

IN QUESTO NUMERO

Conclude la serie di Monografie sui contesti della promozione della salute proposta nel 2015 dalla Rivista, la *Monografia* dedicata al Servizio Sanitario, curata da *Filippo Antonio Bauleo*.

Un compito impegnativo, in considerazione degli attuali indirizzi culturali e gestionali che sempre più orientano verso la cura, centrati su criteri e indicatori economici e gestionali e molto poco sui bisogni della persona e sul suo equilibrio di salute.

Riorientare il servizio sanitario, obiettivo della Carta di Ottawa del 1986, è solo assai parzialmente perseguito.

Lamberto Briziarelli introduce l'argomento evidenziando l'esigenza di aprire una nuova fase per la Sanità, un ripensamento di paradigmi, di modelli per un nuovo rapporto fra salute e politica, fra servizi e popolazione.

E' imperativo un allargamento dell'ottica degli interventi verso una promozione della

salute globalmente intesa, utilizzando strumenti quali i Profili e i Patti di salute, focalizzando l'organizzazione sulla medicina del territorio e sulla centralità del distretto e delle comunità locali.

Agli effetti dei tagli alla Sanità conseguenti a sette anni di crisi finanziaria è dedicato il contributo di *Carlo Romagnoli*: l'Autore, analizzando in dettaglio l'andamento degli indicatori di salute globale, evidenzia un grave processo di disgiunzione tra attesa di vita e attesa di vita in salute. Sono proposte interpretazioni e gestioni efficaci e sostenibili del fenomeno.

Enza Caruso sviluppa il tema precedente passando in rassegna le politiche di spesa sanitaria adottate in Europa e in Italia. Viene esaminata l'attuale complessa architettura di budgeting per il Servizio Sanitario Nazionale italiano che grava su uno tra i più efficienti ed efficaci servizi sanitari al mondo.

Ardigò Martino et al propongono e approfondiscono, a seguire, il modello della Casa della Salute: caratteristiche, funzioni, competenze, attori coinvolti. Un modello di assistenza multidimensionale e multi-servizio che attraverso la partecipazione della comunità nella gestione delle condizioni di salute garantisce sostenibilità ed efficacia; un cambiamento di relazioni di potere e di gerarchie tra servizi e professionisti che non può prescindere da un processo di radicale rinnovamento culturale. L'articolo di *Giulia Pieri et al* è dedicato alle Cure Intermedie e all'integrazione ospedale-territorio; a partire da una panoramica internazionale è descritto il contesto normativo e organizzativo italiano ed è proposto in conclusione il National Audit of Intermediate Care per la valutazione di questi servizi.

A completamento, l'articolo di *Davide Pianori et al* presenta il modello di Ospedale di Comunità implementato nella regione Emilia Romagna; l'analisi organizzativa condotta ha evidenziato come questa struttura possa costituire una importante risorsa per i pazienti e per lo stesso Servizio Sanitario.

L'ultimo contributo della Monografia tratta la Salute Mentale, nella prospettiva della programmazione sanitaria. *Luigi Ferrannini e Francesco Scotti* introducono i problemi in

campo, le nuove direttrici programmatiche e le priorità di azione a livello regionale.

Per la sezione Altri Contributi presentiamo una review di letteratura curata da *Vincenza Gianfredi et al* sulla correlazione tra durezza dell'acqua e patologie cardiovascolari. Consumare acque dure risulta protettivo per le CVD: uno spazio di azione per l'educazione sanitaria e per azioni di sanità pubblica nazionali e locali.

Al tema del lavoro precario e alle nuove forme di organizzazioni del lavoro è dedicato l'articolo di *Paola Beatini et al* Sono presentati concetti, modelli e strumenti costruiti a livello internazionale per mettere in relazione le nuove forme contrattuali conseguenti alla crisi del 2008 e le condizioni di salute dei lavoratori. Il framework della Commissione WHO sui determinanti sociali di salute costituisce un punto di partenza di analisi dettagliata del fenomeno per ricercatori e decisori. Segnaliamo per la Rubrica Documenti il lavoro di *Luigi Colombini* sui percorsi normativi nazionali e locali sviluppati nel tempo per l'integrazione socio-sanitaria. Chiude la rubrica la Carta della Fondazione GIMBE per la tutela della salute e il benessere della persona.

Editoriale

Continuità delle cure e promozione della salute assieme: strategia per servizi efficaci e sostenibili

Continuity of care together with health promotion: a strategy for effective and sustainable services

Filippo Antonio Bauleo

Il rapporto del Censis per il 2015 evidenzia: “la situazione attuale in sanità è caratterizzata da un ormai stabile impegno economico delle famiglie, dall’erosione progressiva della spesa pubblica”, nonché le “difficoltà dei percorsi di cura”. L’OMS afferma che i sistemi sanitari si sono poco riformati, hanno investito pochissimo in prevenzione e promozione, hanno mantenuto alti costi e basse performance rispetto al miglioramento della salute. L’Osservatorio Europeo sui Sistemi sanitari e sulle Politiche Sanitarie, interrogandosi sui finanziamenti e sulla sostenibilità dei sistemi di sanità pubblica, afferma che l’equità, che dovrebbe essere garantita da un sistema sanitario pubblico, non potrà mai essere prodotta da sistemi assicurativi privati, che portano invece ad aumentare costi e inappropriately.

Alcuni anni fa ci chiedevamo: si può considerare la promozione della salute la centralità della nuova sanità pubblica? È possibile orientare il siste-

ma nella linea strategica della promozione della salute? La continuità delle cure può essere l’altro elemento centrale della nuova sanità pubblica?

Le mie esperienze professionali di direzione nel SSN, le indicazioni provenienti da istituzioni internazionali e dalla letteratura scientifica, mi portano ad affermare che un servizio sanitario pubblico efficace e sostenibile – oggi – debba avere come guida, bussola, stella polare il binomio continuità delle cure/promozione della salute.

La centralità della persona è elemento fondante della continuità delle cure, come della promozione della salute. È consolidato che l’azione di promozione della salute nei contesti di vita e di lavoro della comunità, negli interventi rivolti alla persona - nella sua interezza e nelle sue interazioni -, utilizzi gli strumenti della partecipazione e dell’intersectorialità, delle alleanze tra mondo della sanità e i tanti settori della società che giocano un ruolo sui determinanti socio-economici

di salute e sui comportamenti ad essa favorevoli. I nuovi bisogni socio-sanitari impongono di trasferire sempre più impegno e risorse dall'ospedale al territorio, dalla cura alla prevenzione e alla promozione della salute, dalla sanità di attesa a quella di iniziativa, dalla erogazione di prestazioni alla presa in carico e ai percorsi di cura.

La continuità tra le diverse aree dell'assistenza (sociale e sanitaria, primaria e ospedaliera) è elemento imprescindibile per efficacia, qualità e sicurezza delle cure e deve essere organizzata in percorsi integrati, centrati sulla Casa della Salute, le cure intermedie, il Distretto. Sono necessari chiari indirizzi politico-gestionali per una più adeguata organizzazione dei servizi – accessibile, continua, adattata, flessibile. Solo una sistematica integrazione di risorse professionali e comunitarie può consentire di gestire con efficacia polipatologie e multiproblematicità sanitarie e socio-assistenziali.

L'OMS afferma "La continuità delle cure è un importante determinante dell'efficacia, sia per la gestione delle malattie croniche, per la salute riproduttiva, per la salute mentale, che per assicurarsi che i bambini crescano in modo sano..." Per continuità delle cure si intende una articolata sequenza di azioni da parte di professionisti e servizi che permettono il procedere corretto e tempestivo di un programma assistenziale anche prolungato, attraverso lavoro di équipe, raccolta e registrazione standardizzata di dati clinici, protocolli diagnostico-terapeutici, procedure operative, percorsi assistenziali, piani di cura. Si compone di tre aspetti fondamentali:

1. continuità di relazione: continuità della relazione tra paziente e professionisti che forniscono assistenza in modo organico, coerente e attento allo sviluppo del percorso di trattamento;
2. continuità di comunicazione: la comunica-

zione tra professionisti che afferiscono ai diversi contesti assistenziali nel percorso di cura del paziente;

3. continuità di gestione: azione coordinata e integrata di più attori - professionisti, servizi, istituzioni-, attraverso l'utilizzo di piani assistenziali e percorsi di cura.

Continuità delle cure e promozione della salute assieme, dunque, nel territorio. Il territorio costituisce infatti lo snodo fondamentale nell'organizzazione dei sistemi sanitari, oggi più di ieri, come affermato dall'OMS che individua nelle cure primarie orientate verso la comunità il livello nevralgico di offerta dei servizi di promozione, prevenzione, diagnosi e cura di malattie acute a bassa complessità e croniche, che garantisce continuità di cura. Le cure primarie sono necessariamente caratterizzate da multiprofessionalità, multidisciplinarietà e integrazione sia sotto il profilo relazionale che organizzativo. In Italia la struttura operativa dell'Azienda sanitaria locale deputata a ruolo di facilitatore dell'integrazione tra professionisti, istituzioni, organizzazioni e assistiti è il Distretto, luogo e regia delle cure primarie. Costituiscono elementi consolidati di lavoro nel Distretto:

1. la valutazione sistemica dei bisogni della comunità e l'attenzione ai determinanti della salute, anche quelli socio-economici, alla base delle disuguaglianze in salute e della cronicità;
2. la definizione partecipata delle priorità;
3. l'individuazione di fattori positivi per la salute da promuovere (la struttura urbana: luoghi di incontro e socializzazione, la scuola: ciò che promuove lo star bene a scuola, il lavoro: la soddisfazione, lo stress);
4. l'utilizzo di sistemi informativi epidemiologici proattivi (costruzione di registri di patologia, stratificazione del rischio, richiamo programma-

to dei pazienti ...);

5. la costruzione di relazioni operative tra i professionisti: medici di medicina generale, pediatri di famiglia, operatori dei servizi territoriali, specialisti del territorio e ospedalieri e tra strutture territoriali e ospedaliere, che rappresenta il governo clinico distrettuale.

Elementi che pongono gli operatori sanitari di fronte a una domanda crescente di collaborazione interprofessionale e inter-organizzativa. Il termine collaborazione fa riferimento ad azioni collettive orientate verso obiettivi comuni in uno spirito di armonia e fiducia reciproci, ma comprenda anche il concetto di mutua interdipendenza. La collaborazione è il problema centrale di ogni impresa collettiva, come la sanità pubblica; si basa sul presupposto che i professionisti della salute siano consapevoli della necessità e dell'efficacia del lavoro in équipe, unico in grado di garantire un'assistenza migliore. Un modello di struttura della collaborazione individua quattro dimensioni tra loro interconnesse: due riconducibili alle relazioni tra individui e due alle relazio-

ni tra organizzazioni. Le prime due si riferiscono all'esistenza di una visione comune e obiettivi condivisi e alla "internalizzazione", vale a dire senso di appartenenza, fiducia nelle competenze e capacità reciproche. Le dimensioni organizzative includono formalizzazione delle azioni (accordi, piani, sistemi informativi, procedure) e governo strategico, linee di indirizzo politico-gestionali per sviluppare i processi di collaborazione interistituzionale e interprofessionale, nonché interventi di formazione.

Anche se c'è la crisi, e per farvi fronte. Ci sono segnali positivi. Il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 afferma il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare. Il decreto ministeriale dell'aprile 2015 sugli standard ospedalieri indirizza verso lo sviluppo delle cure intermedie, in particolare ospedali di comunità e sempre più governi regionali puntano sul modello organizzativo della Casa della Salute.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- CENSIS Il sistema di welfare. In: 49° Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2015. Milano, Franco Angeli, 2015.
- World Health Organization The World Health Report 2008. Primary Health Care: now more than ever. Geneve, WHO, 2008.
- Thomson S, Foubister T, Mossialos E Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2009.
- Atti del Seminario Nazionale di studio del Collegio Operatori S.It.I. La Nuova sanità pubblica: il ruolo e l'impegno degli igienisti, Bevagna (Perugia). Igiene e Sanità Pubblica, 2010; 46: suppl 3.
- Bauleo FA, Beatini P, Pocetta G Cure primarie, distretto, integrazione. Un sistema di buone pratiche. ESPS, 2011; 34: 64-75.
- Uijen AA, Schers HJ, Schellevis FG, van den Bosc WJHM How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. Family Practice 2012; 29: 264-271.
- D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martín-Rodriguez L, Pineault R A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Services Research 2008; 8:188.

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, derivate 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