenza anche ad essa è impellentemente richiesto di partecipare alla realizzazione di questa “fase nuova”, operando una revisione del proprio mandato, con un allargamento dell'ottica degli interventi, passando dall'attenzione ai soli rischi a quella dei bisogni, verso una prevenzione allargata, contribuendo per quanto possibile alla Promozione della salute globalmente intesa.

3.1 Qualcosa si muove, il PNP tra prevenzione e promozione

L'intesa tra Stato, Regioni e Province autonome ha approvato il nuovo Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) per il periodo 2014-2018, impegnando le Regioni ad approvare il proprio Piano Regionale (PRP) entro il 31 maggio 2015.

Volendo essere ipercritici potremmo dire che siamo ancora nell'ottica sconfessata dalle organizzazioni internazionali, di Piani sanitari settoriali (e non globali nel senso della “Salute in tutte le politiche”) ed ancora in qualche modo verticalizzati. Questo tema, in verità, è stato più volte sollevato ed in alcune Regioni anche applicato ma è lungi dal divenire patrimonio dell'intero Paese. Tuttavia una lettura attenta ci può far dire che qualcosa si muove anche a livello del Governo centrale. Mi limito a poche righe, perché la materia è certo ben nota a tutti i lettori.

Il PNP, nella sua visione complessiva afferma “il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare” ed adotta “un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze”.

Nell'indicazione delle priorità di intervento e dei criteri per la definizione dei macro obiettivi, sono indicati molti elementi di valore strategico, tra cui una sistematica attenzione all'intersectorialità ai vari livelli del sistema. Elementi tipici della Promozione della salute. Questa si ritrova indicata all'interno di tutti i macro obiettivi, come elemento di riferimento, intesa sia nella sua accezione globale che di educazione alla salute, di empowerment e di partecipazione della popolazione. Qui si assiste con piacere ad una ripresa di temi presenti nella 833 e travisati invece nelle leggi degli

anni '90.

Diverse Regioni hanno proceduto in tal senso, come Toscana ed Umbria.

La Regione dell'Umbria ha recepito il PNP assumendo integralmente

- a) l'applicazione della visione, dei principi, delle priorità della struttura dello stesso
- b) la preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi ed azioni, con cui realizzare tutti i macro obiettivi e gli obiettivi centrali
- c) la definizione degli elementi funzionali ai programmi regionali individuati

ed ha avviato un processo virtuoso per l'elaborazione del PRP, con il coinvolgimento di numerosi operatori ed esperti della regione, attraverso la creazione di tavoli attorno ai quali i diversi soggetti elaborano le proposte definite dall'Assessorato, nelle quali sono stati già individuati i macro obiettivi e gli obiettivi specifici.

Le premesse ci sono, dobbiamo solo incrociare le dita, come si vede fare sempre più spesso, nella speranza che tutte le Regioni, nell'applicazione, operino virtuosamente e non tradiscano il loro mandato, come invece abbiamo potuto vedere nel corso degli ultimi anni. Le critiche sollevate infatti, già da tempo, nei confronti delle Amministrazioni regionali non sono poche e ben documentate (15,16,17, 18, 19).

3.2 Per una fase nuova, bisogni, determinanti, profili di salute

Per attuare questa che l'ONU ha chiamato "fase nuova", bastano poche parole per richiamare all'attenzione gli elementi di fondo dell'operare poiché oramai da diversi anni ab-

bondanti sono state le prediche ed i richiami da parte di molti analisti delle politiche sanitarie, non solo igienisti ed epidemiologi, da studiosi di altre discipline come molti economisti sanitari e politologi.

Il primo punto è quello che qualifica l'intero discorso,

- ripartire dai bisogni della popolazione rispetto alla nuova e più preoccupante stagione che stiamo vivendo,
- individuando quindi con maggiore precisione i determinanti della salute (negativi e positivi) da porre alla base degli interventi di ogni comparto della società, nell'ottica della "salute in tutte le politiche" centrando il fuoco su quelli sociali, come indicato abbastanza chiaramente dall'OMS negli Obiettivi di sviluppo del Millennio (20) e ribadito in forma assai più precisa nel rapporto della Commissione sui determinanti sociali della salute (21)
- disegnando profili di salute delle popolazioni, osservate nei loro ambienti di vita e di lavoro, rispetto alle loro condizioni sociali ed economiche.

Queste sono operazioni di stretta pertinenza della sanità, per le quali essa ha competenza sufficiente, maggiore di altri soggetti, derivante non solo da capacità tecniche specifiche ma soprattutto dalla sua possibilità di esercitare quella sintesi epicritica propria degli operatori della sanità, nelle loro funzioni preventive, curative, riabilitative, che assommano le molteplici competenze, cliniche, assistenziali, epidemiologiche, igienistiche. Ovviamente in stretto rapporto con gli studiosi della altre discipline complementari necessarie all'analisi globale ed allo studio delle popolazioni.

Peraltro già entrate in uso in qualche regione

italiana (22). Per una “fase nuova” ha preso posizione anche lo Stesso Ministero del lavoro e politiche sociali (23).

4. Salute e sanità 2.0

La sanità sta facendo il suo lavoro, che tuttavia non sembra adeguato al passo dei tempi. Intanto perché non è vero che si sta meglio. Leggendo all'interno dei dati epidemiologici e di funzionamento, come dicevamo prima, qualcosa non quadra. La posizione del nostro Paese, rispetto alla sanità, nei posti alti della classifica mondiale non corrisponde alle profonde differenze che in esso sussistono, guardando con attenzione a quanto avviene nelle sue diverse parti. La Regione dell'Umbria, ad es., è scesa dal 3° al 7-8° posto nella graduatoria nazionale.

Se è vero che numerosi italiani stanno meglio, la maggioranza è composta da altri che stanno così così e da molti altri che stanno peggio. Comunque stanno molto peggio dei primi due gruppi; nonostante i diritti sanciti dalla costituzione, le differenze in salute si allargano di molto fra le diverse stratificazioni sociali della popolazione. Permangono le vecchie differenze: di genere, di classe, di colore della pelle, di residenza, nell'accesso ai servizi e nei trattamenti. La migrazione per ragioni sanitarie non si è mai arrestata e sta riprendendo forza. Come dice ancora l'OMS, parlando del programma per gli anni 2020 (24), “le disuguaglianze si sono grandemente accresciute nelle decadi precedenti. Inaccettabile”. In primo luogo la quantità di anni vissuti è molto diversa fra gli appartenenti ai primi due gruppi sopra ricordati, superiore di diversi anni rispetto agli altri.

Ma ancor più diversa è la qualità di vita vissu-

ta nell'anzianità. L'aspettativa di vita in buona salute, sempre dai dati dell'OMS, è di soli 73 anni. Ma il dato è ben diverso nei gruppi svantaggiati della popolazione degli ultra 70-75, nei quali si ritrova un gran numero di persone portatrici di diverse patologie, con progressivo scadimento delle capacità vitali e riduzione delle capacità sensitive, ridotta potenzialità economica, bisognosa di assistenza di vario genere che spesso non è in grado di ottenere.

Per non parlare dell'incidenza di varie forme morbose, che mostrano ugualmente un gradiente che non possiamo non chiamare di classe; in tutta Europa le malattie cardiovascolari sono i maggiori fattori di disuguaglianza e costituiscono rispettivamente il 33 ed il 50 % per uomini e donne di quelle associate con il livello di istruzione.

Ugualmente elevate le differenze di genere, dove si registrano condizioni particolari. In tutta Europa le femmine hanno una durata media della vita superiore ai maschi di circa 7,5 anni ma negli anni vissuti in più fanno registrare condizioni di disabilità maggiori degli uomini che, a parità di anni, possono passarne una maggiore quantità in condizioni migliori.”Le donne, negli anni residui di vita vissuti, non godono di buona salute, presentando proporzioni più elevate non solo negli anni vissuti con limitazioni severe e moderate nelle attività ma anche per quanto riguarda le malattie croniche, nonché la salute percepita”(25).

Peraltro, traumi e tumori (soprattutto del polmone) sono fattori di disuguaglianza in salute importanti a sfavore degli uomini. E così rispetto alle patologie, nonostante i valori ridotti di mortalità, non vi sono segni di

riduzione (ed anzi di aumento) per malattie del sistema nervoso, apparato muscolo scheletrico, sistema endocrino, disordini mentali e comportamentali (26).

La salute e la sicurezza nel lavoro non migliorano affatto, ci si preoccupa solo, senza purtroppo riuscirci, di sicurezza del lavoro ma non sul lavoro; dalla 833 e dalla L.300 siamo passati al 626, al nuovo TT.UU., alla rivisitazione dell'art.18, senza cambiarne la struttura, compiendo così diversi passi indietro (27).

I ripetuti e inutili tentativi di riforma del SSN, gli scarsi investimenti in prevenzione e promozione della salute, gli alti costi associati spesso a basse performance, il totale predominio dell'economia hanno limitato fortemente le potenzialità della sanità e ridotto i livelli di salute.

“La salute non può essere assimilata ad uno “star bene” distinto e polarizzato rispetto alla malattia ma va vista come una condizione vitale che si dispiega in tutte le età e situazioni nel corso della vita: Benessere e malessere, agio e disagio, star bene e star male si alternano, si rimandano, coesistono, hanno bisogno ambedue di cura” (28).

Torna qui puntuale il discorso di salute come “equilibrio” sostenuto da A.Seppilli, fin dagli anni “60, che richiede un’attenzione uguale ai malati, con la cura ed ai sani, con la prevenzione.

5. La risposta alle grandi nuove sfide

Mi sembra soprattutto che la sanità non sia in grado di rispondere, nelle condizioni attuali, alle grandi sfide che abbiamo di fronte all'inizio del terzo millennio:

- i grandi cambiamenti demografici e le nuove patologie, il disagio sociale

- i nuovi sistemi di relazione ed i diversi modelli di socializzazione, i nuovi lavori
- le nuove disuguaglianze create dall'austerità, che aggrava in modo considerevole ciò che il servizio pubblico può fare
- il permanere della prevalenza del tradizionale modello bio-medico rispetto a quello di tipo bio-psico-sociale, più attento ai bisogni complessivi ed alla centralità della persona
- il nuovo modello viene fortemente contrastato dalle nuove frontiere della ricerca scientifica nel campo bio-medico, dall'ingegnerizzazione della medicina, dalla genomica, dalla sproporzione fra l'enfasi posta sulle cure individuali rispetto all'intervento collettivo e dall'individualismo sanitario che nega la solidarietà.

Il programma dell'OMS per il 2020 sembra lanciare un appello “ad uscire da un meccanismo che ha ben poco funzionato: i sistemi sanitari si sono poco riformati, hanno investito pochissimo in prevenzione-promozione, hanno mantenuto alti costi e basse performance rispetto al miglioramento della salute e benessere” (28).

6. Che fare? Verso una revisione dei paradigmi e dei modelli. Tra servizi e politica

La domanda che apre questa breve conclusione non è scelta a caso, perché ci si trova, come quando fu posta, nella stessa difficile situazione: siamo in presenza di una profonda rivoluzione dei paradigmi e dei modelli che hanno governato la società sin quasi la fine del secolo breve e non abbiamo ancora costruito nessuna nuova ipotesi di lavoro. Soprattutto perché la partita oggi si gioca su terreni diversi, da un

lato il sistema societario nel suo complesso e dall'altro la sanità, ciascuno posto di fronte a gravi problemi.

La mia impressione, sarò forse semplicista, è che occorre guardare un po' indietro e ripensare a ciò che abbiamo fatto nei due decenni che hanno fatto seguito all'immane cataclisma della seconda guerra mondiale. Una sorta di ritorno alle origini, quanto ai principi.

Non c'è dubbio che tra oggi ed allora ci sono molte differenze e che attualmente disponiamo di potenzialità molto maggiori, abbondanza di risorse tecnologiche e strumentali e, complessivamente, finanziarie.

Ma le sfide che dobbiamo affrontare non sono minori di allora; ne esaminerò solo due, strettamente interconnesse. Il crollo dei regimi comunisti dell'Est ha consacrato il capitalismo come unica dottrina economica che tuttavia non ha saputo contenere o governare la globalizzazione da un lato e il dominio totale della finanza sull'economia, con le conseguenze economiche e sociali che abbiamo visto sopra. Ma ancora più gravi sono le conseguenze sulla modifica del tessuto e dell'organizzazione della società, caratterizzate da un processo di destrutturazione (si veda l'abbondante produzione di Zygmunt Bauman (29, 30, 31) dei suoi tradizionali "tre livelli di microstruttura (la famiglia), mesostruttura (partiti, sindacati, movimenti) e macrostruttura (società nel suo insieme ed economia)").

Con la sostanziale scomparsa delle mesostrutture, sostituite dal rapporto diretto tra gli individui attraverso la rete ed un'ipertrofia della megastruttura, con l'assoluto dominio dell'economia e della finanza". "La più grande crisi ecologica (ed economica, aggiungo io) si svolge congiuntamente al più grande mutamen-

to comunicativo e decisionale" (32). E viene qui richiamato un grande storico, quando a proposito di interconnessione a distanza, afferma che "anche se gli studenti di Berkeley, Berlino e Bangalore condividono un insieme di interessi simili, questi non si traducono in una comunità. Lo spazio conta. E la politica è fondata sullo spazio" (33).

Qui torna puntuale ed attualissimo - con la validità dei ricorsi - il richiamo di Alma Ata e della 833 al ruolo fondamentale della comunità. E della necessità di ricostruire i corpi intermedi della democrazia (34).

Oggi come allora - fischia il vento, urla la bufera, ci verrebbe da dire - ci troviamo di fronte agli stessi problemi, con la necessaria ricostruzione di altre macerie, quelle morali, culturali e politico-partitiche, nel trovare nuove forme di cittadinanza e convivenza, ricostruendo i corpi intermedi su cui si basa la struttura democratica del Paese, ricreando rapporti solidali e fiduciari fra gli individui, fra questi e lo Stato e le istituzioni, in una parola ricostruire il Paese.

Altrimenti la sola sanità, anche con una buona prevenzione come quella che in diverse parti stiamo facendo, non basta.

Non possiamo non considerare tutto ciò, chiamandoci fuori e ritirandoci nel nostro mondo di sanitari ma impegnandoci anche in questo campo, soprattutto perché da esso dipendono i nostri destini.

Venendo a noi, non ho molto da dire, perché gli articoli che seguiranno porteranno contributi fondamentali alla discussione proponendo soluzioni di grande valore teorico e significato operativo immediato.

Solo poche frasi per richiamare le parole d'ordine e le linee guida che, a mio parere, riman-

gono le stesse anche se gli strumenti applicativi forse cambieranno; ma i soggetti sono gli stessi: la centralità della persona e dei suoi bisogni, la parità e la dignità, la comunità rimangono imperativi categorici, non negoziabili. Come anche il richiamo alla riassunzione di responsabilità da parte dei cittadini e quindi il ripristino della partecipazione degli stessi. Non si può non ricordare quanto Maccacaro scriveva in proposito negli anni 60 e 70 (35). Si apre qui un ampio scenario, legato ad una riflessione fatta da alcuni, partendo da uno studio sul coinvolgimento di utenti e familiari nei servizi di salute mentale. Nei lavori di questi autori “si evidenzia il rischio che le pratiche di partecipazione messe in atto costituiscano forme di “cittadinanza diminuita” in cui il cittadino partecipa solo in quanto utente o familiare e in cambio di un adeguamento alla cultura ed all’organizzazione del “servizio” (36). Gli autori dello studio (4) infatti sostengono che “per essere utenti esperti, l’identità dell’utente deve essere accettata, anzi deve divenire un’identità totalizzante: solo attraverso di essa si può accedere ad una forma positiva di cittadinanza.... La responsabilità di cambiare è dei singoli, le persone possono migliorare il servizio “lavorandoci dentro” soccorrendo alla carenza di risorse pubbliche”. Torna qui chiaramente l’individualismo, una filosofia che non mi sembra affatto accettabile. Emerge infatti un concetto assai strano di partecipazione, totalmente subordinata alle regole ed alle utilità del servizio, ben diversa da quella che abbiamo sempre immaginato di cittadini informati che partecipano a tutti i

livelli, dalle scelte della programmazione alla realizzazione degli interventi. Per dirla con Stefanini (36) “in un’accezione non settorializzata e predefinita ma di negoziazione ampia sulle priorità di allocazione delle risorse.... Per immaginare nuove e reali forme di partecipazione è dunque necessario pensare ad una crescita del potere contrattuale collettivo dei cittadini, all’interno di una riconfigurazione dello spazio pubblico in spazio nuovamente, e profondamente, politico”.

In queste ultime parole si concretizza l’ingrasso tra il nostro lavoro di tecnici all’interno dei servizi ma anche di attori politici per gli utenti e la collettività.

E, per finire, in grande sintesi, mi sembra che occorra:

- dare priorità alla prevenzione trascurata troppo a lungo: maggiore enfasi ed impegno sulla prevenzione, collettiva e individuale, sull’ambiente e le matrici ambientali, sui fattori di rischio individuali,
- lavorare per la Promozione, dai Profili di salute ai Patti per la salute: documentazione e informazione, comunicazione, educazione sanitaria per la presa di coscienza e la responsabilizzazione dei cittadini, il miglioramento della qualità e degli stili di vita,
- governare la sanità attraverso:
 - a) medicina di territorio completamente integrata con il resto dei servizi,
 - b) centralità del Distretto e delle comunità locali,
 - c) recuperare un pieno ruolo ai Municipi per un vero governo locale.

BIBLIOGRAFIA

1. Briziarelli L. Public health in a neo-liberal environment. In: Proceedings of International CIANS Conference "Neuropsychophysiology and Behavioural Intervention in Psychosomatics, Stress Disorders and Health Promotion". Palermo 3-6 October, 2001. Milano: Ed. CIANS; 2002, pag. 88-92.
2. Briziarelli L, Masanotti G. Salute e sicurezza del lavoro nell'Europa allargata. Riformare la sicurezza sociale, sostenere lo sviluppo economico. Educazione sanitaria e promozione della salute 2005; 28:269-282.
3. Bedeschi G. Storia del pensiero liberale. Catanzaro: Rubettino, Soveria Mannelli; 2014.
4. Negrognio L, Ierna R. L'inclusione è terapeutica? <http://www.lavoroculturale.org/questione-inclusione> cit. in Stefanini; 2010.
5. World Health Organization. World Health Statistics Geneva: WHO; 2015.
6. Briziarelli L. Promozione ed educazione alla salute oggi, fra individualismo e globalizzazione. Educazione sanitaria e promozione della salute 2006; 29:336-348.
7. Global Health Watch. An alternative world health report 4 (2014), London: Zed Books; 2014.
8. Costa G, Marra M, Salmaso S. Health indicators in the time of crisis in Italy. Epidemiologia & Prevenzione 2012; 36 (6):337-66.
9. ISTAT. Rapporto annuale 2013: lo stato della nazione. Roma: ISTAT; 2013
10. Maciocco G. Da Health for All a Universal Health Coverage. Sistema salute. La rivista di educazione sanitaria e promozione della salute 2014; 2: 170-177.
11. Maciocco G. SSN. Allarme Rosso, 28 novembre, www.saluteinternazionale.info/2012/11/ssn-allarme-rosso; 2012.
12. Briziarelli L. L'evoluzione del sistema sanitario italiano. Sistema salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute 2012; 56: 48-61.
13. World Health Organization. The world health report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva: WHO; 2008.
14. United Nations. General Assembly. Global health and foreign policy. 6 december 2012.
15. Ferrera M. The Rise and Fall of Democratic Universalism: Health Care Reform in Italy 1978-1994. Journal of Health Policy, Politics and Law 1995; 20: 275-302.
16. France G, Taroni F. The Evolution of Health Policy Making. Italy. Journal of Health Policy, Politics and Law 2005; 30 (1-2): 169-188.
17. Francese M, Romanelli M. Health Care in Italy: the National Health System, Expenditure, Determinants and Regional Differentials. Rapporto preliminare. Roma: Banca d'Italia; 2008.
18. Lo Scalzo A et Al. Italy, Health System Review. European Observatory on Health Care Systems and Policies Health System in Transition 2009; 11(6): 1-216.
19. Mapelli V. Tre riforme sanitarie e ventuno modelli regionali. In Bernardi L. La finanza pubblica italiana. Rapporto 2000. Bologna: Il Mulino; 2000.
20. World Health Organization. Millennium development goals. Geneva: WHO; 2008.
21. Commission on social determinants of Health Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission. Geneva: WHO; 2008.
22. Briziarelli L, Coletti A, Marcarelli M. Dai profili di salute ai Patti per la salute. Educazione sanitaria e promozione della salute 2009; 32:110-122
23. Ministero del Lavoro e politiche sociali. La vita nuova nella società attiva. Libro bianco sul futuro del modello sociale. Roma: Ministero del Lavoro e politiche sociali; 2009.
24. World Health Organization Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Geneva: WHO; 2013.
25. Lanari D, Minelli L. Salute e qualità della sopravvivenza in Europa. Sistema salute. La rivista di educazione sanitaria e promozione della salute 2014; 58:156-168.
26. Masanotti G. Una rassegna sullo stato di salute nell'Unione Europea, determinanti individuali ed ambientali. Sistema salute. La rivista di educazione sanitaria e promozione della salute 2014; 58:139-155.
27. Briziarelli L. Il D. Lgs. 626/94. Dal modello operaio al modello padronale. Un'altra ideologia. (in

- coll. con C. Romagnoli). *Medicina dei Lavoratori* 1995; 39: 93-100.
28. Ingrosso M. Attualità e riorientamento della Promozione della salute nello scenario sociale contemporaneo. *Sistema salute. La rivista di educazione sanitaria e promozione della salute* 2013; 3: 249-264.
 29. Bauman Z. *Modernità liquida*. Bari-Roma: Laterza; 2002.
 30. Bauman Z. *Vite di scarto*. Bari- Roma: Laterza; 2005.
 31. Bauman Z. *Futuro liquido. Società, uomo, politica e filosofia*. Milano: Albo versorio; 2014.
 32. Vineis P. Sul conflitto di interessi. *Sistema salute. La rivista di educazione sanitaria e promozione della salute* 2014; 3: 266-270.
 33. Judt T. *Ill fares the land*. (cit. Vineis) London: Penguin book; 2010.
 34. Briziarelli L. Promozione della salute dalla Teoria alla pratica, una difficile avanzata Editoriale. *Sistema salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute* 2013; 57:379.
 35. Maccacaro G.A. *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*. Milano: Feltrinelli; 1997.
 36. Stefanini A, Bodini C. Salute e partecipazione della comunità. Una questione politica. *Sistema salute. La rivista di educazione sanitaria e promozione della salute* 2014; 3:308-315.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno