

#1

NUOVI PARADIGMI PER UNA PREVENZIONE EFFICACE



Giugno 2021

NUOVI PARADIGMI PER UNA PREVENZIONE EFFICACE

I volumi sono stati realizzati a partire da un approfondimento del ciclo di Seminari Metaloghi organizzati da Luoghi di Prevenzione da giugno 2020 a maggio 2021.
A cura di Sandra Bosi, Responsabile di Luoghi di Prevenzione.

Autori dei temi trattati

Paola Angelini, Alberto Arlotti, Sandra Bosi, Daniela Galeone, Mariella Maritni

Contributo editing

Francesca Zironi, segreteria gestionale LdP

© Copyright 2021 Lega Contro i Tumori,
sez. LILT di Reggio Emilia

Realizzazione editoriale e progetto grafico



Via A. Gherardesca, 1 - 56121 Ospedaletto-Pisa
www.pacinieditore.it - info@pacinieditore.it

Fotolito e Stampa
IGP Industrie Grafiche Pacini



*a Carlo DiClemente
per l'eccellenza con cui da dieci anni
segue le attività di Luoghi di Prevenzione*

Indice

INTRODUZIONE	7
I CONCETTI CHIAVE	9
IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE	11
Daniela Galeone, Paola Angelini	
PENSARE LA PREVENZIONE	15
Alberto Arlotti	
I CAMBIAMENTI DIFFICILI: RISPOSTE E GESTIONE DELLA RESILIENZA NELLA PANDEMIA <i>(ovvero, cosa dovremmo apprendere dalla pandemia Covid 19)</i>	25
Mariella Martini	
LE PAROLE DELLA PREVENZIONE	37
Alberto Arlotti	
SPUNTI PER UN APPROFONDIMENTO LABORATORIALE COINVOLGIMENTO ATTIVO E RESILIENZA PERSONALE: COME POTENZIARE LE RISORSE	43
Sandra Bosi	
CONCLUSIONI	47
BIBLIOGRAFIA	49

Introduzione

Il quaderno didattico è dedicato al rapporto fra pandemia, promozione della salute, Piano Nazionale della Prevenzione e nuovi paradigmi della promozione della salute alla luce dei fondamenti del pensiero della prevenzione.

Le capacità di cura e promozione della salute sono state messe a dura prova in questo periodo in cui si è parlato più volte di un Sistema Sanitario Nazionale incapace di mantenere le proprie potenzialità.

In un incontro fra Mariella Martini e Vittorio Carreri, nel 2020, si era parlato di Prevenzione dimezzata: della crisi che stava attraversando la Sanità Pubblica, quando il COVID 19 era solo all'inizio.

Invecchiamento della popolazione, incremento delle disuguaglianze, andamento epidemiologico di tumori e malattie croniche, rendevano auspicabile un primato della prevenzione che, invece sembrava sotto scacco, anche nella integrazione fra Strutture Ospedaliere e Territoriali. Le conseguenze della pandemia hanno aperto nuovi scenari, portando all'attenzione di tutti la vulnerabilità del nostro sistema anche verso malattie trasmissibili di cui non si era previsto un attacco tanto violento. Si è ripreso in modo forte il tema di una visione ecologica che, troppo spesso, è stato confinato ad alcune battaglie ambientali, orfano di una cornice culturale di largo respiro.

Le riflessioni di Mariella Martini e Alberto Arlotti aprono prospettive più ampie.

Con Arlotti si riprendono il pensiero storico sulle basi da cui la prevenzione è fondata, i passaggi cruciali, i documenti a disposizione illuminanti e talvolta superati prima che fossero realizzati compiutamente.

Passi avanti e passi indietro, con un Sistema Sanitario che, in ogni caso, sta dando prova di saper ancora credere in se stesso godendo della fiducia dei cittadini e di avere al suo interno risorse per migliorare le alleanze fra strutture ospedaliere e territorio e realizzare con più completezza quella salute in tutte le politiche, cardine del Piano della prevenzione 2021-2025, un documento fondamentale per concepire la promozione della salute nei prossimi anni.

Il punto di vista di Mariella Martini pone il tema delle resilienze a cui è stato dedicato un approfondimento seminariale nel maggio 2021.

È fondamentale, infatti, ripensare ai cambiamenti in termini di strategie da mettere in campo che non siano finalizzate esclusivamente a rimuovere resistenze rispetto a richieste prescrittive, ma a muovere quelle capacità di auto cura presenti in ognuno di noi, molto bene definite dal concetto di resilienza.

Dalle ultime frasi del capitolo di Mariella Martini, trae spunto l'approfondimento laboratoriale sui temi del coinvolgimento attivo e del rinforzo della resilienza personale per affrontare situazioni emergenziali.

“Il benessere psichico è parte integrante dello stato di salute delle persone e deve essere preso in considerazione sia nei programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie, che nei processi di cura e di gestione delle emergenze, assumendolo come parte integrante del disegno dei progetti e della gestione dei processi”.

I Concetti chiave

Avere e seguire una Vision, Piano della Prevenzione, prospettiva socio-ecologica, politiche per la salute, prospettiva educativa, eco-sistema di natura (cura/assistenza), strategia di comunicazione, luoghi di vita e di lavoro, integrazione degli interventi sugli stili di vita in tutti i contesti, pandemia, resilienza, benessere psicofisico generale, capacità di analisi dei problemi

Il Piano nazionale della Prevenzione

Daniela Galeone, Paola Angelini

Il nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025: obiettivi, strategie e valori di riferimento.

La “*Salute in tutte le politiche*” costituisce il quadro di riferimento e l’orizzonte ideale dei Piani Regionali della Prevenzione della nostra Regione, succedutisi dal 2005 ad oggi. Tale concetto, che riconosce la salute come un sistema complesso dipendente da fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali, è stato ulteriormente rafforzato dalla Legge Regionale n.19 del 2018 “Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria” ed è tra i principi che sostengono la *vision* del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP), sancito con l’Intesa del 6 agosto 2020 fra Stato, Regioni e Province autonome.

Il PNP riconosce, infatti, che sono necessarie alleanze intersettoriali per supportare l’integrazione e la trasversalità di interventi di contrasto dei fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari, anche attraverso specifici atti, accordi, protocolli di intesa o documenti di indirizzo. Un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato che è funzionale anche nell’affrontare i rischi potenziali o già esistenti derivanti dalle interazioni tra ambiente-animale-ecosistemi, in una visione che considera la salute come il risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell’essere umano, della natura e dell’ambiente (*One Health*). La drammatica esperienza della pandemia da SARS-COV 2 sta dando prova di questa relazione di interdipendenza.

La pandemia che stiamo vivendo mette altresì in luce la necessità di incrementare la flessibilità di risposta e la capacità di reazione del sistema sanitario alle emergenze, migliorare l’organizzazione di una rete integrata e coordinata tra le diverse strutture sanitarie presenti sul territorio, poter convogliare e formare risorse umane sui temi emergenti, tutti fattori di miglioramento per rispondere con tempestività ed efficacia ai bisogni della popolazione.

È consolidata l’attenzione alla *centralità della persona* tramite un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita (*Life course*), nei luoghi di vita e di lavoro (*setting*), al fine di migliorare l’alfabetizzazione sanitaria (*Health Literacy*), accrescere la capacità di agire per la propria salute e per quella della collettività (*empowerment*) e interagire con il sistema sanitario (*engagement*) in una relazione basata sulla fiducia.

L’approccio *life course* mette in atto azioni preventive già a partire dai primi 1000 giorni, dal concepimento ai primi due anni di vita del bambino, in modo da ridurre i fattori di rischio individuali e rimuovere le cause che impediscono ai cittadini l’accesso ad ambienti e a scelte di vita salutari. Il *setting* rappresenta il luogo o il contesto nel quale è più facile raggiungere individui e comunità per promuovere salute e realizzare interventi di prevenzione, ma costituisce esso stesso il bersaglio dei cambiamenti da implementare.

La centralità della persona viene anche rafforzata perseguendo, come pratica ordinaria, l’*approccio di genere* che migliora l’appropriatezza degli interventi di prevenzione.

La scelta strategica che permea tutti gli interventi di prevenzione si basa su prove di effica-

cia e sulla misura dei risultati avvalendosi dell'*Evidence-Based-Prevention* (EBP), mettendo a sistema nella nostra e nelle altre Regioni programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia (ad es. vaccinazioni e screening oncologici) e linee di azione (i cosiddetti Programmi predefiniti vincolanti per tutte le Regioni) basate su evidenze scientifiche, buone pratiche consolidate, strategie raccomandate, nazionali e internazionali.

I sistemi informativi e di sorveglianza ricoprono un'importanza fondamentale nel monitoraggio e valutazione dei risultati e devono essere promossi e valorizzati per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, *governance* ed *empowerment*). Determinante è una sistematica promozione, sviluppo e utilizzo delle valutazioni quantitative e dei flussi informativi per definire le priorità di intervento, monitorare l'attuazione degli obiettivi del Piano e valutare anche il guadagno in salute della popolazione, con particolare riguardo alle fasce più vulnerabili. Infatti, la riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche rappresenta una priorità trasversale a tutti gli obiettivi del Piano e programmare in termini di equità significa essere in grado di riconoscere le diversità che caratterizzano la popolazione e che possono comportare eterogeneità nell'esposizione ai fattori di rischio, nella probabilità di ammalarsi e nell'accesso ai servizi sanitari.

In quest'ottica e con questi principi ispiratori si sta costruendo il nuovo Piano Regionale della Prevenzione (PRP) che, in continuità con i piani che lo hanno preceduto e in coerenza con gli obiettivi del nuovo PNP, indica le strategie e gli indirizzi da seguire per il raggiungimento degli obiettivi di salute in ambito regionale e fornisce indicazioni operative alle Aziende per la loro declinazione e implementazione a livello locale.

L'adozione del Piano regionale deve avvenire entro la fine del 2021 e la sua attuazione si protrarrà dal 2022 al 2025. La presentazione del PRP al Ministero della Salute deve avvenire in modo vincolante attraverso una piattaforma web-based che è anche di supporto in tutte le fasi di progettazione e di guida per lo sviluppo dei Quadri Logici di ciascun programma. Infatti, il PNP riprende la struttura dei quadri logici già utilmente usati nel precedente Piano (Obiettivi Strategici; Linee di intervento; LEA di riferimento e Indicatori).

Il Piano nazionale si articola in sei Macro Obiettivi (MO):

- Malattie croniche non trasmissibili
- Dipendenze e problemi correlati
- Incidenti stradali e domestici
- Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
- Ambiente, clima e salute
- Malattie infettive prioritarie

In modo da coprire tutti i Macro Obiettivi sono stati messi a punto dieci Programmi Predefiniti (PP), uguali e vincolanti per tutte le Regioni, assicurando in questo modo anche la confrontabilità tra i diversi Piani di prevenzione. I Programmi Predefiniti sono:

- PP1 Scuole che Promuovono Salute
- PP2 Comunità Attive
- PP3 Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute
- PP4: Dipendenze
- PP5 Sicurezza negli ambienti di vita
- PP6 Piano mirato di prevenzione
- PP7 Prevenzione in edilizia ed agricoltura
- PP8 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali, dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
- PP9: Ambiente, clima e salute

- PP10: Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza

A questi si affiancano i Programmi Liberi (PL) che le singole Regioni decidono di attivare per sviluppare quegli Obiettivi Strategici, non coperti o coperti solo in parte dai programmi Predefiniti e che si ritengono prioritari.

La nostra Regione ha avviato un percorso per l'elaborazione di 11 Programmi Liberi da sviluppare a completamento del PRP, di seguito elencati:

- PL11 Interventi nei primi 1000 giorni vita
- PL12 Infanzia e adolescenza in condizioni di vulnerabilità
- PL13 Screening
- PL14 Sistema Informativo Regionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro dell'Emilia-Romagna
- PL15 Sicurezza chimica
- PL16 Vaccinazioni
- PL17 Malattie infettive
- PL18 Piano pandemico
- PL19 Eco Health Salute Alimenti, Animali, Ambiente
- PL20 One Health Malattie infettive
- PL21 Prevenzione nel setting sanitario

Tutti i Programmi sono accompagnati da *azioni trasversali*, azioni di sistema che contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi di salute ed equità del Piano. Sono volte a rafforzare *l'approccio intersettoriale*, a perseguire *l'equità*, concetti già richiamati precedentemente, a incrementare la *formazione* e la *comunicazione*.

La formazione si profila come strumento essenziale per accrescere le competenze degli operatori sanitari e determinare un cambio culturale degli stessi professionisti in tema di prevenzione e promozione della salute. I percorsi formativi sono improntati all'azione, contestualizzati rispetto al territorio e prevedono un maggiore coinvolgimento di MMG e PLS come figure strategiche del sistema dell'assistenza primaria.

La comunicazione, intesa sia come comunicazione sanitaria che per la salute, è funzionale al raggiungimento di alcuni obiettivi cruciali: aumentare la conoscenza e *l'empowerment*; promuovere comportamenti favorevoli alla salute; favorire modifiche di norme sociali, accesso e adesione ai programmi di prevenzione e cura; coinvolgere attivamente i cittadini (*engagement*); stimolare e rendere efficace il confronto e lo scambio di buone pratiche, dati, informazioni e linee di lavoro.

Pensare la Prevenzione

Alberto Arlotti

La storia del Pensiero della Prevenzione delle malattie, almeno dal XIX secolo fino ai giorni nostri, può essere paragonata a un raggio di luce che, a un certo punto del suo viaggio, attraversa un prisma e si scompone in tutti i colori di cui è composta.

Chadwick, umanista riformista, ispiratore del *Public Health Act* (1848); Jules Guérin padre della Medicina Sociale (1848); Rudolf Vierchow scienziato e legislatore riformatore a Berlino (1848); John Snow metodologo della scienza e epidemiologo (1854); Benjamin Ward Richardson anestesista e fisiologo visionario autore di *Hygeya a City of Health* (1876); Kurt Lewin fondatore della Psicologia Sociale (1933), e altri, sono gli iniziatori di quel filone di pensiero che si è evoluto, maturato, differenziato nelle branche della Prevenzione che operano ai giorni nostri (igiene degli ambienti di vita e di lavoro, immunizzazione, screening, tutela dell'ambiente naturale e costruito orientati alla salute (ora *Urban Health*), educazione alla salute (finalizzate alla *Health Literacy*), empowerment individuale e di comunità e, promozione della salute, epidemiologia, ecc.).

Non mi riferisco qui agli scienziati che hanno pensato, scoperto, elaborato strumenti tecnico-scientifici per dare gambe applicative alla teoria del Pensiero della Prevenzione. Scienziati che conosciamo meglio e veneriamo come: Lavoisier, Jenner, Snow, Pasteur, Koch, Pettenkofer, ecc.

L'evoluzione del Pensiero della Prevenzione delle malattie negli ultimi anni si è consolidata in documenti-chiave, prodotti principalmente dall'OMS, portatori di concetti-chiave che costituiscono la Base Culturale della Prevenzione che si *dovrebbe* fare oggi, così come giustamente ricorda il PNP 2020-2025 nella sua ampia parte dedicata a "Vision e Principi". Documenti di interesse:

- Rapporto Lalonde 1974 il documento di rilancio della prevenzione nei termini moderni "non c'è dubbio che la visione tradizionale di equiparare il livello di salute in Canada con la disponibilità di medici e ospedali è inadeguato. Sebbene i servizi sanitari siano meravigliosi in Canada rispetto a molti altri paesi, non c'è dubbio che i futuri miglioramenti del livello di salute dei canadesi risiedano principalmente nel miglioramento dell'ambiente, nella moderazione dei rischi autoimposti e nell'aggiunta alla nostra conoscenza della biologia umana". (vedi All 1)
- Dichiarazione di Alma Ata (WHO 1978) relativa alla Assistenza Sanitaria Primaria
- nella quale si trovano già enunciati in nuce, tra gli altri, i concetti di *Health to all Prossimità*, *Equity* e di *Life course approach to health*, (vedi All 2)
- Legge 23 Dicembre 1978 n 833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*, nata nel contesto culturale che aveva dato luogo, un mese prima, alla Dichiarazione di Alma Ata, edificata con un approccio di grande apertura sociale (Vedi All 3)
- La carta di Ottawa WHO 1986) che, fondata su di una prospettiva Socio-Ecologica e una prospettiva Educativa, definisce il concetto di Promozione della Salute come il *processo*

che consente alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla (empowerment) (Vedi All 4)

- Gaining Health (WHO 2006) che chiama all'azione esecutiva i governi contro i 4 Fattori di rischio principali responsabili delle Malattie Non Trasmissibili (MNT)
- Health in all Policies (WHO 2013) richiama alla necessità di pensare, e tenere conto nell'azione, dei contenuti di salute in tutti i settori della società per intervenire sui Determinanti sociali di salute e così diminuire le Diseguaglianze in salute
- Health 2020 (WHO 2012) riafferma i concetti di salute essi a fuoco negli ultimi anni e lancia i nuovi obiettivi e strategie per migliorare la salute dei cittadini europei
- One Health è un approccio olistico avviato negli USA nel 2009 che, riconoscendo la loro interdipendenza, integra il lavoro sulla salute degli umani con il lavoro sulla salute della fauna, e della natura in genere
- Agenda 2030 (ONU 2015) manifesto dello Sviluppo Sostenibile
- Dichiarazione di Shanghai (WHO 2016) che integra gli obiettivi di salute WHO con gli Obiettivi ONU dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile

Osservando con un po' di distacco i contenuti dei documenti chiave appena elencati, tre assunti paiono i cardini su cui si regge tutto il Pensiero di Prevenzione di oggi:

- La prospettiva socio-ecologica, cioè la teoria secondo cui i comportamenti e la vita in generale delle persone non sono connotati dal libero arbitrio, ma sono profondamente condizionati dal contesto, "le condizioni del vivere", in cui si trovano le persone, il cui tragitto di vita è quindi predeterminato (Health in all Policies)
- La prospettiva educativa, cioè il pensiero secondo cui la predestinazione del tragitto di vita delle persone può essere spezzata solo da una azione educativa capace di dare a ogni persona e alla comunità maggiore controllo sul proprio destino. (Educazione e Promozione della salute)
- La necessità di un riequilibrio e integrazione dell'impegno e delle risorse tra assistenza ospedaliera, sanità territoriale, prevenzione, anche con un'ottica di eco-sistema (prevenzione/educazione/promozione/assistenza/cura).

Questi assunti costituiscono un mondo culturale, un modo di pensare, che deve penetrare ogni persona che riflette sulla prevenzione, ogni persona che progetta e che esegue di interventi di prevenzione, a ogni livello.

Un mondo culturale costituito da principi, pensieri e metodi molto teorici, rarefatti, che possono essere certamente appresi con lo studio libresco, ma che assumono tutto il peso della loro profondità e della loro verità quando lo studio viene accompagnato dall'azione pratica applicativa.

Chi lavora per la prevenzione secondo questo modo di pensare fa prevenzione principalmente con le parole (gli strumenti applicativi vengono dopo, al limite, anche quando si tratta di vaccini o screening).

Con le parole si contatta, spiega, convince, motiva all'azione una persona o una comunità. Si parla, o si comunica, coi politici, con i tecnici di altri settori, con i propri direttori sanitari, con i propri colleghi e collaboratori.

Questo modo di pensare la Prevenzione è quindi sempre direttamente accompagnato e collegato a una strategia di comunicazione disegnata appositamente passo dopo passo, lungo la strada che si sta facendo.

A me è piaciuto molto il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 è uno strumento alto

di politica sanitaria, quindi ha senso solo se arricchisce la cultura (sapere e sapere fare) dei destinatari, li conduce verso lo stato dell'arte. Se no, risulterà incapace di fare i cambiamenti di cui c'è bisogno.

I bisogni

- La necessità di un “riavvicinamento” (prossimità) della sanità territoriale e della prevenzione ai luoghi di vita e di lavoro delle persone nella casa, nella scuola (tutte le scuole), nel posto di lavoro, dove si fa sport (tempo libero), dove vivono gli anziani, ecc. In questo modo si affrontano anche diseguaglianze
- La necessità di un ampliamento dell'orizzonte del pensiero e dell'azione sui contenuti di salute presenti negli altri settori della società, riconsiderando, per esempio, il contenuto di salute di settori “tradizionali” (vedi Urban Health) o comprendendo nel ragionamento sulla prevenzione settori “semi-tradizionali” come i trasporti, considerati finora per gli aspetti degli incidenti stradali, ma non ancora per i contenuti di salute che l'ampliamento di mobilità offerto a moltissime persone anche nella vita quotidiana comporta. In questo modo si affrontano anche diseguaglianze
- La necessità dell'intervento integrato sugli stili di vita a livello del singolo individuo, attraverso ospedale, servizi territoriali e servizi della prevenzione e lungo l'arco di tutta la vita delle persone.
- La necessità degli interventi integrati sugli stili di vita in gruppi di persone e comunità
- ecc.

Potrebbe essere interessante rileggere i documenti Alma Ata, e Legge 833 e i pochi altri documenti chiave con gli occhi di oggi, ri-leggere i principi che vi sono declinati, considerare rispetto a quali principi si è deragliato e riflettere su come oggi si potrebbe dare gambe a un nuovo modo di applicarli.

Un programma potrebbe contenere alcuni di questi temi, i contenuti dei documenti chiave: Lalonde, Alma Ata ecc (Vision e Principi del Piano Nazionale della Prevenzione)

1. La lettura e la risposta ai bisogni formativi del personale sanitario
2. Come affrontare la Comunicazione ai Decision Makers e ai Cittadini
3. Cosa significa rivedere la prevenzione veramente alla luce del paradigma socio-ecologico
4. Cosa significa rivedere la prevenzione veramente alla luce della prospettiva educativa
5. Cosa significa rivedere la prevenzione veramente alla luce della prossimità-ecc.
6. Cosa significa affrontare il tema dei contenuti di salute presenti nei settori della società non sanitari che in parte sono trascurati e in parte sono nuovi; Tema affrontato dal PNP nelle Linee di Supporto Centrale
7. Come affrontare l'integrazione tra ospedale, sanità territoriale e prevenzione (vedi Covid)

ALLEGATI

ALLEGATO N. 1

Nel 1974 Marc Lalonde, Ministro della Salute e dell'Assistenza del Governo canadese pubblica il suo documento di lavoro "A new perspective on the health of Canadians" ormai passato alla storia della medicina come Rapporto Lalonde. Il rapporto osserva che:

La sanità pubblica e l'assistenza individuale, fornite dal medico di salute pubblica, dal medico, dall'infermiere e dall'ospedale per cure acute, sono state ampiamente considerate responsabili del miglioramento dello stato di salute. L'assistenza sanitaria individuale, in particolare, ha avuto una posizione dominante e le spese sono state generalmente dirette a migliorarne la qualità e l'accessibilità. ... Nella maggior parte delle menti il campo della salute e il sistema di assistenza medica personale sono sinonimi

e subito dopo riporta le evidenze emerse dagli studi osservazionali su dati storici di McKeown:

Il dottor McKeown fa risalire il livello di salute in Inghilterra e Galles al diciottesimo secolo e valuta gli effetti delle diverse influenze sul livello di salute. Le sue conclusioni sono:

"Che, in ordine di importanza, i principali contributi al miglioramento della salute in Inghilterra e Galles provenivano dalla limitazione delle dimensioni della famiglia (un cambiamento comportamentale), dall'aumento delle scorte di cibo e da un ambiente fisico più sano (influenze ambientali) e da misure preventive e terapeutiche specifiche"

e

"Il miglioramento passato è stato dovuto principalmente alla modifica del comportamento e ai cambiamenti nell'ambiente ed è a queste stesse influenze che dobbiamo cercare in particolare ulteriori progressi".

Il Report esamina la natura e le cause alla base dell'attuale mortalità e morbilità ospedaliera in Canada.

Analizza poi i principali indicatori dello stato di salute della popolazione: i dati di mortalità delle persone decedute prima dei 70aa; le malattie che hanno richiesto il ricovero; i fattori di rischio auto-imposti (alcol, fumo, abuso di sostanze, alimentazione, attività fisica, cinture di sicurezza, rapporti promiscui, ecc.); l'ambiente fisico e sociale, concludendo che:

Quando è stato valutato il pieno impatto dell'ambiente e dello stile di vita, e quanto sopra è necessariamente una dichiarazione parziale del loro effetto, non c'è dubbio che la visione tradizionale di equiparare il livello di salute in Canada con la disponibilità di medici e ospedali è inadeguato. Sebbene i servizi sanitari siano meravigliosi in Canada rispetto a molti altri paesi, non c'è dubbio che i futuri miglioramenti del livello di salute dei canadesi risiedano principalmente nel miglioramento dell'ambiente, nella moderazione dei rischi autoimposti e nell'aggiunta alla nostra conoscenza della biologia umana.

Il report, infine, formula il concetto di campo o ambito della salute (Health Field Concept), che consiste in un campo costituito da quattro territori generali: biologia umana, ambiente, stile di vita e organizzazione dell'assistenza sanitaria. Tale concettualizzazione porta ad alcune conseguenze di grande significato, che il testo riassume così:

1. porta Biologia umana, Ambiente e Stile di vita a un livello di importanza categoriale pari a quello dell'Organizzazione Sanitaria;
2. è completo. Qualsiasi problema di salute può essere ricondotto a uno o una combinazione dei quattro elementi;
3. il Concetto consente un sistema di analisi mediante il quale qualsiasi domanda può essere esaminata dal punto di vista dei quattro elementi al fine di valutarne il significato e l'interazione relativi. Ad esempio, le cause alla base della morte per incidenti stradali possono essere dovute principalmente ai rischi assunti dalle persone, con minore importanza data alla progettazione di automobili e strade, e alla disponibilità di cure di emergenza; la biologia umana ha poco o nessun significato in questo settore;
4. consente un'ulteriore suddivisione dei fattori. Sempre per i decessi in incidenti stradali nella categoria Stile di vita, i rischi assunti dagli individui possono essere classificati in problemi di guida, disattenzione, mancato allacciamento delle cinture di sicurezza e eccesso di velocità;
5. l'Health Field Concept fornisce una nuova prospettiva sulla salute, una prospettiva che libera le menti creative per il riconoscimento e l'esplorazione di campi fino ad ora trascurati;
6. secondo il concetto di campo della salute, i frammenti sono riuniti in un insieme unificato che consente a tutti di vedere l'importanza di tutti i fattori, inclusi quelli che sono responsabilità degli altri.

Il Health Field Concept è meglio conosciuto come Margherita di Lalonde

LA MARGHERITA DI LALONDE



Con la Margherita di Lalonde si mette in discussione il modello o paradigma Bio-Medico come struttura concettuale di fondo sulla quale poggiare la disciplina (le discipline) della salute. È la premessa [alla Dichiarazione di Alma-Ata](#) e a [molte conquiste concettuali fissate dall'WHO negli anni seguenti](#).

ALLEGATO N. 2

Alma Ata e l'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (Universalità Uguaglianza Equità Gratuità)

Più attenzione c'è in Italia allo sviluppo del pensiero relativo alla Assistenza Sanitaria Primaria. La Conferenza Internazionale sulla Assistenza Sanitaria Primaria tenuta dall'OMS ad Alma Ata del Settembre 1978 contribuisce alle conquiste concettuali, in primis della Medicina Sociale, dai primordi al decennio in corso, con la celebre Dichiarazione di Alma Ata. Tra i vari punti della Dichiarazione si legge:

IV

Le **persone hanno il diritto e il dovere di partecipare** individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno.

VI

... L'assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando **l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro**, e costituisce il primo elemento di un **processo continuo di assistenza sanitaria**

VII

L'assistenza sanitaria primaria:

- 1.** riflette e si sviluppa dalle condizioni economiche e dalle caratteristiche socio-culturali e politiche di un paese e delle sue comunità essa si fonda sul l'applicazione dei risultati significativi ottenuti dalla ricerca sociale, biomedica e nei servizi sanitari e sull'esperienza maturata in sanità pubblica;
- 2.** affronta i principali problemi di salute nella comunità, fornendo i necessari servizi di **promozione**, prevenzione, cura e riabilitazione;
- 3.** comprende almeno l'educazione sui principali problemi di salute e sui metodi per prevenirli e controllarli; la promozione di un sistema di approvvigionamento alimentare e di una corretta alimentazione un'adeguata disponibilità di acqua sicura e il miglioramento delle condizioni igieniche fondamentali; l'assistenza sanitaria materna e infantile, compresa la pianificazione familiare; l'immunizzazione contro le principali malattie infettive; la prevenzione e il controllo delle malattie endemiche locali; un appropriato trattamento delle malattie e delle lesioni più comuni; la fornitura dei farmaci essenziali;
- 4.** **coinvolge, oltre al settore sanitario, tutti gli altri settori e aspetti dello sviluppo nazionale e della comunità** che sono collegati, in particolare l'agricoltura, la zootecnia, la produzione alimentare, l'industria, l'istruzione, l'edilizia, i lavori pubblici, le comunicazioni e altri settori inoltre necessita del coordinamento delle attività tra tutti questi settori;
- 5.** richiede e **promuove al massimo l'autonomia dell'individuo e della comunità** e la partecipazione alla progettazione, organizzazione, funzionamento e controllo dell'assistenza sanitaria primaria stessa, usando appieno le risorse locali, nazionali e le altre disponibili; **per questo fine sviluppa, attraverso un'adeguata educazione, la capacità delle comunità a partecipare;**

6. dovrebbe essere sostenuta da sistemi di riferimento integrati, funzionali e di supporto reciproco che portano a un progressivo miglioramento dell'assistenza sanitaria globale per tutti e danno priorità a coloro che sono maggiormente nel bisogno;

7. a livello locale e ai livelli di riferimento l'assistenza sanitaria primaria dipende dagli operatori sanitari, comprendendo di volta in volta i medici, gli infermieri, le ostetriche, il personale ausiliario e gli operatori di comunità, come pure dalle figure professionali tradizionali quando necessario essi devono essere adeguatamente preparati, dal punto di vista sociale e tecnico, a lavorare come una squadra per la salute e a rispondere ai bisogni di salute espressi della comunità

Nella Dichiarazione si possono trovare, compiutamente espressi o in nuce, alcuni dei concetti che caratterizzeranno gli indirizzi OMS negli anni successivi come: partecipazione; prossimità dei servizi di assistenza sanitaria ai luoghi di vita e di lavoro; processo continuo di assistenza sanitaria; intersectorialità della salute (Health in All Policies WHO 2011); educazione rispetto i problemi di salute prevalenti (educazione alla salute); educazione, la capacità delle comunità a partecipare (empowerment della comunità), ecc

ALLEGATO N. 3

In questo contesto culturale viene stesa la Riforma Sanitaria, **Legge 23 Dicembre 1978 n 833** *Istituzione del servizio sanitario nazionale* che contempla tra gli Obiettivi, all'Art 2:

1. La formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità;
2. La prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro
3. La diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata
4. La riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica
5. la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro
6. l'igiene degli alimenti e delle bevande...

...

Il Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:

- a) Il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese
- b) La sicurezza del lavoro con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni per prevenire e eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute ...
- c) Le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia ...
- d) La promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata ...
- e) La tutela sanitaria delle attività sportive
- f) La tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione
- g) La tutela della salute mentale ...

- h) La identificazione e la eliminazione delle cause degli inquinanti dell'atmosfera, delle acque e del suolo.

All'Art. 2 viene disegnato un Servizio Sanitario che segue le persone lungo tutto l'arco della loro esistenza (Life course approach to health WHO 2011) ed è presente fisicamente nei luoghi dove la vita si svolge: nella casa, nella scuola (tutte le scuole), nel posto di lavoro, dove si fa sport (tempo libero), dove vivono gli anziani. Presente come? Attraverso l'educazione sanitaria del cittadino e della comunità, la promozione e la salvaguardia degli ambienti di vita e di lavoro, la diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie attraverso l'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale; e poi quando c'è bisogno c'è l'assistenza ospedaliera.

L'attività di Prevenzione, in particolare, all'Art 20 è delineata secondo i due filoni storici della Sanità pubblica, che possono essere pensati come filone di "prevenzione attiva" (vedi gli interventi di profilassi delle malattie infettive) e filone di "prevenzione passiva" o di "prevenzione con strumenti di protezione" (vedi regolamentazione della costruzione di case e città). È solo nel 1999, con il con il settimo atto di modifica (dei nove totali) del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502 (cosiddetta riforma della Riforma sanitaria) che gli obiettivi vengono lievemente mutati in

...**promozione della salute**, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, da raggiungersi con le azioni necessarie per individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale.

La Legge di Riforma per molti versi accoglie le raccomandazioni di Alma Ata e si affaccia con cenni al nuovo modo di ragionare, ai nuovi paradigmi, per lo più provenienti da altre discipline del sapere, che vanno innestando in quegli anni le riflessioni sulla salute.

ALLEGATO N. 4

La carta di Ottawa e la prospettiva educativa

Nel Novembre 1986 l'OMS presenta la Carta di Ottawa come *risposta all'esigenza sempre più diffusa di un nuovo movimento mondiale per la salute*.

La Carta è basata sulla teoria socio-ecologica della salute che pone l'accento sui *fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici [che] possono favorirla così come possono lederla*.

Su queste premesse la Carta definisce il concetto di **Promozione della Salute** come il *processo che consente alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla*. Quest'ultimo, però, è un concetto che si scontra con la teoria socio-ecologica della salute.

Secondo la Carta, promuovere la salute significa: 1. costruire una politica pubblica per la tutela della salute; 2. creare ambienti capaci di offrire sostegno; 3. rafforzare l'azione della comunità; 4. sviluppare le capacità personali; 5. riorientare i servizi sanitari

Se i punti 1 e 2 della Carta sono ben inquadrabili nella prospettiva socio-ecologica, i punti 3 e 4 invece hanno bisogno di poggiare su di un altro paradigma: la prospettiva educativa. L'OMS definisce l'**Educazione alla Salute** come l'insieme delle opportunità di apprendimento consapevolmente costruite, che comprendono alcune forme di comunicazione finalizzate a migliorare l'*alfabetizzazione alla salute*, ivi compreso l'aumento delle conoscenze, e a sviluppare *life skills* che contribuiscano alla salute del singolo e della *comunità*.

Green e Kreuter definiscono l'**Educazione alla Salute** come l'insieme degli interventi che, combinando diverse esperienze di apprendimento, sono progettate per facilitare le azioni volontarie che possono condurre i soggetti adulti verso una migliore salute

L'OMS definisce la **Promozione della Salute** come il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla.

Green e Kreuter definiscono la **Promozione della Salute** come una combinazione d'interventi ambientali, per modificare le "condizioni del vivere", e educativi, per facilitare la presa di decisioni, progettati allo scopo di condurre un soggetto adulto, o una comunità, a un migliore livello di salute.

Pertanto, senza l'impegno di un approccio educativo, la promozione della salute si riduce a un'azione di manipolazione sociale.

1. WHO Preventing chronic diseases: a vital investment, 2004
2. WHO Gaining health: The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2006
3. WHO Rio Political Declaration on Social Determinants of Health and Health in All Policies, 2011

I cambiamenti difficili: risposte e gestione della resilienza nella pandemia

(ovvero, cosa dovremmo apprendere dalla pandemia Covid 19)

Mariella Martini

Le pandemie sono eventi rari (relativamente), ci colgono di sorpresa, ce ne accorgiamo tardivamente, non abbiamo sistemi di profilassi prontamente disponibili, quindi:

- I sistemi di sorveglianza e di allerta a livello internazionale e nazionale devono essere potenziati
- La ricerca sui vaccini e la loro produzione devono essere sostenute come priorità per la salute e lo sviluppo delle popolazioni
- Per eradicare una malattia trasmissibile, per la quale sia disponibile un vaccino, la vaccinazione deve essere offerta a tutta la popolazione mondiale, come si è fatto per il vaiolo

In assenza di vaccini disponibili, ma anche in loro presenza, finché l'agente infettante circola nella popolazione, i capisaldi del controllo delle epidemie sono tuttora efficaci: inchiesta epidemiologica, tracciamento, diagnosi, isolamento e quarantena.

È necessario avere professionisti competenti e presenti in quantità adeguata, capaci di lavorare efficacemente sia su piccoli che su grandi numeri.

Le competenze epidemiologiche di base necessarie sono comuni a quelle richieste anche per altre indagini epidemiologiche, come quelle relative alla esposizione ad inquinanti ambientali od a fattori di rischio connessi alle abitudini di vita.

La pandemia ha messo in evidenza i punti di forza e di debolezza del nostro SSN:

- L'essere un sistema universalistico
- Le competenze e la disponibilità dei professionisti
- La capacità di riconvertire competenze professionali e strutture per far fronte all'emergenza ed al suo perdurare

Ma anche:

- La disomogeneità delle strutture e delle risorse presenti nelle diverse regioni italiane
- La ristrettezza delle risorse economiche di cui da anni soffre il nostro servizio sanitario nazionale
- La grave difficoltà a garantire il tracciamento e le cure sul territorio
- L'inadeguatezza degli standard di assistenza previsti per le strutture residenziali per anziani e disabili
- Il forzoso e troppo prolungato rinvio dei controlli e delle cure programmabili e dei programmi di screening

La campagna vaccinale è una risorsa preziosissima, che però soffre di problemi con radici comuni a quelli osservati nella gestione dell'emergenza, sia per quanto concerne la disponibilità dei vaccini che per la capacità delle Regioni di organizzare le campagne vaccinali.

Un altro elemento da considerare sono gli orientamenti e le preferenze degli individui, sia per quanto riguarda la disponibilità a sottoporsi alla vaccinazione che per quanto riguarda l'adesione ai comportamenti raccomandati.

Gli orientamenti e le preferenze dei cittadini sono una questione cruciale da prendere in considerazione nel disegno dei programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie: perché il programma possa avere successo occorrono competenze in materia di valutazione degli orientamenti, di strategie di comunicazione e di supporto motivazionale, competenze che di norma non sono presenti all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

Questi elementi hanno un ruolo determinante nel disegno dei programmi volti a prevenire le malattie cronico-degenerative ed a contrastarne l'aggravamento: dati di letteratura e di esperienza dimostrano come sia difficile modificare consuetudini, convincimenti e preferenze consolidate, ma evidenziano anche come strategie di motivazione al cambiamento rivolte non solo all'individuo ma a gruppi di pari siano efficaci nel promuovere e sostenere la motivazione al cambiamento.

Da ultimo, ma non per importanza, il benessere psichico è parte integrante dello stato di salute delle persone e deve essere preso in considerazione sia nei programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie, che nei processi di cura e di gestione delle emergenze, assumendolo come parte integrante del disegno dei progetti e della gestione dei processi.

Appendice

a) <https://www.cnr.it/sites/default/files/public/media/attivita/editoria/Pandemia-e-resilienza-9-7-2020.pdf>

Da "Consulta Scientifica del Cortile dei Gentili: Pandemia e resilienza Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo la Covid-19":

Se è vero che i virus sono relativamente democratici e colpiscono in misura variabile tutti i ceti sociali, è altrettanto vero che nei momenti di emergenza le società si imbattono nella scarsità delle risorse. Questa scarsità amplifica le vulnerabilità e le diseguaglianze e con esse le distanze negli esiti e nelle opportunità.

Abbiamo vissuto una tragedia di risorse insufficienti in primo luogo per la scarsità di cure intensive e sub-intensive (posti letto, apparecchiature, personale medico e infermieristico competente), ma anche di sanità di territorio e di cure palliative, che in molte situazioni e in particolare nei momenti di massima congestione della risposta di cura ha messo in gravissime difficoltà medici e sanitari.

Con la pandemia, oltre alle risorse sanitarie e naturali, anche quelle economiche scarseggiano per il blocco della produzione, mettendo in difficoltà innanzitutto le componenti più fragili della società (gli anziani, i malati, i bambini e i giovani, i migranti irregolari 'invisibili' e non raggiungibili dalle reti di protezione sociale, tutti i lavoratori irregolari, i precari, gli stagionali, le organizzazioni di terzo settore tagliate fuori dai programmi di aiuto).

Anche il distanziamento sociale, l'isolamento domestico e il lavoro a distanza, che pure presentano alcuni aspetti di opportunità, non ci trovano tutti pronti e preparati allo stesso

modo e mettono a nudo altre vulnerabilità. E di nuovo è la disponibilità o la scarsità di risorse (in questo caso il comfort della propria abitazione, la potenza della connessione alla rete, la qualità dei dispositivi di accesso) a fare da amplificatore di disuguaglianze e distanze sociali.

Abbiamo capito di avere bisogno di una capacità di risorse sanitarie d'emergenza (posti letto, apparecchiature, medici e infermieri competenti) superiore rispetto ai normali standard pre-pandemia, per ridurre in modo significativo i drammatici effetti a cascata di ogni possibile rischio pandemico. Ma anche di riprogrammare con nuove competenze e modelli organizzativi una sanità di prossimità e di territorio che curi prima e dopo l'arrivo in ospedale. In altre parole, occorre: riorientare la sanità verso il soddisfacimento sistemico dei bisogni della popolazione, abbandonando la visione economicistica basata sulla remunerazione delle prestazioni senza misurazione della reale efficacia dei benefici; potenziare il Servizio Sanitario Nazionale pubblico affinché siano garantiti livelli di cura e assistenza omogenei su tutto il territorio nazionale; e destinare più risorse alla sanità domiciliare e di territorio.

.....

La ricerca scientifica è una delle energie della società civile cui la mano istituzionale deve guardare con particolare attenzione, visto che mercato e imprese puntano in via prioritaria al corto e medio termine, e visto anche che la transizione di lungo termine verso una società più resiliente richiede trasformazioni tecnologiche, a volte addirittura impensabili, che hanno la loro principale sorgente nella ricerca fondamentale fatta nelle università e negli enti di ricerca (si pensi all'esempio più noto, quello del Web, inventato quarant'anni fa al CERN e volutamente non brevettato). In questi mesi, nell'ambito dei cambiamenti d'atteggiamento che sono uno degli effetti positivi della pandemia, gran parte dell'opinione pubblica ha capito che i risultati della ricerca sono indispensabili non soltanto per produrre nuovi farmaci ma anche per indirizzare le azioni delle istituzioni. Tenuto conto degli enormi investimenti previsti a breve termine per la ricostruzione, il momento è quindi doppiamente favorevole affinché anche in Italia lo Stato investa nella ricerca di base più dell'attuale 0,3% del Prodotto nazionale lordo, che è la metà di ciò che investono Danimarca, Finlandia e Germania.

.....

La radicalità e ampiezza della pandemia determina un punto di svolta tale da pregiudicare le stesse idee di cambiamento, progresso, innovazione come le abbiamo finora intese e praticate.

Tutti i nostri modi di vivere e agire subiranno pertanto una trasformazione radicale. Benché la vicenda dell'umanità sia stata da sempre costellata di flagelli naturali, malattie e pestilenze, e benché la Covid-19 presenti analogie con precedenti epidemie di Sars, essa è il primo evento pandemico che abbia investito quasi simultaneamente, e con una velocità di contagio impressionante, tutti i continenti. Mai prima d'ora la mia generazione, quella nata dopo la guerra, aveva fatto esperienza di uno scenario impensabile come quello che abbiamo visto squadernarsi davanti ai nostri occhi: strade e piazze deserte in tutte le grandi metropoli del globo.

Mai prima d'ora ci era accaduto di comunicare con amici e colleghi di ogni angolo del mondo per sentirli o vederli in rete sottoposti alle nostre stesse, identiche misure di confinamento. Uno scenario, tuttavia, che, con buona pace dei sovranisti, non rappresenta affatto

la fine della globalizzazione (l'avevamo già sentito dopo l'11 settembre...), ma al contrario la sua parabola perversa, la sua controfigura distopica.

.....

Applicato a una comunità anziché a un singolo individuo, il concetto di resilienza si sta affermando nell'analisi delle dinamiche sociali di gruppi o comunità colpiti da catastrofi naturali o da eventi prodotti dall'azione umana quali, ad esempio, attentati terroristici, rivoluzioni o guerre. I risultati di queste ricerche pongono in risalto come la maggiore o minore resilienza agli eventi traumatici produca effetti diversi o addirittura opposti: le comunità meno resilienti, e dunque più fragili, in conseguenza del trauma costituito da una catastrofe, cessano di svilupparsi restando in una situazione di permanente instabilità o, in alcuni casi, addirittura collassano fino a estinguersi; le comunità resilienti, al contrario, sopravvivono o addirittura colgono l'occasione del trauma come opportunità di rigenerarsi, potenziarsi e avviare un nuovo ciclo vitale.

L'approccio "Salute in tutte le politiche", sostenuto da molto tempo dall'OMS (da Alma Ata nel 1978 fino all'Agenda ONU del 2015), pone il tema del rapporto tra salute, produzione e lavoro, segnalando l'importanza dei determinanti della salute in tutti gli ambiti della vita collettiva (scuola, formazione, lavoro, commercio, stili di vita, ambiente, energia, etc.).

Tuttavia, nonostante simili richiami, le strategie politiche mondiali, nazionali e locali per lo sviluppo continuano a essere centrate su obiettivi riduttivi di equilibrio finanziario e produttivo e sull'aumento della ricchezza prodotta, con debole considerazione delle altre dimensioni del benessere: sistemi sanitari, benessere psichico, equilibrio tra vita privata e vita lavorativa, cooperazione e solidarietà, appartenenza sociale e comunitaria, fiducia, per citare le più importanti.

Ciò rimanda in maniera diretta al rapporto tra individuo e comunità per due aspetti fondamentali: equità e giustizia sociale e meccanismi della rappresentanza e della decisionalità politica. L'equità e la giustizia sociale sono messi a dura prova dalla crescita delle disuguaglianze e delle marginalità di settori produttivi, territori e fasce sociali.

La pandemia accentua questo aspetto e ci interroga sulla necessità di ripensare i rapporti sociali ed economici.

In ambito sanitario, in particolare, la pandemia ci pone di fronte al fatto che il "doppio carico di malattia" (double burden of disease), e cioè la crescita delle patologie croniche accanto a quelle acute, non è oggi sufficiente a spiegare i rischi epidemiologici, in quanto assistiamo ad un carico di malattia triplo o quadruplo, dato dalla recrudescenza delle patologie da virus – di cui la Covid-19 è l'esempio vivo e attuale – e dalla sovrapposizione tra patologie infettive e patologie croniche, alla base di molti decessi da nuovo coronavirus, in particolare di anziani e malati cronici, ma anche in altre fasce di età e per persone con poli-morbilità.

Sempre in ambito sanitario, la pandemia fa riflettere sull'organizzazione sanitaria, sulla medicina preventiva e sulla medicina del territorio. Come hanno scritto i medici dell'Ospedale Papa Giovanni di Bergamo il 21 marzo 2020, è fondamentale la dimensione della comunità, non solo per le patologie croniche e le disabilità, ma anche rispetto alle epidemie di tipo infettivo, che provocano vere crisi umanitarie e richiedono un approccio di popolazione.

Ancora, in termini di rapporto tra individuo e comunità, non va dimenticato il peso dell'isolamento e del silenzio, che ha creato spesso un vuoto nell'esistenza umana. Non solo i giovani e i bambini soffrono dell'isolamento e della solitudine: molte sono le persone che si sono sentite spaesate, sole con se stesse e con quello che per qualcuno è un vero 'caos interiore', sia un caos 'emozionato' rispetto alla sofferenza psichica e relazionale e alla solitudine interiore, sia un caos 'della razionalità' rispetto ai problemi esistenziali, economici e valoriali che si acquisiscono nella crisi.

.....

Riflettere sulle conseguenze del nuovo coronavirus e della pandemia per quanto riguarda l'equilibrio e la salute psicologica delle persone è di un certo interesse considerando che le ripercussioni sul versante psicologico – insieme ad altre variabili (economiche, sociali, etc.) – contribuiscono a definire la complessità del quadro post-pandemico e considerando anche che proprio dall'equilibrio psichico, dalle condizioni di maggiore o minore resilienza psicologica delle persone, dipenderà la tenuta sociale e la capacità di trovare risorse interne per affrontare le 'cicatrici' lasciate dal virus.

A differenza, però, di altre conseguenze che rivelano i loro effetti immediatamente, penso di nuovo a quelle economiche o lavorative, osservare e valutare gli esiti psicologici può richiedere tempi più estesi e una buona dose di "capacità negativa" (J. Keats), che ci permette di sostare in una posizione di attesa e di dubbio.

Riconosciamo, tuttavia, che l'esperienza pandemica ha provocato modificazioni radicali nei nostri stili di vita, nella relazione con noi stessi e con gli altri, nelle relazioni di cura; quanto durature non sappiamo, ma abbastanza incisive per immaginare che non saranno così facilmente eliminate e che lasceranno un segno.

Può essere utile mettere fuoco alcuni temi intorno ai quali organizzare la riflessione.

Il primo riguarda l'ambito della cura. All'interno di esso abbiamo registrato cambiamenti importanti attraverso l'utilizzo dei mezzi telematici, già al centro di un'annosa discussione sull'accettabilità e praticabilità di tali soluzioni.

Nelle professioni di cura, nelle quali l'essere-con e la presenza del corpo sono centrali, vi è stato un massiccio e obbligato ricorso al lavoro da remoto, producendo un'alterazione che rivoluziona ciò che è sempre stato considerato un parametro centrale della cura e del setting: la presenza di persona del medico/psicologo/psicoanalista e del paziente.

Il lavoro online ha ampliato i confini della relazione terapeutica, alimentato nuove forme e modi di comunicare e introdotto una nuova dimensione che deve tener presente l'assenza della fisicità in forma diretta.

Il venir meno del linguaggio corporeo (posizioni, gesti, espressioni o movimenti particolari) priva il clinico di una serie importante di informazioni che possono essere veicolate attraverso di esso. Si tratta, dunque, di fare i conti con un'assenza a favore del contatto virtuale.

.....

Sulla base di quanto sperimentato finora, possiamo affermare che le modalità di setting utilizzate nell'attuale situazione emergenziale e traumatica, che ha coinvolto in modo simmetrico paziente e terapeuta, consentono esperienze di buon contatto e il raggiungimento

di aspetti importanti e profondi della vita psichica del paziente. Naturalmente, al conseguimento di questo risultato non è indifferente la tipologia del paziente e l'equazione personale del curante.

Anche per quanto riguarda i medici coinvolti nei luoghi di degenza e terapia intensiva, "Nella drammaticità della pandemia che ha imposto regole molto rigide nell'accesso ai luoghi di degenza (di fatto quasi vietato) e nel confinamento dei familiari a domicilio, l'uso della tecnologia si è rivelato molto efficace e gradito a malato e familiari. Tramite l'uso di cellulari e tablet si sono potute realizzare videotelefonate (non raramente frutto di tempestive donazioni ad hoc) che hanno interrotto l'isolamento dei malati (anche in fase terminale), riannodando o recuperando almeno in parte contatti diretti e personali. Si è potuto così realizzare un certo supporto ai familiari che altrimenti non sarebbe stato possibile a causa della distanza fisica e degli impedimenti imposti dai dispositivi di protezione individuale. Non raramente tali strumenti di telecomunicazione sono stati utilizzati dagli psicologi con i familiari e dagli assistenti spirituali con i malati ricoverati nei vari setting".

In queste circostanze, dunque, abbiamo sperimentato la resilienza dei professionisti e dei pazienti nella capacità di sperimentare e tollerare cambiamenti, spesso e per molti anche traumatici. L'esperienza in queste nuove forme di setting ci sta rivelando che le tecnologie, se non possono sostituire il contatto diretto, offrono un'opportunità realistica di mantenere il legame terapeutico, di condurre sedute e incontri con un buon grado di profondità e contatto psichico, di offrire lo spazio per scambi intimi con sé stessi e con l'altro. Quanto tutto ciò influenzerà il successivo modo di lavorare una volta tornati alla normalità, sarà una questione a cui prestare attenzione e da valutare.

Per quanto riguarda le forme e i modi in cui il disagio si è espresso, ovvero i quadri clinici di fronte ai quali ci siamo trovati e ci troviamo, ciò che si manifesta con più frequenza è un aumento degli stati ansiosi pervasivi e di disagio, forme depressive legate ad angosce di morte o di perdita, disturbi del sonno, paure per il futuro, amplificazione di patologie pregresse, slatentizzazione di ciò che fino a quel momento era stato tenuto sotto controllo. Soprattutto nella prima fase dell'emergenza sanitaria, abbiamo assistito a un acuirsi di meccanismi difensivi come forme importanti di diniego della situazione di pericolo e di rischio, o l'incremento di meccanismi ossessivi e di controllo. La fine del lockdown, che si accompagna generalmente a un senso di liberazione, può sollecitare forme reattive analoghe; il bisogno di rassicurarsi che il 'brutto' è passato si esprime attraverso comportamenti maniacali ed euforici (cfr. ad esempio, e soprattutto per i più giovani, il rapido ritorno a forme di ritualità sociale), per affermare, anche comprensibilmente, il ripristino della normalità ed esorcizzare il senso di morte che ha accompagnato questo tempo.

Con l'avvio della fase 2 del periodo emergenziale saranno da prendere in considerazione e approfondire attentamente le reazioni di chi da questa situazione ha subito danni maggiori (lutti nell'ambito familiare, perdita del lavoro, danni economici) e per i quali la ripresa della normalità non si può più configurare come prima: stati depressivi si possono accompagnare a reazioni rabbiose e a vissuti vittimistici con pretese di risarcimento.

Il lockdown a seguito dello stato di emergenza sanitaria ha prodotto un'alterazione delle forme dello spazio e del tempo a cui eravamo abituati. Qualcuno ha parlato dell'altra fac-

cia della globalizzazione. Forse si tratta piuttosto di un'altra faccia della globalizzazione. Abbiamo continuato a essere collegati gli uni gli altri (l'esperienza terapeutica lo conferma), ma in forme e modi diversi, nelle quali la presenza fisica, corporea, è stata drasticamente ridimensionata.

La condizione di isolamento ci ha costretti a una seria limitazione dei nostri stili di vita, inducendo uno stato di 'deprivazione sensoria' attraverso una drastica riduzione di stimoli esterni (ad esempio, la riduzione degli spostamenti, l'assenza di vita sociale, di ritualità condivise, etc.). Quali possibili effetti può avere prodotto questa situazione sulla soggettività di ognuno di noi?

Una prima riflessione riguarda il tema del corpo, il quale sia nella sua assenza che iper-presenza, è stato il protagonista indiscusso di questa esperienza. Un corpo, dunque, assente nell'isolamento e nella richiesta di non contatto, ma anche iper-presente come oggetto di attenzione e preoccupazione costante. Si tratta di un corpo aggredito e messo in pericolo da un virus sconosciuto e pervasivo, al centro dell'apprensione e dell'inquietudine dei singoli, della curiosità e dell'interesse generale.

Tutto ciò che lo riguarda (la prevenzione, il contagio, la malattia e i suoi esiti, la cura) è stato e in parte è ancora in primo piano nelle nostre vite private e nel dibattito pubblico. Come è cambiata la percezione che ne abbiamo? Quanto tutto questo influenza il nostro modo di guardarlo? In qualche modo non sentiamo più attuale la rappresentazione del corpo di prima della Covid-19, un corpo pensato prevalentemente in termini di considerazione estetica e oggetto prestazionale. Abbiamo oggi a che fare piuttosto con un corpo che ha ripreso la scena in forma drammatica, fa parlare di sé, è guardato con interesse, ma è soprattutto oggetto di cura.

La situazione sanitaria ha proposto l'immagine di un corpo che può essere molto fragile e al cui centro c'è la salute, più che l'estetica. Sono anche cambiati i nostri riferimenti e ci sentiamo dipendenti da coloro a cui sono affidate le sorti della nostra sanità, riconoscendo l'importanza e il valore della loro competenza e del loro ruolo. Anche i processi identificativi possono esserne influenzati, ad esempio nei modelli che si comunicano alle nuove generazioni.

Non solo, la crisi pandemica ci ha confrontati quotidianamente con l'esperienza della morte dalla quale siamo stati circondati, in certe aree geografiche lo siamo ancora, e nelle situazioni peggiori direttamente colpiti. Si tratta di un'esperienza epocale per la società occidentale che ha vissuto negli ultimi settant'anni in tempi di pace, e di un'esperienza sconosciuta alle nostre generazioni.

La dissimulazione della morte, che secondo lo storico Philippe Ariès ci ha caratterizzati nell'ultimo mezzo secolo, non sembra più possibile e ciò ci mette direttamente in contatto con i sentimenti di precarietà e fragilità relativi alla condizione umana e dunque con i nostri limiti, sfidando così il diniego del tempo.

.....

Dal confronto con una dimensione depressiva e con il senso dei limiti della natura umana può emergere una riduzione delle illusioni onnipotenti e della 'cultura del narcisismo', una differente consapevolezza riguardo ai valori, sia in termini di riconoscimento delle competenze e di ciò su cui è necessario investire (la ricerca, ad esempio, lo studio, ma anche tutte le professioni di cura così penalizzate anche dal punto di vista economico e sociale), sia in

termini affettivi e relazionali, restituendoci il sentimento di appartenenza a una comunità più ampia e alla catena delle generazioni. Un sentimento in cui il noi prevale sull'io.

b) <https://www.scienzainrete.it/articolo/pandemia-insegna-quanto-sia-importante-rafforzare-resilienza/marco-rigo-erio-ziglio/2021-04>

Il bisogno di una nuova visione e strategia per la salute

In tutta la sua drammaticità la pandemia da SARS-CoV-2 ci mette di fronte all'opportunità di ripensare come promuovere e proteggere la salute individuale e di una intera comunità. Ci fa riflettere sul fatto che non possiamo continuare a considerare la prevenzione la cenerentola degli investimenti sanitari, e spinge a impegnarci per la salute in una prospettiva più ampia e sostenibile. Negli ultimi anni organizzazioni come l'OMS e la stessa Assemblea Generale delle Nazioni Unite hanno fornito spunti strategici per uno sviluppo ecosostenibile. Uno sviluppo che si sposi con la salute delle popolazioni e l'eradicazione della povertà. In pratica, è urgente che ci mettiamo nell'ottica che esiste un'unica salute ovvero One Health, o "salute circolare". Purtroppo questi indirizzi di sviluppo sono stati quasi sempre ignorati o non implementati sistematicamente né a livello globale, né a quello nazionale e locale. La pandemia ci sta fornendo lezioni troppo importanti per essere scordate appena finita. Essa ci fa riflettere sull'importanza della salute nella società. Senza salute non c'è sviluppo, né economia, né vita. Parafrasando il titolo di un famoso libro di Primo Levi: "Se non ora, quando?".

Una visione strategica deve tradursi in obiettivi misurabili e in programmi di implementazione. Già nel 2012 l'OMS asseriva che le politiche per la salute, a tutti i livelli di governo, dovrebbero avere due obiettivi centrali. In primo luogo la promozione della salute e la riduzione delle iniquità. In secondo luogo il miglioramento della leadership e della governance partecipativa per la salute. Per realizzare questi due obiettivi si deve agire in quattro direzioni, definite nel documento "Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century" realizzato dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS. Esse possono concisamente essere così riassunte:

- investire in salute attraverso un approccio mirato all'intero corso dell'esistenza e mirare all'empowerment delle persone;*
- affrontare le principali sfide sanitarie nel campo delle malattie trasmissibili e non trasmissibili;*
- rafforzare sistemi sanitari centrati sulla persona, potenziare le capacità di sanità pubblica e la preparazione, sorveglianza e risposta alle emergenze - pandemie e disastri ambientali inclusi;*
- creare comunità resilienti in grado di rispondere alle sfide e avversità creando ambienti favorevoli alla salute.*

La pandemia rende estremamente evidente quanto questa impostazione strategica sia attuale. Da notare l'inclusione della resilienza come una delle quattro priorità di intervento per una strategia di salute efficace e contrasto alle iniquità di salute. Il rafforzamento della resilienza è un elemento connesso con pressoché tutti i 17 obiettivi di sviluppo sostenibili dell'Agenda 2030 sottoscritti dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 2015.

Quattro forme di resilienza

La resilienza è scientificamente connessa con la capacità dei singoli o di una comunità di ottenere buoni risultati in termini di salute e benessere nonostante avversità, rischi e

vulnerabilità. La resilienza può essere studiata a livello prevalentemente individuale o con un focus a livello di una determinata comunità. Recentemente studi sulla resilienza si sono indirizzati anche sul livello di sistema, per esempio il sistema socio-sanitario. A prescindere dal livello di resilienza (individuale, comunità o sistema), il mondo scientifico ha analizzato quattro specifiche capacità di resilienza.

Negli studi scientifici, la prima capacità di resilienza viene descritta come *adaptive capacity*. Cioè la capacità di accettare ed adattarsi ad un evento più o meno traumatico. Per esempio la capacità di accettare ed adattarsi ad una diagnosi di malattia cronica. O una diagnosi di positività al Covid-19. Non tutte le persone hanno questa capacità di resilienza e questo può causare meccanismi di rifiuto della diagnosi o di frustrazione e rabbia che, seppur giustificabili, non aiutano il paziente ad affrontare la nuova situazione.

La seconda capacità viene descritta come *absorptive capacity*. Con questa capacità la persona non si limita ad adattarsi e ad accettare la malattia a lui o lei diagnosticata. Questa capacità implica che la persona inneschi un processo attivo per gestire efficacemente la nuova situazione in cui la persona si trova a causa della malattia. Spesso questa capacità aiuta i pazienti, una comunità o un sistema a vedere anche nuove opportunità nonostante la presenza di una diagnosi di malattia o la presenza di un evento avverso. In questo caso si potrebbe parlare di capacità di gestione attiva e di utilizzo di tutte le risorse a cui il paziente (o una comunità, o un sistema) può attingere. Non ci riferiamo solo a risorse economiche ma anche e soprattutto ad attivare supporto umano da buone relazioni familiari o associative. Risorse che permettono alle persone di non sentirsi sole ma in controllo della loro situazione nonostante le ovvie problematiche e sfide che la malattia comporta. La nozione di "sentirsi in controllo" è fondamentale in qualsiasi processo salutogenico. Ormai vi è un'ampia documentazione scientifica che imputa le disuguaglianze di salute tra persone appartenenti a gruppi socio-economici differenti al differente livello di controllo sulla propria vita. Altre risorse salutogeniche sono di natura sociale, come la solidarietà e il mutuo aiuto presenti in un determinato territorio, di natura eco-ambientale, come la presenza di contesti non inquinanti e favorevoli alla promozione della salute, di carattere socio-economico e spirituale. A questi si aggiunge infine un'ampia gamma di fattori che creano le condizioni per una vita individuale e collettiva più sana e sostenibile.

La terza capacità viene chiamata *anticipatory capacity*, cioè la capacità di prevedere e prepararsi a situazioni da affrontare a breve, medio e lungo termine. Tramite questa capacità un paziente può mobilitarsi per cambiare, per esempio, alcune mansioni lavorative rimanendo attivo nel mondo del lavoro. L'adattamento allo "smart-working" durante la pandemia è un esempio di questa capacità.

Infine vi è la capacità trasformativa *transformative capacity* da parte di un sistema di cambiare la sua struttura e le modalità di funzionamento per meglio affrontare una situazione di grande cambiamento. La letteratura scientifica ci dice che la capacità del sistema socio-sanitario di trasformare pratiche obsolete e potenziare pratiche innovative con impatto sulla resilienza dei pazienti e delle loro famiglie danno risultati tangibili in termini di salute.

Quest'ultimi comprendono una serie di elementi inclusi l'aumento della soddisfazione dei pazienti che si sentono più in controllo e fiduciosi in tutto il processo dall'identificazione della diagnosi, eventuale ospedalizzazione, dimissione e i check-up periodici. Altri benefici sono l'aumento dei livelli di compliance dei pazienti al trattamento prescritto e della loro abilità di autogestirsi efficacemente in molti aspetti relativi al piano di trattamento concordato con il personale medico. Altri elementi positivi possono includere (a seconda

delle patologie) la riduzione delle ri-ammissioni ospedaliere, la lunghezza della degenza e l'aumento della soddisfazione e performance del personale sanitario.

La resilienza nella pratica medica sul campo

Questa sezione riporta l'esperienza di uno degli autori (Marco Rigo) relativa ai concetti descritti in precedenza. Quanto verrà qui riportato non fa parte di una ricerca pre-pianificata, bensì è una testimonianza sul campo. Ha il pregio di mettere in relazione i concetti descritti nelle sezioni precedenti alla luce dell'esperienza vissuta in prima persona nell'assistere persone che hanno contratto il Covid-19.

È passato più di un anno da quando Covid-19 ha cominciato a condizionare pesantemente la vita delle persone in ogni parte del mondo, mettendo in pericolo la salute e la loro stessa vita. Una prima osservazione che possiamo fare è che la pandemia si è trasformata da fenomeno "acuto" a fenomeno "cronico". Affrontare questa trasformazione richiede molta resilienza a livello individuale, di comunità e di sistema per poter convivere con il virus. Oltre all'aspetto puramente sanitario, la pandemia sta producendo un impatto sociale ed economico che ha colto impreparati i governi e le persone.

La seconda osservazione è inerente al fatto che la reazione iniziale all'emergenza sanitaria - resa drammatica dalla propagazione del virus e da una impreparazione delle strutture sanitarie nel farvi fronte - è stata ovviamente di natura prettamente "infettivologica" (disinfezione di mani, superfici ed ambienti, mascherine, dispositivi di protezione individuale e altre misure di barriera e distanziamento fisico, tracciamento, isolamento, quarantena, lockdown a diversi gradienti). Non a caso igienisti e clinici infettivologi hanno assunto un importante ruolo informativo nei confronti dei mass media e dei decisori politici. In questa fase la discussione si è imperniata sulle caratteristiche del virus e della sua trasmissibilità (su quali superfici attecchisse il virus, disinfettanti e diluizioni efficaci, distanze da dover mantenere, ecc.).

La terza osservazione è che con il passare del tempo e con l'aumento delle conoscenze sul virus, i clinici hanno via via acquisito competenze sul come migliorare la gestione terapeutica dei casi. Tuttavia, possiamo anche affermare che sia gli infettivologi che i clinici non sono in possesso degli strumenti per cogliere interamente la complessità dei fenomeni sociali connessa con una pandemia della portata della SARS-CoV-2. Lo stesso vale per le implicazioni di natura comportamentale e psicologica delle misure di prevenzione raccomandate. Si spiegano così le numerose contraddizioni in cui gli "esperti" in molti paesi sono incorsi nel dare indicazioni utili per affrontare le varie sfaccettature del problema. Il tutto esasperato da un contesto mediatico sull'emergenza Covid-19 spesso caratterizzato da un tono sensazionalistico.

Il comprensibile tentativo di superare l'epidemia il più presto possibile per poter tornare alla vita normale ci porta ad un'altra osservazione. È plausibile affermare che per quanto riguarda il contenimento della pandemia le misure poste in essere dai governi in Italia e altrove si sono rivelate al di sotto delle aspettative. La letteratura scientifica indica che questo è stato determinato da dinamiche di propagazione e remissione molto spesso dipendenti da fattori connessi non solo al comportamento umano. Studi recenti stanno ponendo in luce il fatto che nella diffusione del virus e dei suoi impatti sociali sono entrati in gioco fattori connessi con il clima, i livelli e il tipo di inquinamento e un'ampia gamma di altri elementi complessi. In più, il perdurare dell'emergenza ha fatto sì che in determinati contesti questo ha portato con sé il rischio di far diventare poco efficaci disposizioni ragionevoli ma pensate però per un fenomeno di breve periodo. Eccezioni si sono ovviamente verificate, per esempio in

Nuova Zelanda, dove le caratteristiche geografiche hanno facilitato le misure messe in atto dal governo per tenere il virus fuori dai confini nazionali o in Israele, dove una rapida campagna vaccinale di massa sembra aver ridotto notevolmente la diffusione della malattia. Un'altra osservazione che abbiamo potuto verificare nella pratica medica è il constatare come i casi severi di Covid-19 siano diventati via via più gestibili sul piano individuale migliorando l'approccio e soprattutto la precocità di intervento. Questi elementi sono mancati nei primi mesi dell'epidemia per una serie di motivi: la scarsa conoscenza del virus e della patogenesi della malattia, l'iniziale inadeguatezza dell'organizzazione ospedaliera abbinata a una debolezza della medicina territoriale, l'indisponibilità di presidi, farmaci, vaccini, ecc.. Abbiamo osservato anche l'emergere di un profondo disagio della popolazione che si può definire di natura psicologico sociale. Ho visto questo disagio manifestarsi chiaramente con sindromi cliniche strutturate come ansia, attacchi di panico, depressione, incapacità di riprendere una vita di relazione normale senza allarmismo e troppa preoccupazione. È interessante e apprezzabile che in Italia e in altri paesi europei stiano iniziando una serie di studi su queste dimensioni connesse con la cronicizzazione della durata della pandemia. Vi è quindi un'urgenza nel trovare un appropriato equilibrio tra le misure classiche di contenimento del virus tramite distanziamento, lockdown, ecc. e quello che oggi l'OMS chiama pandemic fatigue con il conseguente aggravarsi o insorgere di tutta una serie altre problematiche mediche e sociali.

Si è potuto constatare infatti una tendenza crescente alla somatizzazione e sintomi vaghi che rivelano un'incapacità di resilienza adattiva. Questa è una condizione che se non superata può facilitare malattie organiche da stress (malattie cardiovascolari, auto-immunità, invecchiamento e deperimento precoce). Studi recenti confermano questa osservazione.

Una ulteriore osservazione scaturisce dalla mia esperienza nel prestare servizio medico presso una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) e indica la necessità di una approfondita ricerca che dia supporto alle persone e alle istituzioni. Ho potuto verificare la differenza tra il paziente "istituzionalizzato" e quello a domicilio, a parità di età e con patologie simili. Come nel resto del paese, appena l'epidemia Covid-19 si è presentata nella RSA sono state intraprese una serie di iniziative restrittive per gli ospiti al fine di limitare al massimo il potenziale scambio biologico tra interno ed esterno. In sintesi sono state create compartimentazioni molto rigide per ospiti e personale con soppressione di tutte le attività svolte nelle sale comuni (riabilitazione, animazione, eventi conviviali). Si è impedito l'uscita nel parco e in paese (limitando anche gli accessi ospedalieri a quelli assolutamente inevitabili). Si è posto il divieto per i famigliari e conoscenti di fare visita al congiunto in struttura. Questa modalità di gestione è stata mantenuta anche durante l'estate, nonostante il calo dei contagi, ed è continuata nell'autunno quando la "seconda ondata" ha comportato un ulteriore inasprimento delle tutele (ad esempio con il confinamento degli ospiti in camera). Dopo appena due mesi di questo trattamento sanitario gli ospiti hanno cominciato a manifestare evidenti sintomi di depressione e deterioramento psico-organico. In sintesi, un'involuzione generale che in diversi casi si è manifestata con dimagrimenti importanti, rifiuto del cibo, apatia, aggravamento dei sintomi della demenza.

Nella RSA (in Italia come in altri paesi) questa rigorosa gestione anti Covid-19 non ha impedito l'ingresso del virus, visto che in molte strutture lavorano spesso decine di operatori esterni che vanno e vengono. Con i primi casi positivi è iniziato quindi uno stillicidio di morti repentine. Al tampone positivo seguiva infatti dopo pochi giorni il decesso lasciando il tempo solo per una sedazione compassionevole.

È suggestivo osservare che fra la quarantina di pazienti anziani contagiati ed alcuni pa-

zienti oncologici in chemioterapia che ho seguito a domicilio, vi siano stati solo due sono deceduti, mentre gli altri sono guariti con decorsi più o meno impegnativi. In generale tutti erano affetti anche da altre patologie cronico degenerative.

Il confronto fra i malati curati a casa e quelli seguiti in RSA suggerisce che Covid-19 da solo non sia in molti casi sufficiente a determinare la drammatica progressione che porta alla morte, ma che abbia bisogno anche di circostanze facilitanti, come scarse capacità di resilienza. Seguendo questa ipotesi, la possibilità di superare l'infezione da Covid-19 dipenderebbe non solo da fattori macroscopici come età, patologie concomitanti, ma anche e soprattutto dalle possibilità e capacità di reazione all'evento.

Un approccio clinico che non tenga conto anche di queste circostanze corre il rischio di sottovalutare una delle armi più potenti che le persone possiedono per sopravvivere e che gli hanno permesso nel corso della storia di resistere a svariati rischi e circostanze avverse: la resilienza, appunto.

Questa riflessione apre un mondo nuovo per la ricerca sui modi di affrontare la pandemia o altre avversità in futuro. Il punto cruciale per la ricerca in questo campo è saper valutare e identificare misure di salute pubblica e di trattamento clinico capaci di rafforzare le capacità di resilienza dei pazienti e dei loro familiari. Alcuni studi stanno già applicando i concetti di resilienza a modalità innovative di fornire prestazioni sanitarie. Alcuni studi, ad esempio, hanno misurato l'impatto negativo di una campagna di comunicazione martellante che in molte persone ha sviluppato ansia e perfino terrore, in alcuni casi minando la loro capacità di resilienza. La psiche umana infatti non è selezionata per vivere a lungo e costantemente in pericolo senza che tutti suoi apparati ne restino profondamente alterati, in primis il sistema immunitario. Ne deriva che l'azione dei medici, e in generale del personale sanitario, deve essere anche orientata a riconoscere, ed eventualmente disattivare, i meccanismi di eccessiva allerta e preoccupazione, così come si pone sentinella di un'eccessiva infiammazione (che da meccanismo di difesa può diventare, se non disattivata, la causa del progredire e dell'aggravarsi della patologia).

In definitiva, per migliorare sia la pratica medica che le misure di salute pubblica, le considerazioni fatte precedentemente sulla necessità di preservare e rafforzare tutte e quattro le capacità di resilienza sono da tenere in grande considerazione. Usare una "lente di resilienza" per esaminare l'appropriatezza delle misure di prevenzione e trattamento delle malattie sia infettive come il Covid-19, sia non trasmissibili come le patologie croniche degenerative, risulta quanto mai essenziale e urgente.

Le parole della Prevenzione

Alberto Arlotti

L'epidemia di Covid-19 ha mostrato nel modo più crudo che il Servizio Sanitario Nazionale negli anni è diventato qualche cosa in cui la maggior parte del personale dell'assistenza Ospedaliera, dell'assistenza Distrettuale e della Prevenzione collettiva e Sanità pubblica fatica a riconoscersi.

La presentazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 ha rappresentato un importante momento di rilancio della Prevenzione per i suoi contenuti, ma forse ancora di più per il breve capitolo introduttivo intitolato "Vision e Principi" che richiama e ripropone con forza temi che costituiscono le basi culturali della Prevenzione: *Promozione della salute, Salute in tutte le politiche, Empowerment, Approccio su tutto l'arco della vita, Alfabetizzazione sulla salute, Contrasto delle disuguaglianze, Determinanti sociali e ambientali di salute, ecc.* Sono parole che fanno ormai parte del paesaggio quotidiano di chi si occupa di Prevenzione, sono diventate quasi un'abitudine, ma più si le guarda da vicino più mostrano la profondità dei loro significati. Per afferrarne le radici e percepire tutto il peso della loro ricchezza e verità occorre tornare indietro, molto indietro.

La Prevenzione nasce, a metà del 1800, più come risposta riformistica ai problemi sociali sollevati dall'industrializzazione e dall'urbanizzazione che come reazione medica agli enormi problemi di salute dell'epoca. A quel tempo manca il concetto di specificità delle malattie e mancano le più elementari conoscenze della loro etiologia. Si ritiene che una serie di fattori possa causare una malattia epidemica: il terreno, l'aria, l'acqua, gli alimenti, i miasmi, i rifiuti, l'urbanizzazione, il lavoro, la sessualità e la cattiva educazione. All'avvio della rivoluzione industriale le città, soprattutto in Inghilterra, sono così scandalosamente luride e inquinate e le condizioni dei poveri e dei fanciulli lavoratori sono così miserevoli da lasciare le loro incredibili tracce in documenti storici, scientifici e artistici.

In questo contesto Edwin Chadwick stende il "*Rapporto dei commissari della Poor Law sulle condizioni sanitarie della popolazione lavoratrice povera della Gran Bretagna*". I colleghi commissari sono così turbati dal contenuto del Report che declinano ogni responsabilità sostenendo che Chadwick l'ha scritto da solo. Il documento tenta di delineare anche una nuova politica di sanità pubblica, premessa al primo *Public Health Act*, pubblicato nel 1848. Questa legge concede alle autorità locali il potere di migliorare il drenaggio nelle strade e fornirle di fognature, di rimuovere tutti i rifiuti da case e strade, di fornire di acqua potabile pulita, e della nomina di un medico di fiducia per ogni comune. Il *Public Health Act* del 1848 rappresenta il primo dei provvedimenti normativi di Sanità Pubblica emanati, nella seconda parte del 1800, in tutti gli stati europei a tutela della salute dei cittadini. Agli studi di Chadwick e di riformatori come come Villerme in Francia, Engels in Inghilterra e Virchow in Slesia seguono nuove ricerche da parte di medici, chimici, ingegneri e urbanisti le cui risultanze sono alla base delle leggi di sanità pubblica che, aggiornate periodicamente, si susseguono a cavallo dei due secoli nei principali paesi europei, per la bonifica dei quartieri inquinati e la costruzione di città pulite e sane. Tale legislazione è imperniata sul principio secondo cui, per favorire la salute delle persone, è necessario allontanare dagli ambienti di vita e di lavoro le noxae patogene (che anno dopo anno vanno chiarendosi nel-

la loro natura e modalità d'azione), e garantire per converso l'accesso a acqua di buona qualità, a alimenti salubri, a ambienti soleggiati, aria pulita e verde urbano.

Particolarmente interessante, in questo periodo, è la figura di Rudolf Virchow, il patologo passato alla storia della medicina per la elaborazione della Teoria Cellulare. Virchow è anche un riformatore attivo tanto nell'azione politica (partecipa ai moti di Berlino del 1848 e sarà a lungo membro del Reichstag) quanto nell'elaborazione del pensiero sull'origine delle epidemie. Sulla scorta delle sue rigorose ricerche e di quelle di molti autori che mostrano che le condizioni di vita e di lavoro hanno un impatto enorme sulla salute, che la malattia colpisce i poveri più dei ricchi e che le condizioni sociali sono vitali in questa relazione, Virchow sostiene che il miglioramento in salute può essere raggiunto solo con "democrazia piena e illimitata" e "istruzione, libertà e prosperità" e che "la medicina è una scienza sociale e la politica non è altro che medicina su larga scala". Questa posizione, condivisa da molti suoi colleghi, prende il nome di Medicina Sociale.

La Medicina Sociale ha un grande seguito. I primi anni del XX secolo i riformatori socio-medici tra le due guerre su entrambe le sponde dell'Atlantico credono che si possa arrivare alla creazione di un ruolo sociopolitico per la medicina trasformandola in una scienza sociale: negli Stati Uniti si tenta di integrare la medicina con la ricerca sulle disuguaglianze sociali, in Gran Bretagna i dibattiti sulla Medicina Sociale si intersecarono con i dibattiti che circondano la progettazione di un servizio sanitario nazionale.

Nel secondo dopoguerra la Medicina Sociale si sviluppa soprattutto lungo due direttrici principali: la ricerca epidemiologica e l'azione allargata ai contesti sociali e al benessere mentale, negli ambienti Latino Americani, e la ricerca e l'azione nel campo delle malattie non trasmissibili, negli ambienti Anglo Americani. La Medicina Sociale Latino Americana si concentra sulla trasformazione politica e sociale. Figura centrale ne è il medico Salvador Allende, il presidente del Cile morto, in carica, durante l'assedio del palazzo presidenziale nel settembre 1973. Allende nel corso della sua attività politica affronta i determinanti sociali strutturali della salute e della malattia, crea il servizio sanitario nazionale cileno - il primo programma nazionale nelle Americhe che garantisce l'accesso universale ai servizi - e collega questa riforma ad altri sforzi che mirano a ottenere una distribuzione del reddito più equa, sicurezza del lavoro, migliori alloggi e nutrizione e un ruolo meno dominante per le multinazionali all'interno del Cile. La Medicina Sociale nel contesto Anglo Americano sviluppa, per converso, un modello di Prevenzione incentrato principalmente sul cambiamento del comportamento individuale. Spinti dal crescente successo delle pratiche specialistiche ospedaliere, gli approcci teorici del modello bio-medico prevalgono qui su quelli del modello socio-medico. Nel decennio tra il 1945 e il 1955 si studiano le abitudini di vita (es. l'attività fisica) e le condizioni personali (es. l'obesità) che sono correlate con la malattia coronarica. Si scopre anche una correlazione tra nati-morti e morti neonatali e costituzione fisica della madre (donne "obese" e donne "obese e basse"). Avviene in questo punto il salto concettuale. La stabilita spiegazione strutturale della relazione tra povertà e mortalità infantile è messa in discussione dal nuovo argomento comportamentale relativo all'obesità delle madri, indicato come principale determinante dei nati-morti e delle morti neonatali. Di seguito, nuove indagini socio-comportamentali iniziano a esplorare altri fattori, la più importante delle quali dimostra la drammatica correlazione tra abitudine al fumo e cancro del polmone. La campagna antifumo che ne segue in Gran Bretagna esemplifica il nuovo paradigma per un "modello comportamentale" di Prevenzione delle malattie croniche: cambiamento del comportamento individuale, aumento della consapevolezza della salute e promozione della cura della propria salute.

Volendo identificare le principali differenze tra questi due primi filoni di pensiero della Prevenzione, la Sanità Pubblica (Public Health) e la Medicina Sociale, si può chiaramente vedere che differiscono per il focus dell'interesse: la Sanità Pubblica tende a definire una popolazione

come una somma di individui di cui studia le caratteristiche e a cui propone strumenti “individuali” di Prevenzione (vaccinazioni, screening, ecc.) e si concentra sull’igienicità dell’ambiente. La Medicina Sociale vede le popolazioni, così come le istituzioni sociali, come totalità le cui caratteristiche trascendono quelle degli individui. La Medicina Sociale, quindi, definisce i problemi e cerca soluzioni con unità di analisi sociali piuttosto che individuali. Un’altra distinzione tra Medicina Sociale e Sanità Pubblica tradizionale, come ricordano Waitzkin e colleghi “riguarda la natura statica e dinamica di salute e malattia, così come l’effetto del contesto sociale. La medicina sociale concettualizza “salute-malattia” come un processo dialettico piuttosto che come una categoria dicotomica”.

Tra gli anni '30 e gli anni '70 del XX secolo viene messa a fuoco un terzo filone di pensiero di importanza capitale per la Prevenzione odierna: la teoria Socio-ecologica. Lo psicologo Kurt Lewin, fondatore della Psicologia Sociale, negli anni '30-'40 elabora la teoria secondo cui lo spazio/ambiente di vita determina il comportamento della persona, nell’esatto momento in cui si verifica il comportamento. Grazie al lavoro di Lewin nasce la Psicologia Ambientale, la disciplina che studia il benessere e il comportamento umano alla luce delle transazioni reciproche che avvengono tra l’individuo e l’ambiente socio-fisico che lo circonda. Gli studi vengono portati a termine, se così si può dire, negli anni '70 da Urie Bronfenbrenner. Questi concepisce un sistema di relazioni tra uomo e ambiente - ambiente articolato nelle sue componenti culturali, istituzionali, economiche e sociali – conosciuto come modello Socio-ecologico, che costituisce l’impronta su cui Dahlgren e Whitehead disegnano nel 1991 il loro Modello concettuale dei Determinanti di Salute. Secondo l’approccio Socio-ecologico, il comportamento della persona è fortemente influenzato, praticamente predeterminato, dall’ambiente fisico e sociale in cui questa si trova.

Dalla Medicina Sociale e dai modelli Socio-ecologici scende, quasi come una necessità, la concettualizzazione dei Determinanti Sociali di Salute, ovvero le principali condizioni che influenzano lo stato di salute di individui e comunità, i fattori quotidiani associati, con rapporto causale (in via di dimostrazione), con la salute e con la sua promozione.

L’eterna lotta, già intravista nei paragrafi precedenti, tra modello bio-medico e modello socio-medico all’interno delle organizzazioni sanitarie nazionali e internazionali, vive un momento assai significativo dopo la costituzione del Comitato direttivo dell’Organizzazione della Sanità della Società delle Nazioni 1919 (trasformata dopo la II Guerra Mondiale nell’Organizzazione Mondiale della Sanità delle Nazioni Unite) quando il Comitato decide di dare priorità nella sua attività alla impostazione della Medicina Sociale. Tale impronta è chiaramente riconoscibile in tutta l’azione dell’OMS, ad iniziare dalla definizione di Salute del 1948: “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale ...” che costituisce palesemente uno slogan politico più che un prodotto della moderna epistemologia medica.

Nel dopoguerra, tuttavia, nei paesi ad alto sviluppo economico, il crescente successo delle pratiche specialistiche ospedaliere vedono il modello bio-medico prevalere sul modello socio-medico come struttura concettuale di fondo su cui poggiano le discipline della salute. Tale equilibrio viene rotto nel 1974. Mark Lalonde, Ministro della Salute e dell’Assistenza del governo canadese, è preoccupato per i costi continuamente crescenti dell’assistenza sanitaria individuale, in assenza di un corrispondente aumento del livello di salute dei canadesi. Ordina pertanto uno studio intitolato “Una nuova prospettiva per la salute dei canadesi”, poi conosciuto come Rapporto Lalonde. Nello studio vengono riportate le recenti indagini di McKeown sui livelli di salute in Inghilterra e Galles dal diciottesimo secolo ai tempi contemporanei, che indicano nella limitazione delle dimensioni della famiglia, nell’aumento delle scorte di cibo e in un ambiente fisico più sano i principali contributi al miglioramento della salute registrato. Il Rapporto esamina la natura e le cause dell’attuale mortalità e morbilità ospedaliera in Canada, analizza i principali indicatori

dello stato di salute della popolazione e conclude che “non c’è dubbio che i futuri miglioramenti del livello di salute dei canadesi risiedano principalmente nel miglioramento dell’ambiente, nella moderazione dei rischi autoimposti e nell’aggiunta alla nostra conoscenza della biologia umana”. Il Rapporto porta Biologia umana, Ambiente e Stile di vita a un livello di importanza categoriale pari a quello dell’Organizzazione Sanitaria Rapporto Lalonde, insieme alla fondamentale esperienza dei paesi a “bassa ricchezza e ad alta salute” come il Cile, costituiscono il punto di partenza di quella che forse è stata la più fertile e creativa Conferenza dell’OMS della seconda metà del secolo scorso, la Conferenza sulla assistenza sanitaria primaria svolta ad Alma Ata nel 1978. In questa sede, viene definita l’Assistenza Sanitaria Primaria come “quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su metodi e tecnologie pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, resi universalmente accessibili agli individui e alle famiglie nella comunità attraverso la loro piena partecipazione”. La Dichiarazione che riassume i contenuti discussi in Conferenza è un testo denso, zeppo di concetti che saranno principi guida per l’attività dell’OMS degli anni futuri come: la cooperazione e la pace globali sono vitali per la salute; i bisogni economici e sociali modellano la salute; è necessaria l’equità; più settori e attori devono essere coinvolti per migliorare la salute; la Prevenzione deve essere parte integrante dell’assistenza sanitaria; i bisogni locali e della comunità devono guidare le attività di Promozione della salute. Altri concetti elaborati a Alma Ata saranno importanti nella definizione della Strategia “Salute per Tutti” e della “Promozione della Salute”.

Nel dicembre 1978, un mese dopo la Conferenza di Alma Ata, in quel clima, viene emanata in Italia la Legge n. 833, “Istituzione del servizio sanitario nazionale”. La nuova Legge, cosiddetta Riforma Sanitaria, fondata sui principi di universalità uguaglianza equità gratuità, possiede un approccio di grande apertura sociale che si pone in continuità con la prima Riforma sanitaria, la Legge Crispi-Pagliani del 1888, citata da storici della medicina per l’originalità dello sviluppo di programmi di medicina sociale in Italia. La Legge 833 pone tra i suoi obiettivi l’Educazione sanitaria in primis, la Prevenzione delle malattie e degli infortuni subito dopo, poi la diagnosi e la cura degli eventi morbosi, l’igiene dell’ambiente naturale, di quello di vita e di lavoro, l’igiene degli alimenti e delle bevande, ecc. La Legge, coi suoi documenti di modifica e integrazione, articola i livelli essenziali di assistenza in: “a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica; b) Assistenza distrettuale; c) Assistenza ospedaliera”. Oltre a sottolineare come in un ideale livello gerarchico la Prevenzione sia posta al livello più alto, di particolare rilevanza appare la struttura e la vastità dell’area di attività dell’Assistenza distrettuale, che testimonia come il legislatore abbia voluto dare forma concreta alle parole “resi universalmente accessibili agli individui e alle famiglie nella comunità” della Dichiarazione di Alma Ata.

Le novità nei prolifici anni ’70 non si fermano. Nel corso della Assemblea mondiale dell’OMS del maggio 1977 viene approvata la Strategia “Salute per Tutti”, una nuova visione della salute secondo cui “Il principale obiettivo sociale dei governi e dell’OMS nei decenni futuri sarà il raggiungimento entro l’anno 2000 per tutti i cittadini del mondo di un livello di salute tale da portare ad una vita socialmente ed economicamente produttiva”. Il dr. Mahler, allora direttore generale dell’OMS, la definisce “un contratto sociale per la salute”. La visione viene lanciata con grande risonanza nel corso della Conferenza di Alma Ata. La strategia della “Salute per Tutti” si basa su alcuni principi fissati dalla Dichiarazione di Alma-Ata tra cui si ricordano: l’assistenza sanitaria primaria deve essere accessibile a tutti; i cittadini hanno il diritto di partecipare alla progettazione ed alla realizzazione del proprio servizio sanitario; devono essere individuati i principali problemi della salute, e devono essere forniti i servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione; la realizzazione del più alto livello possibile di salute richiede l’azione di molti altri settori sociali ed economici in aggiunta a quello sanitario.

Negli anni, la Strategia “Salute per Tutti” pubblica periodicamente documenti che individuano gli obiettivi per gli anni futuri e i principi secondo cui i governi dovranno sviluppare la loro azione. L'ultimo, “SALUTE21: la politica quadro di Salute per Tutti per la regione europea” del 1999, sottolinea, fra gli altri, i concetti di Equità nella salute (rispetto povertà, disoccupazione, genere, minoranze etniche e migranti, disabili, ecc.) e di promozione e protezione della salute delle persone lungo tutto l'Arco della loro vita.

L'ultimo significativo frutto di Alma Ata e della strategia “Salute per Tutti” è la Conferenza OMS sulla Promozione della Salute tenuta a Ottawa nel 1986. L'idea di partenza è che la Promozione della Salute sia uno impegno molto diverso dalla Prevenzione delle malattie e che gli sforzi basati unicamente su teorie psicologiche per ridurre i fattori di rischio degli stili di vita con il cambiamento comportamentale abbiano avuto un successo molto limitato. La Carta, riassumendo i contenuti discussi in conferenza, ribadisce che *condizioni e risorse fondamentali della salute sono: la pace, la casa, l'istruzione, il cibo, il reddito, un eco-sistema stabile, la continuità delle risorse, la giustizia e l'equità sociale*. Propone le definizioni di “Promozione della Salute” e di “Benessere” fissando il primo concetto come *il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla.*, e il secondo come *la capacità di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvisi*. Passando dalla teoria alle indicazioni per la pratica, la Carta chiama all'azione governi, organizzazioni di volontariato, autorità locali, industria/attività, media, ecc. per *Costruire una politica pubblica per la tutela della salute*, propone una prospettiva socio-ecologica indicando la necessità di *Creare ambienti capaci di offrire sostegno*, identifica la comunità come componente elementare della società entro cui sviluppare le attività e chiede di *Rafforzare l'azione della comunità*, propone l'azione educativa come strumento per slegare le persone e la comunità dalle condizioni del vivere entro cui sono prigioniere prescrivendo di *Sviluppare le capacità personali*, e infine ribadisce la necessità di riequilibrare le varie componenti dei servizi sanitari e con ciò *Riorientare i servizi sanitari*.

La strategia OMS “Salute per Tutti” nel tempo si rivela più una visione ispiratrice per l'Assistenza Sanitaria Primaria e la Prevenzione che un preciso piano d'azione. Nonostante l'attenzione più volte ribadita all'azione intersettoriale, l'attuazione del concetto globale di assistenza sanitaria rimane debole. È ulteriormente indebolito dal concetto di “assistenza sanitaria primaria selettiva”, introdotto negli anni '80 dopo la grande depressione del 1978, che richiede una serie più ristretta di azioni incentrate su malattie specifiche. Ciò avviene in un contesto globale di cambiamenti verso politiche neoliberiste che promuovono la privatizzazione, danno molto maggiore peso agli approcci mirati, con un'azione più chiara e limitata nel tempo e con finanziamenti basati sui risultati, in cui è possibile collegare input e output e seguire i flussi di denaro; un approccio non facilmente compatibile con azioni e politiche intersettoriali integrate.

In questo contesto, nel 1997, il Governo inglese affida a Donald Acheson un'indagine sulle Diseguaglianze presenti nel Regno Unito e il loro impatto sulla salute. (Le Diseguaglianze sono definite dall'OMS come “differenze nello stato di salute evitabili, sleali e ingiuste all'interno e tra i paesi”.) Il Rapporto ha risonanza internazionale perché pone sotto il riflettore il fenomeno sempre più grave di allontanamento dalla salute di parti sempre più ampie di popolazione, che scivolano verso aree di disagio. Dall'inchiesta emergono molte informazioni. Persistono inaccettabili disuguaglianze nella salute, nonostante la mortalità media sia diminuita negli ultimi 50 anni. Molti indicatori di salute mostrano che le Diseguaglianze rimangono le stesse o si sono ampliate negli ultimi decenni. Tali Diseguaglianze colpiscono l'intera società e possono essere rilevate in tutte le età della vita, dalla gravidanza alla vecchiaia. Le evidenze scientifiche sostengono una spiegazione socio-economica delle Diseguaglianze in salute. Ciò fa risalire le radici della cattiva

salute a fattori determinanti sociali come il reddito, l'istruzione e l'occupazione, nonché l'ambiente materiale e lo stile di vita.

Ancora una volta vengono chiamati in causa, come già fatto da Virchow e colleghi, i determinanti sociali della salute. I Determinanti Sociali di Salute sono definiti dall'OMS come "le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano ed invecchiano" e "i driver fondamentali di queste condizioni".

Il peso schiacciante delle evidenze scientifiche dimostra oggi i potenti effetti dei fattori socioeconomici, e dei collegati fattori sociali, sulla salute, anche quando la conoscenza definitiva dei meccanismi specifici e degli interventi efficaci è ancora limitata. Sono studi complicati, portati avanti in questi anni tra molte difficoltà, e i ricercatori mettono sempre più in discussione l'adeguatezza dei criteri tradizionali per la valutazione delle prove. Sono presenti studi condotti come esperimenti naturali, quasi-esperimenti, esperimenti controllati randomizzati. Molti studi, per la loro intrinseca complessità, utilizzano tecniche avanzate per ridurre bias e confusione dovuti a variabili non misurate, ad esempio: regressione multipla, variabili strumentali, disegni caso-controllo abbinati e corrispondenza del punteggio di propensione. Le evidenze mostrano che esposizioni dirette ad alcuni aspetti dei fattori socioeconomici producono effetti rapidi sulla salute. Tuttavia, la maggior parte delle relazioni forti e pervasive tra fattori socioeconomici e risultati sulla salute seguono percorsi causali complessi e lunghi, come per esempio l'associazione tra la durata della povertà infantile e la funzione cognitiva degli adulti, spiegata non solo dai deficit materiali legati alla povertà, ma anche in parte dallo stress infantile cronico. Diverse revisioni recenti descrivono il carico allostatico prodotto dalla esposizione a fattori di stress sociali e ambientali. Un'altra area di conoscenza in rapida evoluzione esplora il ruolo dei fattori socioeconomici e di altri fattori sociali nei processi epigenetici che regolano se i geni sono espressi o soppressi. Un ulteriore campo di indagine è il timing: lo svantaggio socioeconomico della prima infanzia, ad esempio, è stato ripetutamente associato alla suscettibilità a una serie di malattie degli adolescenti e degli adulti, indipendentemente dalla posizione socioeconomica dell'adolescente o dell'adulto.

Queste nuove conoscenze spingono ad affermare che le Diseguaglianze di salute sono anche principalmente il risultato di differenze in questi determinanti, che influenzano le circostanze in cui le persone nascono, crescono, studiano, vivono ed invecchiano, e di differenze nei sistemi sanitari attivati per affrontare la malattia. Pertanto, le politiche pubbliche che si occupano di acqua e servizi igienico-sanitari, istruzione, servizi sociali, ambienti naturali e costruiti, produzione agricola e industriale, commercio, regolamentazione, riscossione delle entrate e allocazione delle risorse pubbliche hanno importanti effetti per la salute della popolazione e sull'Equità in salute. Per questo motivo l'OMS nella sua Dichiarazione politica di Rio sui determinanti sociali della salute del 2011 inserisce un punto che afferma "La Salute in tutte le politiche, insieme alla cooperazione e all'azione intersettoriale, è un approccio promettente per migliorare la responsabilità in altri settori per la salute, nonché per promuovere l'equità nella salute e società più inclusive e produttive".

"Salute in tutte le Politiche" diviene negli ultimi anni una delle strategie più rilevanti dell'OMS e uno dei principi chiave della strategia sanitaria dell'UE, ma in pratica non ha ancora minimamente conquistato l'attenzione dei decisori.

Spunti per un approfondimento laboratoriale Coinvolgimento attivo e resilienza personale: come potenziare le risorse

Sandra Bosi

Ogni Metalogo prevede qualche spunto per un approfondimento laboratoriale di alcuni concetti chiave trattati. L'applicazione del Modello Transteorico del Cambiamento (TTM) di LdP riguarda in modo precipuo il tema del cambiamento dei comportamenti nelle malattie non trasmissibili.

La pandemia, ha costituito l'opportunità di ripensare ad una applicazione del modello anche per le malattie trasmissibili, prendendo in considerazione qualcuno dei processi cognitivo-comportamentali del TTM.

I capitoli precedenti hanno evidenziato quanto sia essenziale favorire il coinvolgimento attivo dei cittadini nelle scelte di salute. Resta il problema di come farlo perché sia pratica diffusa ed efficace.

Ci siamo concentrati in modo specifico sulla costruzione di resilienza mediante: attivazione emotiva, autoconsapevolezza, contrasto alle resistenze.

Si propone di seguito un percorso formativo di esercitazioni sui temi indicati.

Il concetto di Resilienza: in ecologia e in biologia la resilienza è la capacità di autoripararsi dopo un danno.

Il profilo di resilienza fa riferimento a abilità e risorse cognitive, emotive, comunicative, sociali.

Costruire resilienza significa:

- Acquisire abilità per riemergere dalle avversità e perseverare nel tempo pur tra le difficoltà
- Individuare i fattori di resilienza della persona
- Individuare metodi e pratiche per accrescere i fattori di resilienza

Abilità cognitive:

- Capacità di elaborare le informazioni
- Costruzione di senso
- Autoefficacia
- Capacità di anticipare le situazioni e formulare previsioni realistiche
- Costruzione di alternative

Abilità comunicative

- Chiarezza

- Ascolto
- Empatia
- Assertività

Abilità emotive:

- Gestire le emozioni con consapevolezza
- Identificare e riconoscere i propri vissuti emotivi e sapere esprimerle.

Abilità sociali: saper riconoscere fattori di rischio= vulnerabilità e fattori protettivi = resilienza, rispetto a:

- famiglia
- luogo di lavoro
- gruppo relazionale affettivo amicale

La Resilienza è collegata all'autoefficacia: credere nelle proprie capacità di organizzare, dare luogo e sostenere per un tempo dato i comportamenti necessari per affrontare una specifica situazione che si prospetta (Bandura, 1986)

ESERCITAZIONI

Fase 1

Esempi di difficoltà di informazione (manifestazioni di resistenze al cambiamento) e preoccupazioni emerse (attivazione emotiva disadattiva) in tempi di pandemia

Primo step: suddividere le affermazioni come Resistenze, Attivazione emotiva, altro :

Timori verso la tipologia di vaccino	resistenza (R)	
Senso di precarietà	attivazione emotiva disadattiva – (AED)	
Solitudine, ansia e depressione		AED
Problemi economici insorti in seguito all'evento traumatico		ALTRO
Problemi di salute aggravati o sottovalutati a causa dell'emergenza		ALTRO
Isolamento personale		AED
Isolamento professionale a causa del lavoro a distanza		AED
Aumento conflitti in famiglia		ALTRO
Senso di precarietà e pessimismo per il futuro		AED
Preoccupazione per i propri famigliari		R e AED
Preoccupazione per se stessi		R e AED
Instabilità e rottura di legami affettivi		ALTRO
Difficoltà a rispettare le misure costrittive		R
Ansia e mancanza di respiro		AED
Poca fiducia nella informazione		R
Poca fiducia nei servizi sanitari e nei dispositivi di cura		R
Paura		AED
Rabbia		AED
Tristezza		AED

Disgusto	AED
Sorpresa	AED
Teoria del complotto	R

Secondo step: Associare ad ogni affermazione appartenente alla categoria AED o R qualche frase di riferimento indicativo per concretizzarla

Esempi di frasi:

Voglio scegliere io il vaccino per me.

Non riesco più a progettare nulla.. nemmeno le vacanze estive.

Non ho voglia di niente. Non ne posso più.

Sono da solo, sono sempre solo.

A molti piace il lavoro a distanza.. io lo trovo terribile: si è tutto il giorno da soli davanti a un pc.

Chissà se ne verremo fuori.

Ho paura che si ammalino i miei genitori.

Ho paura di ammalarmi.

Non capisco il coprifuoco. Ho sempre portato fuori il cane verso le 11; non ho mai incontrato nessuno.

Sento un affanno che prima non avevo.

Ho smesso di comprare il giornale.

Sono momenti in cui bisogna proprio sperare di non avere bisogno dell'ospedale.

Ho molta paura. Sono terrorizzata.

Sono spesso triste e mi viene da piangere.

Ci hanno tolto la vita di prima e non capisco il perché. Sono molto arrabbiata.

È disgustoso vedere ancora tante persone in giro senza mascherina.

Ci stanno prendendo in giro. È solo una influenza più grave delle altre. Di certo ci sono dietro degli interessi economici.

Terzo step:

Le risposte costituiscono esempi di reazioni individuali o di gruppo di attivazione emotiva ostacolante il cambiamento e non favorente la resilienza o di manifestazione di resistenza al cambiamento razionale/irrazionale.

Sono ostacoli al percorso di accettazione e superamento del problema.

Come si gestiscono?

Entrambe vanno accolte e non debbono mai essere oggetto di spiegazione, precisazione oppositiva.

Alle attivazioni emotive disadattive si risponde con un rinforzo e una attivazione positiva di segno opposto.

Per es: risposta individuale

Ho paura.

Ho avuto molta paura anche io. In questo periodo meno? Ti capita anche di non aver paura

di sentirti bene, in forma, ottimista, coraggiosa..? Almeno in qualche momento.

Per es: risposta ai gruppi

Abbiamo paura!

È una bella reazione... pensate se nessuno avesse paura. Cosa sarebbe bene provare oltre la paura...?

Alle resistenze si risponde “rotolandosi”, evitando risposte rassicuranti o oppositive.

Per es: coprifuoco. (individuale e di gruppo).

In effetti non è facile trovare delle soluzioni eque. Per te, per voi, quale sarebbe stata una soluzione più equa?

Non so.. stabilire che si può uscire la notte a giorni alterni.

Ok. Proviamo ad effettuare una bilancia decisionale rispetto a vantaggi e svantaggi dell'una e dell'altra soluzione?

Il coinvolgimento attivo facilita la responsabilizzazione e l'empowerment di comunità. Le esercitazioni sopra riportate sono un esempio di applicazione del TTM per potenziare la propensione al cambiamento e la resilienza individuale.

Conclusioni

Il metalogo ha offerto molti spunti per riflettere sul concetto di prevenzione, sottolineandone gli aspetti più generali (Piano Nazionale della Prevenzione), gli aspetti legati alla evoluzione dei paradigmi e l'impatto della pandemia su una situazione di sofferenza per le Istituzioni e per i singoli.

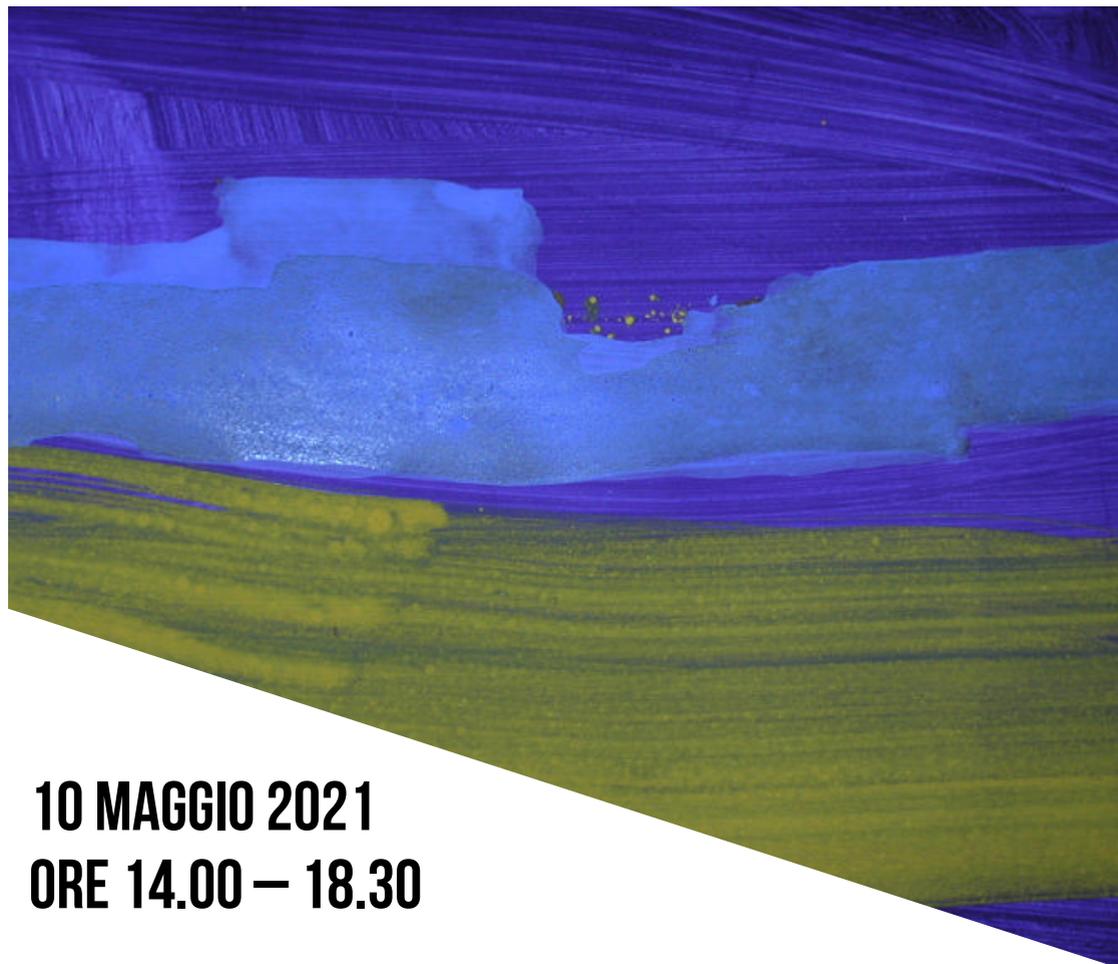
In un programma di formazione- azione su questi temi dovrebbero essere presenti:

1. La lettura e la risposta ai bisogni formativi del personale sanitario
 2. Come affrontare la Comunicazione ai Decision Makers e ai Cittadini
 3. Cosa significa rivedere la prevenzione veramente alla luce del paradigma socio-ecologico, educativo, della prossimità.
 4. Cosa significa affrontare il tema dei contenuti di salute presenti nei settori della società non sanitari che in parte sono trascurati e in parte sono nuovi; Tema affrontato dal PNP nelle Linee di Supporto Centrale
 5. Come affrontare l'integrazione tra ospedale, sanità territoriale e prevenzione (vedi Covid)
- Come sarà obiettivo di ogni metalogo, si è cercato di unire i numerosi spunti teorici fra cui ogni operatore possa scegliere cosa è importante trasmettere rispetto al proprio ruolo e qualche spunto pratico di attività.

Il tema della relazione con la pandemia sarà analizzato nei dettagli nel metalogo successivo *Giovani e Covid* che ospiterà alcuni elementi del vissuto giovanile sulle problematiche attuali legate alla diffusione del virus.

Bibliografia

1. Acheson D. *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London: The Stationery Office, 1998
2. Braveman P. et alii. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Rep*. 2014 Jan-Feb; 129(Suppl 2): 19–31.
3. Bynum W.F. *L'Ottocento: scienze mediche. Medicina e società*. In *Storia della Scienza* (2003) www.Treccani
4. Carreri V. *La prevenzione dimezzata*. Mantova: Editoriale Sometti, 2019
5. Cosmacini G. L'evoluzione della sanità dall'unità d'Italia al Duemila. In *Salute e sanità a 150 anni dall'unità d'Italia: più vicini o più lontani?* *Epidemiol Prev* 2011; 35 (5-6) suppl 2: 1-136
6. Dal Sun Han, et alii. Origins and Evolution of Social Medicine and Contemporary Social Medicine in Korea. *J Prev Med Public Health*, 2017;50:141-157
7. Dorato E. *Preventive Urbanism: The role of health in designing active cities*. Macerata: Quodlibet Studio, 2020
8. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale"
9. Green L.W. & Kreuter M.W. *Health Program Planning: an educational and ecological approach. 4th edition*. New York: McGraw Hill, 2005
10. Grmek M.D. *Storia del pensiero medico occidentale. Volume 3 Dall'età romantica alla medicina moderna*. Bari: Editori Laterza, 1998
11. Horton R. Public health or social medicine? It matters. *The Lancet* November 2013 vol 382, Special Issue:1
12. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1981
13. Lemma P. *Promuovere la salute nell'era della globalizzazione: una nuova sfida per antiche professioni*. Milano: Edizioni Unicopli, 2005
14. Leppo K. et alii. *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2013
15. Magnussen L. *Comprehensive Versus Selective Primary Health Care: Lessons For Global Health Policy*. *Health Affairs* vol. 23, No. 3: Global Challenges In Health, 2004
16. Mulas A. Cuba e il sistema sanitario nazionale figlio della Rivoluzione, 1 Aprile 2020, <https://www.lastoriatutta.org//cuba-e-il-sistema-sanitario-nazionale-figlio-della-revolucion>
17. Porter D. How Did Social Medicine Evolve, and Where Is It Heading? *PLoS Medicine* | www.plosmedicine.org 1667 October 2006
18. Raingruber B. *Contemporary Health Promotion in Nursing Practice Chapter 2 The History of Health Promotion*. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers, 2014
19. Waitzkin H. et alii. Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America. *American Journal of Public Health*, October 2001, Vol 91, No. 10
20. Vartiainen E: The North Karelia Project: Cardiovascular disease prevention in Finland. *Glob Cardiol Sci Prac* 2018 Jun 30; 218(2):13
21. Wikipedia english version. Rudolf Virchow
22. WHO Alma-Ata Declaration, 1978
23. WHO Target To Health for All in Europe by the year 2000, 1985
24. WHO Ottawa Charter for Health Promotion, 1986
25. WHO Preventing chronic diseases: a vital investment, 2004
26. WHO Gaining health: The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2006
27. WHO Rio Political Declaration on Social Determinants of Health and Health in All Policies, 2011



10 MAGGIO 2021
ORE 14.00 – 18.30

NUOVI PARADIGMI PER UNA PREVENZIONE EFFICACE

Seminario ONLINE su piattaforma ZOOM
ad iscrizione obbligatoria
a cura di Luoghi di Prevenzione

Per informazioni

LUOGHI DI PREVENZIONE

segreteria@luoghidiprevenzione.it

www.luoghidiprevenzione.it



NUOVI PARADIGMI PER UNA PREVENZIONE EFFICACE

10 maggio 2021 ore 14.00-18.30

Seminario ONLINE su piattaforma ZOOM

a cura di Luoghi di Prevenzione

Introduzione

Il confronto prolungato con la pandemia e il Nuovo Piano della Prevenzione impongono e propongono un approfondimento sui paradigmi che dovrebbero orientare politiche per la promozione della salute.

Nell'inquadramento generale del Piano della Prevenzione 2021-2025 si collocano interventi sulla storia del Pensiero sulla Prevenzione, gli spunti per una riflessione politica, la revisione critica di un anno di successi e di difficoltà.

Contenuti della giornata

Il metalogo, parte dalla presentazione del Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione (interventi di Daniela Galeone e Paola Angelini) proponendo un confronto fra quanto l'esposizione alla pandemia abbia modificato drasticamente i nostri modi di intendere la relazione fra malattie trasmissibili e non (intervento di Mariella Martini) e richiamando alla necessità di trovare nuove vie per realizzare una prevenzione efficace.

L'intervento conclusivo delle presentazioni tematiche affronta l'argomento della evoluzione del Pensiero della Prevenzione delle malattie negli ultimi anni che si è consolidata in documenti-chiave, prodotti principalmente dall'OMS, portatori di concetti che costituiscono la BASE CULTURALE della Prevenzione che si *dovrebbe* fare oggi, così come giustamente ricorda il PNP 2020-2025 nella sua ampia parte dedicata a "Vision e Principi" (intervento di Alberto Arlotti).

Tre assunti paiono i cardini su cui si regge tutto il Pensiero di Prevenzione di oggi:

- La prospettiva socio-ecologica, cioè la teoria secondo cui i comportamenti e la vita in generale delle persone non sono connotati dal libero arbitrio, ma sono profondamente condizionati dal contesto, "le condizioni del vivere", in cui si trovano le persone, il cui tragitto di vita è quindi predeterminato
- La prospettiva educativa, cioè il pensiero secondo cui la predestinazione del tragitto di vita delle persone può essere spezzata solo da una azione educativa capace di dare a ogni persona e alla comunità maggiore controllo sul proprio destino
- La necessità di un riequilibrio e integrazione dell'impegno e delle risorse tra assistenza ospedaliera, sanità territoriale, prevenzione, anche con un'ottica di eco-sistema di natura

Questi assunti costituiscono un mondo culturale, un modo di pensare, che deve penetrare ogni persona che riflette sulla prevenzione, ogni persona che progetta e che esegue di interventi di prevenzione, a ogni livello.

Un mondo culturale costituito da principi, pensieri e metodi molto teorici, rarefatti, che possono essere certamente appresi con lo studio libresco, ma che assumono tutto il peso della loro profondità e della loro verità quando lo studio viene accompagnato dall'azione pratica applicativa.

Chi lavora per la prevenzione secondo questo modo di pensare fa prevenzione principalmente con le parole (gli strumenti applicativi vengono dopo, al limite, anche quando si tratta di vaccini o screening).

Con le parole si contatta, spiega, convince, motiva all'azione una persona o una comunità. Si parla, o si comunica, coi politici, con i tecnici di altri settori, con i propri direttori sanitari, con i propri colleghi e collaboratori.

Questo modo di pensare la Prevenzione è quindi sempre direttamente accompagnato e collegato a una strategia di comunicazione disegnata appositamente passo dopo passo, lungo la strada che si sta facendo.

“fare politica significa fare cultura”. Il PNP 2020-2025 è uno strumento alto di politica sanitaria, quindi ha senso solo se arricchisce la cultura (sapere e sapere fare) dei destinatari, li conduce verso lo stato dell'arte. Il PNP 2020-2025 fiorisce se viene irrorato da una “formazione fortemente orientata all'azione”(vedi PNP - Azioni Trasversali - 3.1).

Dopo le lezioni dei relatori si affronteranno, con modalità interattiva, alcuni fra i seguenti concetti, nel percorso laboratoriale :

1. Vision e Principi del Piano Nazionale della Prevenzione
2. La lettura e la risposta ai bisogni formativi del personale sanitario
3. Come affrontare la Comunicazione ai Decision Makers e ai Cittadini
4. Cosa significa rivedere la prevenzione veramente alla luce del paradigma socio-ecologico
5. Cosa significa rivedere la prevenzione veramente alla luce della prospettiva educativa
6. Cosa significa rivedere la prevenzione veramente alla luce della prossimità-ecc.
7. Cosa significa affrontare il tema dei contenuti di salute presenti nei settori della società non sanitari che in parte sono trascurati e in parte sono nuovi; Tema affrontato dal PNP nelle Linee di Supporto Centrale
8. Come affrontare l'integrazione tra ospedale, sanità territoriale e prevenzione (vedi Covid).

Destinatari

Scuole di specializzazione universitarie, Dipartimenti di Sanità Pubblica, Direzioni sanitarie e di distretto, specialistici ospedaliere, case per la salute, cure primarie, assessorati alle politiche per la salute.

Programma

- 14.00 Saluto e apertura dei lavori. Discussant: Emanuela Bedeschi
 14.15 Il Piano nazionale della Prevenzione - Daniela Galeone
 14.45 Il Piano regionale della prevenzione - Paola Angelini
 15.15 I cambiamenti difficili: risposte e gestione della resilienza durante una pandemia - Mariella Martini
 15.45 Le parole della prevenzione - Alberto Arlotti
 16.30 Discussione e Conclusioni - Daniela Galeone, Emanuela Bedeschi
 16.45 Seminari laboratoriali in 2 gruppi: approfondimento interattivo sui concetti chiave.
Seminario A - La prevenzione difficile
 Mariella Martini, Sandra Bosi, Giorgio Chiaranda (da confermare)
Seminario B - Prospettive per la nuova prevenzione
 Alberto Arlotti, Paola Angelini, Daniela Galeone

18.00 Discussione plenaria e conclusioni

Seminario ONLINE su piattaforma ZOOM ad iscrizione obbligatoria

PER ISCRIZIONI: sezione Convegni e Seminari - www.luoghidiprevenzione.it

PER INFORMAZIONI

LUOGHI DI PREVENZIONE

segreteria@luoghidiprevenzione.it

www.luoghidiprevenzione.it

#1

I Metalloghi di Luoghi di Prevenzione

1. Nuovi paradigmi per una prevenzione efficace

Salute, promozione della salute, educazione alla salute, educazione sanitaria: il metalogo rappresenta un excursus storico sul pensiero della prevenzione.



Il volume è stato realizzato nell'ambito del progetto CCM: "Cambiare stili di vita non salutari. La formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti in ambito della promozione della salute".