

Promozione della salute, salutogenesi, depressione *Health promotion, salutogenesis, depression*

Lamberto Briziarelli

Riprendiamo, anche su Sistema Salute, la vecchia, buona abitudine delle testate precedenti, di richiamare l'attenzione sulla Giornata mondiale della salute. Generalmente lo facevamo nella rubrica Notiziario, riportando documenti dell'OMS o dedicandovi uno specifico scritto. Questa volta lo facciamo dedicando un intero numero ad una tematica che l'organizzazione sovranazionale considera giustamente di grande ed attualissima rilevanza, avendo chiamato la Giornata del 2017 "Parliamo di depressione".

L'allarme depressione tende a reiterarsi spesso, in forma più o meno estesa e l'ultima manifestazione si è avuta con la pubblicazione dei dati dell'Organizzazione mondiale della sanità ma i soli gridi di per sé non garantiscono una migliore presa di coscienza dell'emergenza, né la garanzia della presa in carico del problema scoperto. Sarebbe perciò opportuno che ci fosse una costante vigilanza e il monitoraggio delle misure messe in atto, anche per evitare di doversi, ad ogni allarme, porre la domanda se si tratti dell'aumento di gravità di un fenomeno conosciuto o dell'essersi finalmente accorti di un problema grave. I dati diffusi dall'OMS nel febbraio 2017 (riferiti all'anno 2015) avevano provocato un notevole allarme nella stampa e ne riferiamo esaurientemente in un successivo articolo.

I dati forniti da Eurostat nel marzo 2017 denunciavano una situazione europea più grave della media mondiale con quasi il 7% della popolazione che accusa sintomi depressivi. In Italia sembra andar meglio: solo il 4,3% della popolazione risulterebbe colpita, pari comunque a 2 milioni e mezzo di persone. Se poi, sempre in Italia, confrontiamo il bisogno di cura con la risposta sanitaria ad esso, sapremo che solo un depresso su tre riceve un aiuto e che vi è un ritardo di 3-5 anni tra la comparsa del disturbo e la sua presa in carico (1).

A partire da queste considerazioni abbiamo quindi ritenuto di dedicare questo numero alla depressione, nel tentativo di discutere l'attendibilità di questi dati, alla luce di un'analisi sulle modalità della loro rilevazione e delle differenze tra le classificazioni dei disturbi

che sono state applicate, il che rende meno trasparenti le cifre comunicate. Così come avere una visione su cosa si fa nel nostro Paese, attraverso gli scritti di studiosi impegnati nel campo specifico.

Ma, al netto degli sconti che una revisione permetterebbe, ce n'è abbastanza per domandarsi "che fare?" Una domanda semplice, anche banale, se si vuole ma di difficilissima risposta, quando la si consideri nella prospettiva della Promozione della salute. Cerchiamo di capire il perché.

In genere si afferma che ogni problema di patologia dovrebbe essere affrontato attraverso l'analisi di tre elementi: la patologia (etio-patogenesi, prevenzione, cura e riabilitazione), il contesto (l'ambiente nel suo complesso fisico e sociale, lo stato dei servizi), la popolazione interessata (con le misure di incidenza e prevalenza, distribuzione geografica e per stratificazioni sociali, differenze strutturali, ecc.). È nostro convincimento che troppo poco sia stato fatto in tal senso rispetto alla tematica di cui ci occupiamo in questo numero. Abbiamo ragione di ritenere che anche in questo settore delle malattie psichiche abbia fatto aggio la *mainstream* prevalente nella sanità: sufficiente attenzione alla cura, anche con operatori qualificati, scarsa propensione alla prevenzione, poche e sconnesse attività per il recupero e la riabilitazione. La politica sanitaria in larga misura resta sempre quella della medicina di attesa.

Le ricerche e l'impegno condotti dagli operatori del settore, di cui pure diamo esempi numerosi negli articoli pubblicati in questo fascicolo e nelle bibliografie in essi citati, non hanno trovato seguito sufficiente né un'opportuna quanto necessaria utilizzazione nelle politiche sanitarie.

Nella Promozione della salute, che pure ha avuto un riconoscimento formale nei Piani nazionali di Prevenzione, lo spazio dedicato alla salute mentale è poco praticato. Mentre è stato affrontato nel Piano nazionale per la salute mentale, emanato nel 2013 ed aggiornato nel novembre del 2016 ma in esso si parla esclusivamente di interventi nel settore della cura; le Linee guida per i servizi sanitari a ciò riservati seguono ovviamente questo indirizzo. Senza entrare nel merito dei contenuti di questo provvedimento, è importante sottolineare che esso dimostra ancora la forte separatezza delle faccende del corpo da quelle della mente (che si dovrebbero *pour cause* considerare del tutto assenti, cancellate dalla mente dei legislatori). La permanenza della divisione è rafforzata da ciò che spesso anche su queste nostre pagine è stato criticato: la scelta di Dipartimenti dedicati (prima abbiamo giustamente definiti riservati) che avrebbero subito, come è abbondantemente successo, una certa autarchizzazione, una verticalizzazione che li avrebbe separati dagli altri servizi, in particolare dalla medicina di base. Questo evento è stato fortemente stigmatizzato dagli stessi organismi internazionali che hanno indicato nella verticalizzazione dei servizi sanitari nel loro complesso (si pensi ai Dipartimenti di prevenzione o quelli delle Dipendenze) un'importante causa della crisi del Servizio sanitario italiano.

Ad onor del vero si deve ricordare che, all'origine, la creazione di servizi dedicati si era resa indubbiamente necessaria per salvaguardare l'evoluzione del movimento di rinnovamento della psichiatria, che avrebbe rischiato altrimenti una rapida involuzione; un vincolo necessario alla sopravvivenza di un apparato giovane che non avrebbe potuto sostenere altri problemi di assistenza né i frutti negativi di difetti organizzativi nell'assistenza sanitaria di base, come anche nella lotta fra ospedale e territorio, tuttora non eliminati. Purtroppo nel tempo non è stato risolto lo stesso problema dell'unità della salute mentale, non essendo riusciti a garantire al loro interno la coesione delle diverse specialità, realizzate in modo difforme nelle varie regioni: salute mentale, neuropsichiatria infantile, riabilitazione, dipendenze. Altrettante canne d'organo, che non connettono l'azione ambulatoriale con l'assistenza domiciliare, il ricovero ospedaliero, le attività residenziali, gli ospedali ed i centri diurni. L'attuale guazzabuglio delle REMS non aiuta certo la soluzione dei molti problemi.

Tutto ciò in presenza di un'elaborazione concettuale abbondante, specie a livello internazionale, accompagnata da prese di posizioni importanti e da documenti applicativi di spessore che hanno completamente dispiegato teoria e pratica della Promozione della Salute.

Una prima importante svolta si era avuta con la sostituzione, alla logica dei fattori di rischio, di una maggiore attenzione ai "determinanti di salute", attraverso la presa in considerazione dell'insieme dei fattori positivi e negativi che agiscono sulla complessità della persona inserita nel proprio ambiente di vita e di lavoro; tuttavia il contesto è stato prevalentemente esaminato sotto il profilo fisico ed i fattori considerati sono stati maggiormente quelli legati ai singoli fenomeni morbosi, senza una visione globale dell'individuo; in poche parole si è lavorato solo sui "determinanti di malattia" e poco su quelli "di salute".

I fattori di origine sociale restavano sottotraccia e sono stati messi in chiaro solo più tardi, con la creazione, da parte dell'OMS, di una Commissione apposita che ha emesso dopo qualche tempo un ponderoso ed esaustivo documento, su cui abbiamo dato notizia e discusso ampiamente anche su questa rivista, noto senza dubbio alla totalità dei nostri lettori. Nello spazio di tempo in cui si giungeva al completamento dei determinanti nelle due versioni, un geniale sociologo, Antonovski, a completamento di essi ha elaborato una teoria particolarmente interessante, Salutogenesi, che ha ridefinito in qualche misura la Promozione della salute nella sua applicazione pratica, esaltando – nella globalità del processo di sviluppo e conservazione della salute individuale – la collocazione centrale della persona, nella sua interezza, lungo tutto il ciclo della vita.

Questa teoria è stata pure presentata e discussa nella nostra rivista (2), nonché ben commentata ed arricchita in un volume (3) che sarà presentato a breve nel nostro Paese nella versione italiana.

Ce n'è dunque materia per lavorare appropriatamente in tal senso ma, purtroppo, la conoscenza è rimasta solo all'interno degli addetti ai lavori, studiosi ed operatori che fossero, spesso anche limitatamente a quelli che lavorano attorno al problema dell'Educazione sanitaria e comunque all'interno della sanità. Non è transitata nei livelli decisionali, sia centrali che periferici né ha trovato spazio nelle politiche complessive del Paese.

Su questo gap hanno certamente influito, limitando il discorso ai temi basilari della Promozione della salute (integrazione e interdisciplinarietà, non solo tra sanità e sociale bensì tra sanità e resto dei settori di governo del Paese, sia a livello centrale che periferico) due fenomeni – uno politico ed uno scientifico – che hanno largamente influenzato negli ultimi cinque lustri l'evoluzione della nostra società e non solo del servizio sanitario.

Dopo l'eliminazione dei due blocchi contrapposti e la fine della guerra fredda, con la dissoluzione dell'URSS e del blocco dei paesi dell'Europa orientale, si è affermato un credo politico unitario, basato sull'idea che solo il capitalismo fosse il sistema di governo delle società. Su questa base i *leader* delle due maggiori potenze mondiali, USA e Regno Unito, hanno promosso politiche economiche neo-liberistiche che hanno incentivato – in nome della libertà di ciascuno e di mercati liberi da ogni vincolo – un individualismo sfrenato che ha trasformato un motto latino virtuoso (*homo faber fortune suae*) in quello ben più pericoloso "*homo homini lupus*". In tutto il mondo occidentale si venivano cancellando progressivamente elementi preziosi affermatisi nel corso della seconda metà del '900: coesione sociale, solidarietà, comunità, il termine forse più interessante della Dichiarazione di Alma Ata. E contemporaneamente veniva portato un attacco violento allo Stato sociale dell'intero continente europeo e si mettevano in atto tentativi evidenti di smantellamento dei servizi sanitari nazionali e di quelli pubblici in particolare.

Un concorso all'esaltazione dell'individualismo veniva fornito, forse anche inconsapevolmente, dalla ricerca scientifica, in particolare nel campo della genetica. Dopo il grande successo di Kary Mullis con la scoperta della PCR ed il conseguente sequenziamento del DNA, la ricerca biomedica si è lanciata in una sfrenata individuazione di tutti i possibili siti genetici connessi con qualche patologia, da quelle più importanti a quelle più rare, determinando un salto all'indietro rispetto alla necessità della prevenzione e della più generale promozione della salute. In un prossimo futuro si sarebbe potuto intervenire a monte, individuando precocemente i siti premonitori e lavorare di conseguenza, magari con pratiche di ingegneria genetica atte a sostituire i geni difettivi ed anche (perché no? con la clonazione) far nascere individui con un DNA perfetto. Tentativo già tentato ben prima di Watson e Crick con la teoria di realizzare una razza pura ed abbiamo visto cosa si è allora combinato! Del tutto recentemente, celebrando il cinquantennale dalla comparsa del volume "La scimmia nuda", il suo autore ha ripreso l'assioma della totale assimilazione dell'uomo agli altri animali, sostenendo che nel suo DNA – come in quello degli altri suoi simili a quattro zampe – siano scritti e predeterminati anche i suoi comportamenti.

Tutto ciò dimenticando ampiamente le smentite ed i conseguenti correttivi apportati dall'epigenetica al determinismo genetico.

Per la verità, con l'enorme avanzamento della farmacologia, delle tecnologie e dell'implantologia si era fatta già molta strada verso l'assimilazione del corpo umano ad una macchina: non c'è più bisogno di lottare contro i fattori di rischio, di controlli precoci, possiamo sostituire qualsiasi pezzo non funzionante, magari anche con quello di un animale appositamente allevato. Anche di organi sono state rapidamente allestite, talora alimentate addirittura dal traffico di corpi umani e da rapimenti di bambini.

Il lavoro da fare per contrastare questa deriva è senza dubbio enorme, non tanto per una difficoltà intrinseca ma per la complessità del campo di battaglia, di fronte ai tanti nemici presenti in quasi tutti i settori della società, la congerie di interessi costituiti che infesta ogni comparto del vivere civile, la debolezza delle istituzioni, la sfiducia dei cittadini, con l'aggiunta della confusione dei sistemi informativi e la crescente corruzione. Senza contare la scomparsa degli organismi intermedi di rappresentanza della popolazione che sono alla base dei populismi e dei sovranismi che minano la sostanza stessa della democrazia.

Si deve necessariamente avere contezza di ciò, per riprendere un discorso che è stato già fatto, il bisogno di ripercorrere una strada già intrapresa in passato, dopo i disastri in cui il Paese si è trovato alla fine della seconda guerra mondiale; *mutatis mutandis* il quadro complessivo è abbastanza simile, soprattutto perché manca, quasi nell'intera popolazione, quello che allora consentì di metter mano alla ripresa: la voglia di fare, la certezza di potercela fare, la speranza nel futuro, la solidarietà, la comunanza dei fini. Siamo infatti in presenza di una massa prevalentemente fatta di individui isolati, contrapposti e incapaci (o non desiderosi) di collaborare, un "vulgo disperso" che non sa dove andare, che insegue falsi miti e falsi profeti, non ha una meta precisa.

L'obiettivo è chiaro, dunque: applicare quanto già prodotto nello specifico prima ricordato; ma questo sforzo potrebbe non bastare, se non cambia il contesto generale e non saranno riportati in primo piano gli elementi che portarono alle grandi battaglie sociali degli anni '60 e '70, che produssero i risultati di quegli anni: ri-produrre una cultura politica, della salute e dello stato sociale, della solidarietà, sulla base dei valori fondamentali della Carta che sono più che mai validi, ora forse più di allora.

Rimanendo nell'ambito della sanità deve essere ripresa con forza la lotta per il riordino del Servizio sanitario e la riorganizzazione del governo della sanità secondo i principi fondamentali della 833, ristabilendo rapporti virtuosi fra Governo centrale e Regioni, correggendo i difetti macroscopici dell'aziendalizzazione delle ASL e stabilendo una nuova "e diversa *governance*" (per usare una parola tanto cara ai decisori attuali) rispetto a quella attuale che mostra falle enormi in quasi tutta l'Italia.

La storia non torna mai sui suoi passi, come molti dicono ma la società si sviluppa sempre lungo una strada che ha saliscendi continui, una sinusoide che ha sempre gli stessi

alti e bassi, anche se gli strumenti sono mutati, le persone sembrano fatte diversamente; stiamo navigando di continuo in un mare che, anche quando appare calmo, ha sempre onde basculanti che hanno un vertice ed un fondo, che ci obbligano a scendere per poi risalire. Adesso siamo nella parte bassa dell'onda, sprofondati di molto e bisogna darsi da fare perché il vertice appare assai lontano, più in alto che mai. Con un impegno di tutti, altrimenti ancora una volta i gridi di allarme rimarranno lettera morta.

Ma il governo della sanità può, in attesa che si rimetta in moto quest'azione di ben lunga lena, può fare la sua parte, altrettanto importante. Il Governo centrale dovrà necessariamente, come oramai tutti unanimemente sostengono, riordinare le funzioni ed il funzionamento delle Regioni e delle Aziende sanitarie; entrambe queste ultime potranno a loro volta, senza alcun ostacolo, rientrando pienamente nelle loro attuali funzioni, riordinare e riorganizzare sul piano strutturale e funzionale i servizi attraverso:

- la completa integrazione fra sociale e sanitario
- l'integrazione funzionale tra i servizi specialistici
- il raccordo funzionale fra i servizi specialistici (ospedalieri ed ambulatoriali) e l'assistenza sanitaria di base
- il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata
- la formazione quali-quantitativa di nuovo personale adeguato e la riqualificazione degli operatori in servizio
- lo sviluppo di iniziative di Promozione della salute e di Educazione sanitaria della popolazione nei vari contesti e delle famiglie in particolare.

Le indicazioni operative per quanto sopra sono tutte ben documentate negli articoli che presentiamo in questo numero, che possono tutte essere realizzate con gli ordinari strumenti del governo, pianificazione e programmazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Ferrannini L et al. Thirty-six years of Community psychiatry in Italy, *Journal of nervous and mental disease* 2014; 202(6): 432-439.
2. Lindstrom B, Eriksson M. From health education to health literacy: Implementing salutogenesis in educational sciences. *Sistema Salute*, 60,1, 2016: 41-54.
3. Lindström B, Eriksson M. The Hitchhikers Guide To Salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion. Helsinki: Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research and the IUHPE Global Working Group on Salutogenesis (GWG-SAL); 2010.