

tempo). Si tratta di anziani che vivono prevalentemente da soli al Centro-Nord e in famiglie allargate al Sud, per i quali la povertà minaccia la salute attraverso la scarsa qualità dell'alimentazione, le difficoltà di mobilità e di autonomia dentro e fuori l'abitazione, la difficoltà a ripararsi dal freddo e la scarsa possibilità di usufruire di strutture e ricevere assistenza. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 si è dato obiettivi di integrazione tra le politiche sociali e sanitarie in modo che venga assicurata un'assistenza domiciliare ogni volta che sia possibile evitare l'istituzionalizzazione. Molte politiche locali si sforzano anche di prevenire gli effetti psicosociali della solitudine e della perdita di ruolo dell'anziano per evitarne l'emarginazione, ma spesso queste opportunità sono distribuite in modo molto disomogeneo nelle diverse aree del Paese.

Genitori soli con figli dipendenti. Quasi 400.000 madri nel 1993 vivevano sole con i figli a carico, con il duplice ruolo di chi lavora e di chi deve prendersi cura della famiglia. In questo gruppo la prevalenza di povertà è più elevata (9,7 per cento nella media italiana e 22 al Sud). I genitori soli con figli dipendenti sembrano un gruppo di popolazione ad alto rischio non solo per la povertà (soprattutto le donne), ma anche per la salute (soprattutto gli uomini), sia perché hanno una sopravvivenza più sfavorevole, sia perché sono esposti con maggiore frequenza a fattori di rischio come fumo, alcol, stress, assistenza sanitaria di bassa qualità. Le politiche sanitarie non hanno attenzioni specifiche nei confronti di questo gruppo, mentre le politiche sociali tendono a garantire un'integrazione del reddito.

Disoccupati. L'Italia è uno dei paesi con più alti tassi di disoccupazione in Europa. La sua frequenza è cresciuta negli ultimi vent'anni, passando dal 7,6 per cento della forza lavoro nel 1980 (pari a 1.684.000 disoccupati) all'11,4 per cento del 1999 (pari a 2.669.000 disoccupati); tra questi anche la proporzione di disoccupati di lunga durata è aumentata (dal 3,9 per cento del 1981 all'8,3 del 1999). (Occorre ricordare che dal 2000 la disoccupazione ha cominciato a scendere). Le donne, i giovani e la residenza al Sud sono altrettanti fattori di rischio per la disoccupazione di lunga durata. Lo stesso andamento riguarda i giovani disoccupati. In questo caso, al rischio povertà si aggiungono tutte le condizioni sfavorevoli legate alla condizione della disoccupazione. Il lavoro retribuito, oltre ad assicurare il reddito, assegna un ruolo sociale alle persone, ne struttura e organizza il tempo di vita, garantisce una rete di relazioni. Perdere il lavoro significa perdere queste risorse fondamentali per il benessere e la sicurezza di una persona e della sua famiglia. Le reazioni psicologiche e comportamentali a questo evento hanno conseguenze pericolose per la salute. Agli effetti della povertà indotta dalla caduta del reddito si assommano gli effetti acuti dell'evento rappresentato dalla perdita del lavoro (fonte di identità, di ruolo sociale, di struttura del tempo, di relazioni sociali), che sono particolarmente evidenti sullo stato di salute mentale del soggetto interessato, lasciando però tracce anche aspecifiche sulla salute fisica. In Italia ci sono molte misure rivolte specificamente a compensare la povertà tra i disoccupati e politiche generali rivolte allo sviluppo dell'occupazione, ma sono totalmente assenti azioni specifiche dedicate a contrastare gli effetti sfavorevoli della disoccupazione sulla salute mentale e fisica, sia nel momento della perdita del lavoro da parte di una singola persona sia in occasione della chiusura o riduzione di organico di specifiche imprese. Solo poche esperienze di solidarietà reciproca organizzate da associazioni sindacali spontanee hanno mostrato di sapere fornire quel sostegno psicologico e relazionale e quell'assistenza alla ricerca di aiuto e di percorsi di cura spesso necessari in occasione di questi eventi. Il medico curante può giocare un ruolo essenziale nell'accompagnare questo momento di difficoltà e di sofferen-

za, per evitare che si trasformino in disturbi mentali, in nuovi comportamenti dannosi per la salute o in semplici aggravamenti di disturbi preesistenti.

Stranieri immigrati. Gli stranieri immigrati da Paesi a forte pressione migratoria erano 867.684 al primo gennaio 1999 (con un aumento dell'83 per cento rispetto al 1992), circa l'1,5 per cento della popolazione presente. A questi si aggiungono gli stranieri irregolari, privi di permesso di soggiorno, stimabili in circa 235.000 persone. Negli ultimi anni i flussi dall'Europa dell'Est (ex Jugoslavia, Polonia e Albania) sono fortemente cresciuti, superando quelli del Nordafrica, prevalenti nella fase iniziale del fenomeno di immigrazione in Italia. Il fenomeno dei ricongiungimenti familiari, unito a quello in rapido aumento delle nascite di bambini stranieri, sta rapidamente riequilibrando la composizione per età, genere e stato civile degli stranieri immigrati, che ancora all'inizio degli anni novanta era prevalentemente rappresentata da giovani adulti maschi. Le esperienze di svantaggio sociale degli stranieri immigrati vanno trattate a parte in considerazione del loro estremo polimorfismo. Le condizioni di integrazione sono molto diverse in base al tempo già trascorso in Italia. Nel primo periodo di immigrazione prevale il trauma del distacco dalla casa e dal Paese di origine; in questa fase gli stranieri spesso condividono con i soggetti senza fissa dimora le condizioni di estremo disagio nella ricerca di un tetto, di un lavoro, di relazioni sociali e affetti, e di un riconoscimento giuridico. In un secondo momento diventano più importanti le difficoltà di integrazione o almeno di interazione e convivenza con la cultura ospite e con il sistema dei servizi; le difficoltà di apprendimento della lingua accrescono le barriere che già normalmente i servizi frappongono alla soddisfazione delle necessità quotidiane. Infine, dopo alcuni anni, lo straniero immigrato condivide tutti gli svantaggi dei gruppi sociali a maggiore rischio di povertà, essendosi così praticamente integrato nel sistema delle disuguaglianze sociali del Paese ospite. In conclusione il profilo epidemiologico osservato tra gli stranieri immigrati comincia a presentare i primi effetti di un deterioramento del capitale di salute di cui sono portatori. Lo stato sociale italiano, fino a poco tempo fa in una posizione conservatrice e riduzionista nei confronti della complessità dei problemi di salute degli stranieri immigrati, oggi sta aprendo le proprie maglie per farsi carico compiutamente di questi nuovi bisogni.

Persone affette da dipendenze. Un ultimo gruppo, da considerare a parte, è quello delle dipendenze da droghe e da alcol. Esso rappresenta un po' il paradigma di quei comportamenti individuali a responsabilità limitata che più frequentemente possono portare all'emarginazione sociale e alla povertà, con processi molto rapidi e con conseguenze devastanti per le persone e per le famiglie. Alla distribuzione demografica e al profilo di salute di questi gruppi sono dedicati capitoli specifici (vedi "Tossicodipendenze", e "Consumo di alcol").

Soggetti senza fissa dimora. All'estremo opposto di questi gruppi a rischio di povertà ed emarginazione vi sono i veri emarginati, del tutto privi di significative relazioni sociali, i cosiddetti senza fissa dimora. Si tratta di un tipo di popolazione elusiva, di cui è difficile stimare le dimensioni. È una situazione di indigenza che risulta più visibile nelle aree metropolitane e che comporta contemporaneamente problemi di accesso al lavoro, alle cure e a una scolarità soddisfacente e un isolamento sociale ed affettivo. Queste diverse fragilità si accumulano e si potenziano fra loro nel passaggio da un'esclusione circoscritta a un singolo aspetto a un vero processo di segregazione. Di solito ogni singolo soggetto può presentare più di una problematica contemporaneamente: storie di disoccupazione, di violenza, di reclusione, di malattia mentale, di dipendenza da droghe o da alcol, di handicap, di clande-

stinità. Lo stato di salute di queste persone può essere rilevato solo se di loro si occupa un servizio sociale. Nell'ambito della sanità, il vagabondo che passa da un servizio di urgenza al servizio psichiatrico attraverso i servizi sociali è l'immagine di un soggetto con difficoltà di accesso ai servizi. Poco o nulla è dato sapere su chi non ha accesso ai servizi, una popolazione che ben difficilmente può essere studiata con gli strumenti convenzionali della ricerca epidemiologica. Questa particolare situazione di precarietà delle condizioni di vita, con accesso alle sole cure primarie, si associa a un insieme piuttosto caratteristico di patologie, come quelle legate alla scarsa o cattiva alimentazione (turbe digestive, ulcera peptica), le patologie legate all'ambiente malsano e al vestiario spesso inadeguato alla stagione (patologie acute recidivanti delle alte e basse vie aeree, artralgie acute), le patologie associate a scarsa sicurezza sul lavoro, sulla strada e nell'ambiente sociale (traumatologia da incidenti), le malattie legate allo stress (salute mentale e alcol), le patologie infettive e dermatologiche, le affezioni di tipo odontoiatrico. In Italia non sono disponibili stime di mortalità e morbosità specifiche per questo tipo di popolazione.

Tre tipi di obiettivi di salute per le politiche relative alle condizioni di salute di questa popolazione. L'analisi dei problemi di salute di questi gruppi vulnerabili consente di identificare tre differenti tipi di meccanismi di generazione di disuguaglianze nella salute, che riguardano prioritariamente gruppi vulnerabili differenti e vanno tradotti in obiettivi differenti da raggiungere con l'attuazione di politiche specifiche. Il primo obiettivo è quello di interrompere i meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute che stanno agendo su gruppi ancora sani. Si tratta di un obiettivo che interessa il gruppo dei bambini in povertà e delle madri sole con figli dipendenti, il gruppo dei disoccupati di breve durata e il gruppo degli stranieri immigrati. In forme diverse, per tutti questi gruppi si tratta di riconoscere quali sono le politiche più efficaci nell'interrompere il processo di disuguaglianza in fase molto precoce. Il secondo obiettivo è quello di contenere i danni di disuguaglianze già maturate. L'obiettivo coinvolge i gruppi degli anziani in povertà, dei soggetti che sono dipendenti da sostanze o alcol, dei soggetti senza fissa dimora e dei disoccupati di lunga durata. In questi casi occorre identificare quali azioni di riduzione del danno si sono mostrate più efficaci nell'alleviare gli esiti più sfavorevoli di queste forme di svantaggio. Il terzo obiettivo riguarda la necessità di interrompere i processi di esclusione che nascono da un problema di salute e interessa in particolare l'istituzionalizzazione degli anziani poveri, la segregazione territoriale dei malati poveri, la mobilità sociale discendente dei disoccupati. Per queste situazioni occorre riconoscere gli interventi che sono più appropriati in modo da censurare le forme di esclusione illegittime e offrire alternative alle forme di esclusione giustificate.

BIBLIOGRAFIA

- Caritas Italiana, Fondazione E. Zancan. La rete spezzata - Rapporto su emarginazione e disagio nei contesti familiari. Roma: Feltrinelli, 2000.
- Cobalti A. et al. La mobilità sociale in Italia. Bologna: il Mulino, 1994.
- Costa G. et al. Torino: storie di salute in una grande città. Torino: Ufficio di Statistica - Osservatorio socio-economico, 1998.
- Costa G. Le nuove povertà: un complesso problema di sanità pubblica. Preparazione di un'agenda di intervento. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 10 dicembre 1998.
- ISTAT. Annuario Statistico Italiano - Anno 2000. Roma, 2000.

ISTAT. Famiglie, abitazioni e sicurezza dei cittadini - Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Aspetti della vita quotidiana - Anno 1998": Roma: Informazioni n.36, 1999.

ISTAT. Forze di lavoro. Annuari. Roma, vari anni.

ISTAT. La presenza straniera in Italia: caratteristiche demografiche - Anno 1999. Roma: Informazioni, in corso di pubblicazione

ISTAT. Rapporto annuale - La situazione del paese nel 1999. Roma, 2000.

ISTAT. Sistema sanitario e salute della popolazione. Roma: Informazioni, in corso di pubblicazione.

Stefanini A. Salute e disuguaglianza. Difesa sociale 1998; 6.

LE RISORSE DELLA SOCIETÀ CIVILE

Famiglia e comunità nella promozione e nel sostegno alla salute. I cittadini possono contare per il miglioramento e il recupero della loro salute su una pluralità di risorse, alcune delle quali riferibili al sistema dei servizi sanitari e all'iniziativa di soggetti pubblici e privati a tutela dell'ambiente e della qualità della vita, altre prodotte autonomamente dalla società civile, dalla famiglia e dalla rete dei rapporti informali che si sviluppano nel vicinato e nei rapporti con gli amici. Sono risorse di cui ogni cittadino può disporre individualmente - in termini informativi e di conoscenze che conducono ad abitudini di vita sane - ma che ancora più massicciamente coinvolgono le relazioni fra le persone, la capacità di star bene con gli altri e di poter disporre di relazioni di aiuto in caso di malattia, di sofferenza o di solitudine.

La ricerca epidemiologica e psicosociale ha messo in luce, in modo organico, l'effetto delle relazioni sociali sull'evoluzione di innumerevoli patologie, sia direttamente - agendo sui fattori eziologici o sulla sintomatologia - sia in termini più indiretti - incrementando la condizione di benessere complessivo della famiglia. È stato rilevato da numerose ricerche che coesione e solidità dei legami familiari e del complesso delle relazioni primarie riducono la percezione della gravità degli eventi morbosi; che nei soggetti privi di relazioni di sostegno la sofferenza fisica e psicologica rispetto a determinate patologie è più alta e che la mortalità e alcuni eventi morbosi sono significativamente più elevati tra le persone con scarse relazioni sociali (1, 2).

Dalla famiglia hanno origine le relazioni di cura e la loro estensione alla rete parentale allargata, al vicinato e alla rete amicale è positivamente correlata alla qualità delle relazioni che si sviluppano nel nucleo familiare ristretto.

I mutamenti intervenuti a livello demografico hanno influenzato, seppure non attraverso schemi deterministici, il complesso delle relazioni familiari, indebolendo alcuni legami ma anche consolidando, allo stesso tempo, le risorse di coesione e ristrutturando le relazioni di sostegno reciproco, di assistenza e di disponibilità in caso di malattia o disabilità, che comportano una pluralità di prestazioni di carattere genericamente infermieristico, di accudimento e di igiene personale, di orientamento e di consiglio nei confronti di programmi terapeutici.

I mutamenti richiamano l'esigenza di organiche politiche di sostegno alla famiglia, che sappiano però valorizzare le capacità organizzative e le risorse di coesione che le famiglie producono o possono produrre autonomamente.

Va comunque tenuto presente che questi mutamenti sono avvenuti in un quadro in cui la struttura della famiglia tradizionale (composta dai genitori e almeno una coppia di figli) si è indebolita. Sempre meno persone possono contare cioè sulle risorse di cure assicurate da

questo tipo di famiglia tradizionale. In un arco temporale di riferimento, dal 1990 al 1998, la famiglia costituita da una coppia con figli ha subito trasformazioni profonde che hanno inciso sul suo carattere distintivo, rappresentato dai rapporti tra le generazioni, e sull'età media delle reti parentali.

Il complesso di queste dinamiche demografiche può favorire eventi contrastanti, incrementando le risorse di coesione e di adattabilità che consentono di far fronte in modo più proficuo alle difficoltà e alle pressioni ambientali, promuovendo una maternità più consapevole e più matura oppure producendo squilibri nei rapporti generazionali, creando quella che è stata definita compressione delle generazioni intermedie. Si tratta di un fenomeno che coinvolge generazioni che devono prendersi cura sia dei figli ancora dipendenti sia dei genitori anziani (3).

Tra i cambiamenti verificatisi:

- è aumentata l'età media delle donne alla nascita del primo figlio, da 26,9 a 28,1 anni;
- è diminuito di più di cinque punti percentuali rispetto al 1990 (dal 25,7 per cento al 20,5 per cento) il peso delle coppie giovani con età della donna fino a 34 anni;
- le famiglie con almeno un anziano di 65 anni o più, che erano il 30,3 per cento nel 1990, sono diventate il 34,5 per cento;
- è diminuito il tasso di fecondità (da 1,4 a 1,2), che, oltre a produrre una diminuzione del peso delle coppie con figli, ha favorito un aumento costante del numero di coppie con un figlio solo sul totale delle coppie con figli (dal 43,8 per cento al 45,2 per cento) e una diminuzione delle coppie con tre figli o più (dal 13,7 per cento al 12,1 per cento);
- il 58,5 per cento dei giovani di età compresa tra 18 e 34 anni (erano il 51,8 per cento) rimane nella famiglia di origine. Le trasformazioni sono state ancora più profonde per la classe di età compresa tra 25 e 29 anni, passata dal 39 per cento al 59,3 per cento, e per la classe di età compresa tra 30 e 34 anni, con una crescita dal 13,7 per cento al 21,8 per cento. I maschi giovani rimangono più delle femmine giovani in casa e, complessivamente, non si rilevano significative differenze per questo fenomeno in rapporto alle ripartizioni geografiche.

Accanto alla tipologia tradizionale di famiglia si sviluppano altre tipologie - le famiglie monogenitoriali, le famiglie unipersonali, le coppie senza figli - nelle quali la solidità dei legami familiari risulta spesso più debole e i cui componenti devono elaborare e attivare strategie familiari più complesse e articolate, che coinvolgono in modo profondo la rete parentale, amicale e di vicinato, per affrontare eventi patologici e realizzare un inserimento attivo nel proprio ambiente.

Esse comprendono:

- le famiglie composte da una persona sola, esperienza di vita che nella fascia di età compresa tra 25 e 44 anni coinvolge prevalentemente gli uomini (6,6 per cento dei maschi contro il 3,9 per cento delle femmine) e nell'età più anziana, al contrario, riguarda soprattutto le donne (35,7 per cento delle femmine contro l'11,9 per cento dei maschi);
- le famiglie monogenitoriali, che rappresentano il 10,8 per cento delle famiglie italiane, con un lieve incremento rispetto agli anni precedenti (nel 1988 erano il 9,6 per cento). I nuclei monogenitoriali sono costituiti in maggioranza da madri sole (84,1 per cento) ed è diminuito progressivamente il peso dei vedovi e delle vedove, aumentando invece la quota dei separati e dei divorziati (da 27 per cento a 31,2 per cento per gli uomini e da 23,5 per cento a 30,7 per cento per le donne);

- il 28 per cento dei nuclei familiari è costituito da coppie senza figli (erano il 24,4 per cento nel 1988), fenomeno attribuibile all'invecchiamento della popolazione e all'uscita dei figli per formare una nuova famiglia, più che al calo della natalità, sebbene si osservi un aumento costante delle coppie più giovani: l'81,3 per cento è costituito da coppie rimaste sole in quanto i figli hanno lasciato la famiglia d'origine, il 18,7 per cento da coppie che non hanno avuto figli.

Se si considerano i percorsi di vita e le reti di parentela di due generazioni di donne - quelle nate nel 1940 e quelle nate nel 1960 - emergono differenze significative nel lavoro di cura. A circa 40 anni, età in cui le donne di ambedue le generazioni avevano in genere almeno un bambino con meno di 14 anni, la donna nata nel 1940 poteva, potenzialmente, dividere il carico delle cure da prestare ai componenti più anziani e ai bambini della sua famiglia con altre nove persone, tra marito, sorelle/fratelli e cognate/i; la donna nata nel 1960 può condividere il lavoro di cura solo con altri cinque adulti (4).

Le trasformazioni demografiche hanno reso strutturalmente più precarie e complesse le reti di sostegno familiari, ma per altri versi la famiglia ha consolidato la sua capacità di produrre relazioni affettive tra i suoi componenti, riesce meglio del passato a ricomporre al suo interno i conflitti generazionali e cresce la sua rilevanza nel produrre la salute e il benessere delle persone, anche per la contrazione delle politiche pubbliche e per l'affermarsi di figure professionali più dialoganti. Alcune fenomeni, come i matrimoni con almeno un coniuge straniero (che sono in significativo aumento), la crescita delle adozioni e i pendolari della famiglia, esprimono, piuttosto che la crisi, la vitalità in termini adattativi di questa istituzione e la sua capacità di riorganizzarsi, con persistenza del legame matrimoniale, malgrado nuove forme di lavoro o di studio creino condizioni sfavorevoli.

La famiglia, mediamente, incrementa le sue risorse culturali ed economiche e la sua capacità di affrontare le difficoltà e di riconoscere gli eventi patologici che possono essere affrontati autonomamente e quelli che, invece, richiamano l'esigenza di interventi professionali.

Si affermano nella famiglia culture della salute (intese come insieme complesso di pratiche, di informazioni e conoscenze) connotate in termini preventivi, di abitudini di vita sane e più competenti in termini sanitari. Si diffonde, altresì, una più equa ripartizione delle responsabilità tra i suoi componenti.

Il lavoro di cura, in strutture familiari così profondamente ridefinite, è ancora in buona parte responsabilità della donna, ma cresce la presenza del padre nella cura del bambino, nell'assistenza ad altri componenti in condizioni di autosufficienza e in attività di mediazione con i servizi sanitari.

L'impegno di cura e promozione della salute della famiglia si sviluppa non solo al suo interno, nelle relazioni tra i suoi componenti e nelle risorse che essa riesce a mobilitare per fronteggiare eventi patologici o assumere decisioni di cura, ma anche rispetto ai processi che riesce a sostenere per un inserimento nel proprio ambiente. Queste attività si connotano:

- come capacità di mantenimento, sviluppo e promozione di relazioni di sostegno sociale nell'ambito della parentela allargata, del vicinato, dei rapporti amicali, dell'associazionismo di mutuo aiuto, di volontariato;
- in termini di mediazione tra servizi e singolo individuo, in quanto le scelte terapeutiche risultano notevolmente influenzate dalla famiglia e dalle reti informali di appartenenza.

I giovani care giver. Il complesso delle famiglie può contare su una rete informale di aiuti,

assicurati dalla famiglia d'origine, dai figli, dagli amici e dal vicinato, più o meno ampia ed estesa, e ciò è positivamente correlato con il benessere complessivo della famiglia e con la solidità dei legami familiari, poiché accresce la capacità del singolo nucleo familiare di affrontare gli eventi critici. Il sostegno morale che tali aiuti rappresentano diminuisce l'impatto degli eventi stressanti.

Le reti di parentela allargata, di vicinato e di carattere amicale, per quanto indebolite da una molteplicità di fattori sociali e demografici, offrono prestazioni di aiuto e consentono a un nucleo familiare sempre meno ampio (in dieci anni, dal 1988 al 1998, è diminuito il numero medio di componenti, da 2,9 a 2,7) e meno autosufficiente nel soddisfacimento dei bisogni che emergono nel suo ambito di fronteggiare eventi patologici e varie esigenze di vita quotidiana.

Per certi versi la vita sociale nell'ambito del vicinato e nei gruppi amicali è percepita come più rischiosa per la salute e il benessere dei suoi componenti, ma allo stesso tempo si consolida una fiducia orientata in termini selettivi verso segmenti della comunità esterna alla famiglia, ai quali si riconoscono importanti funzioni di aiuto e di solidarietà.

Il sistema di indagini multiscopo (4) rileva costantemente che milioni di persone si scambiano gratuitamente lavoro di cura, prestazioni sanitarie, aiuti economici, aiuti nel lavoro e nello studio durante le diverse fasi della vita.

Quasi il 30 per cento delle persone che prestano aiuto (care giver) a persone non conviventi fornisce aiuto alla propria famiglia di origine o a quella del partner, il 22,5 per cento agli amici, il 12,6 per cento delle donne (contro il 10,7 per cento degli uomini) a vicini di casa.

Nel corso degli ultimi 15 anni le grandi trasformazioni sociodemografiche e l'emergere di nuove esigenze di cura e di sostegno hanno profondamente ristrutturato le reti di aiuto informale.

Nel 1998 i care giver erano il 22,5 per cento della popolazione con oltre 14 anni, con un incremento di circa due punti rispetto alla rilevazione del 1983.

Sono soprattutto le donne ad assumere le funzioni di cura (un quarto delle donne rispetto a un quinto degli uomini). Esse, oltre a essere coinvolte nelle reti informali in percentuale più elevata, dedicano a tali attività quote maggiori del loro tempo.

Cresce notevolmente la quota di individui con meno di 24 anni che forniscono aiuti a persone non conviventi: la quota di giovani care giver, che nel 1983 era del 13,5 per cento, è divenuta pari al 17,1 per cento nel 1998, realizzando uno dei massimi incrementi tra le classi di età. Si tratta di un aumento importante, soprattutto se paragonato a quello rilevabile nella classe di età compresa tra 25 e 34 anni, che nello stesso periodo ha subito un decremento di 2,5 punti percentuali (da 22,7 a 20,2), e se paragonato altresì a un più generale invecchiamento della rete parentale di aiuto.

Nonostante l'aumento dei care giver, è diminuito il numero di famiglie che ne beneficiano: nello stesso arco di tempo le famiglie che ricevevano aiuti sono passate dal 23,3 per cento al 14,8 per cento. Perciò, un gruppo di care giver più numeroso rispetto al passato raggiunge un numero ridotto di persone e famiglie. Nelle regioni del Nordest e del Nordovest questa trasformazione è ancora più evidente: in queste regioni è più elevato il numero dei care giver (rappresentano circa un quarto dei residenti) e, allo stesso tempo, è più bassa l'incidenza di famiglie aiutate (13,2 per cento).

La diminuzione ha riguardato soprattutto le famiglie con anziani. In 15 anni la percentuale

di famiglie con una persona di almeno 65 anni o più che ha ricevuto aiuti si è quasi dimezzata (dal 28,9 per cento al 15,9 per cento), mentre gli sforzi si sono indirizzati maggiormente verso le coppie con donne lavoratrici e figli con meno di 14 anni, che ora rappresentano la tipologia familiare che riceve maggiori aiuti dalla rete informale (32,2 per cento). Ciò si è verificato in seguito a un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione anziana, ma la diminuzione degli aiuti a famiglie con membri ultraottantenni (passati in quindici anni dal 35,5 per cento al 26,5 per cento) indica un più generale mutamento delle preoccupazioni sociali e può accrescere l'esclusione di importanti segmenti di popolazione. Il deterioramento delle condizioni di salute che accompagna questa fase di vita accresce, in generale, la percezione di isolamento che un anziano può esperire e rende più acuto il suo senso di solitudine.

Le reti deboli. Non tutte le famiglie dispongono di risorse adeguate per il miglioramento e il recupero della salute dei loro componenti. La vita quotidiana di molte famiglie italiane è segnata pesantemente dalla presenza di patologie che richiedono un impegno assistenziale su base continua, che eccede la possibilità della famiglia in sé di soddisfarlo, o da conflittualità e relazioni patogene, da privazioni gravi di carattere economico che non consentono, anche in termini di salute, livelli adeguati di alimentazione, di vita sociale e di accesso ai servizi.

La sostanziale tenuta di alcune tipologie familiari e la consolidata capacità di assicurare ai loro componenti la risoluzione di una pluralità di problemi affettivi, di salute e di sostegno reciproco si accompagna a processi di impoverimento e deriva sociale di segmenti elevati di popolazione, ai quali l'istituzione familiare non assicura adeguata protezione. Sono segmenti non sufficientemente tutelati dalla rete informale di aiuti, che presenta una crescente selettività e l'orientamento a privilegiare alcuni destinatari, né dai servizi, che spesso non colgono la specificità delle esigenze di alcune aree sociali, spesso connotate da disagio economico, instabilità occupazionale e precarietà abitativa.

Isolamento, esclusione sociale, difficoltà stabile ad affrontare i bisogni di salute risultano essere l'effetto di una pluralità di eventi critici che si cumulano nel tempo rendendo difficile ogni tentativo di recupero. Una disabilità o una malattia cronica grave di per sé non conduce inevitabilmente a una deriva sociale; se ciò accade è perché altri fattori producono effetti negativi, rendendo insostenibile, e spesso quasi irreversibile, una condizione di vita. La disabilità è una delle condizioni che presenta maggiore criticità in termini sanitari e sociali. Sono circa 2.700.000 le persone disabili in Italia, secondo le stime fornite dai primi due trimestri dell'indagine ISTAT multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", relativa agli anni 1999-2000, pari al 5 per cento della popolazione di 6 anni o più. In questa indagine l'ISTAT ha fatto riferimento a una serie di quesiti predisposti da un gruppo di lavoro OEEC sulla base di una classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità. Una persona viene definita disabile se presenta gravi difficoltà in almeno una delle seguenti dimensioni: confinamento, difficoltà di movimento, difficoltà nelle attività della vita quotidiana, difficoltà di comunicazione.

La perdita di autonomia funzionale è maggiormente presente tra le donne (6,5 per cento) rispetto agli uomini (3,7 per cento) e tale svantaggio non è giustificato da differenze di longevità; tra la persone di età compresa tra 65 e 74 anni la quota di popolazione con disabilità è del 9,3 per cento e raggiunge il 47,5 per cento tra le persone di 80 anni o più (38,5 per cento per gli uomini e 51,7 per cento per le donne).

Centotrentamila persone con meno di 45 anni risultano confinate a letto, su una sedia a rotelle o su una poltrona. La citata indagine ISTAT sulla salute degli italiani ha rilevato che nel 1999 circa l'1,1 per cento della popolazione soffriva di patologie come morbo di Parkinson, epilessia, malattia di Alzheimer e il 3,8 per cento di disturbi comprendenti depressione, anoressia, bulimia.

La famiglia può contenere e gestire al suo interno patologie di questa rilevanza e di tale impatto assistenziale quando crea nel rapporto tra i suoi componenti risorse affettive e di coesione adeguate e non è gravata da altri eventi critici o da altre gravi difficoltà, oppure quando la rete informale assicura un sistema di aiuti adeguato, non precario o episodico, quando essa può disporre di risorse di volontariato e di associazionismo, quando i servizi risultano soddisfacenti o quando essa può acquisire nel privato le risorse necessarie. La capacità di sostegno e di cura della famiglia dipende dalle possibilità che essa esprime di mobilitare risorse interne ed esterne.

Quando più dimensioni di sostegno, di solidarietà e di servizio non operano adeguatamente, e nello stesso nucleo convivono più deprivazioni di risorse, si avvia, quasi inevitabilmente, un processo di deriva sociale, di impoverimento e di ulteriore frammentazione del nucleo familiare. Le condizioni di deprivazione e di isolamento non solo riducono le capacità di fronteggiare gli eventi critici ma espongono i nuclei familiari coinvolti a un rischio più elevato di malattia e di morte.

Ciò è particolarmente evidente tra le famiglie povere, le quali presentano un maggior rischio di morire, di ammalarsi, di subire una disabilità, di praticare stili di vita rischiosi.

Nel 1999 in Italia, sulla base dell'indagine ISTAT relativa alle spese e ai consumi (5), sono risultate circa 2.600.000 le famiglie in situazioni di povertà relativa, per un totale di 7.508.000 individui. L'incidenza, ottenuta come rapporto tra il numero delle famiglie considerate povere e il totale delle famiglie residenti, è risultata dell'11,9 per cento e del 13 per cento a livello individuale, poiché la situazione di povertà è più frequente tra le famiglie numerose. Il motivo dell'impoverimento tra persone sofferenti di gravi difficoltà economiche è stato nel 18,2 per cento dei casi la malattia propria o di un familiare. Questa percentuale scendeva al 14,9 per cento tra le persone che avevano superato gravi difficoltà economiche di cui avevano sofferto in passato.

Le risorse associative della società civile. Le famiglie possono trovare risorse di solidarietà, di aiuto, di sostegno e di impegno civico in una rete sociale allargata, più ampia di quella costituita dalla rete parentale, dal vicinato, dagli amici, comprendente migliaia di associazioni di volontariato e di associazionismo sociale. Sono risorse non sempre visibili e mobilitabili dalla famiglia in difficoltà, orientate al soddisfacimento solo di alcune esigenze; ciononostante possono contribuire concretamente al suo benessere.

Alcune di esse, quelle di mutuo aiuto, si configurano come espressione diretta di famiglie che condividono difficoltà simili; altre rappresentano una risposta organizzata della società civile, che intende fronteggiare autonomamente esigenze di cura della persona, di emergenza sanitaria, di donazione di organi, di ascolto, di sostegno morale, di tutela della qualità della vita. Sono risorse che accrescono la fiducia della famiglia verso la comunità più ampia e possono contrastarne le tendenze alla chiusura, all'isolamento e alla diffidenza nei confronti di ciò che è esterno a essa.

Non tutte le regioni dispongono di identiche risorse associative: la partecipazione alle associazioni presenta una distribuzione territoriale molto differenziata, con alcune regioni, quel-

le del Nordovest, che hanno un livello di adesione ad associazioni quasi doppio rispetto a quello rilevato nel Sud e nelle Isole. In particolare, le organizzazioni di volontariato iscritte ai registri regionali risultano, in base a una ricerca realizzata nel 1997 dall'ISTAT, pari a 11.710, il 50,7 per cento delle quali presente in Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto. I volontari impegnati sono 591.000, il 42,6 per cento dei quali donne. Rispetto alla rilevazione ISTAT del 1995 si è registrato un aumento del 2,5 per cento della presenza femminile.

Il settore sanitario è l'ambito in cui opera il maggior numero delle associazioni di volontariato (46,3 per cento); seguono i settori dell'assistenza sociale (41,2 per cento), delle attività ricreative e culturali (27,7 per cento), della protezione civile (15,9 per cento), dell'istruzione (11 per cento), della protezione dell'ambiente (9,4 per cento), della tutela e protezione dei diritti (8,6 per cento), delle attività sportive (8,4 per cento) e dei beni culturali (3,7 per cento). Le associazioni di volontariato erogano una pluralità di servizi, tra i quali prevalgono quelli di ascolto e sostegno (offerti dal 34,9 per cento delle organizzazioni), di accompagnamento (27,3 per cento), di attività culturali (27,2 per cento), di assistenza morale (25,3 per cento), di educazione e istruzione (23,1 per cento), di servizi ricreativi (21,2 per cento), di donazione e raccolta di sangue (20,4 per cento). L'associazionismo di volontariato presenta ancora una situazione fluida, non definita in modo univoco in termini concettuali, con aree che si sovrappongono ad altre tipologie associative. La Fondazione italiana del volontariato ha censito, sempre nel 1997, 10.516 associazioni di volontariato, con uno scarto rispetto alla ricerca ISTAT di meno 1.200 unità, verificatosi nonostante la Fondazione avesse esteso la sua ricerca anche alle associazioni non iscritte ai registri regionali. Il VII Rapporto sull'associazionismo sociale realizzato nel 1999 dall'IREF rileva il consolidamento della partecipazione civica degli italiani. Dal rapporto emerge un quadro inedito della società italiana: un terzo dei cittadini (15.675.000) dichiara di far parte di almeno una delle "modalità associative" proposte (partiti politici, sindacati, associazioni pro-sociali, associazioni di categoria). Di questi 4.275.000 aderiscono in gran parte attivamente ad associazioni del terzo settore (si mobilitano per far fronte alle molteplici forme di esclusione sociale) e, gli stessi, solo in minima parte aderiscono anche a partiti e sindacati; 3.610.000 convergono in larga misura nelle organizzazioni sindacali, meno nei partiti e solo in modo residuale nel terzo settore; 7.837.500 in buona parte risultano iscritti a partiti e ad associazioni di categoria e molto meno a organizzazioni del terzo settore e sindacati.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Berkman LR et al. Social Networks, Host Resistance and Mortality: a Nine-year Study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology* 1979; 109.
- 2) Dean K. Self care Responses to Illness. A Selected Review. *Social Science and Medicine* 1981; 15A.
- 3) Donati P. Manuale di sociologia della famiglia. Bari: Laterza, 1998.
- 4) ISTAT. Indagine multiscopo sulle famiglie "Famiglie, soggetti sociali e condizioni dell'infanzia", 1998.
- 5) ISTAT. La situazione del paese nel 1999. Rapporto annuale 2000.

ALTRE FONTI

- Nolan M et al. Understanding Family Care. A Multidimensional Model of Caring and Coping. Buckingham Philadelphia: Open University Press, 1996.
- Scabini E. Psicologia sociale della famiglia. Torino: Bollati Boringhieri, 1999.

Dalla tutela sanitaria alla promozione della salute

S econdo le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità il Sistema sanitario italiano è tra quelli più efficienti del pianeta. Si tratta di un fatto clamoroso, almeno confrontato alla cattiva fama che sembra godere tra i mezzi di comunicazione di massa. Tuttavia i margini di miglioramento sono grandi e si fondano sulla centralità che il cittadino deve avere all'interno della organizzazione della medicina. In particolare il cittadino deve essere soggetto del Servizio sanitario, per essere in condizioni di svolgere un ruolo autonomo nella gestione della salute.

Il livello raggiunto. Gli italiani godono di un servizio sanitario di tipo universalistico. Nella rappresentazione media dello stato di salute, quale risulta dai dati dell'Organizzazione mondiale della sanità ("Rapporto sulla salute del Mondo 2000. Per un sistema sanitario più efficace"), l'Italia occupa una situazione del tutto preminente, tanto da trovarsi - per alcuni parametri, tra gli oltre dieci presi in considerazione - al primo e al secondo posto nella graduatoria mondiale.

Il sistema-Paese e in esso il Servizio sanitario nazionale stanno funzionando, ma sono necessari aggiustamenti e colmatore di squilibri e di vuoti, soprattutto quantitativi. Scendiamo fortemente, nella classifica, tanto da passare agli ultimi posti fra i Paesi europei, per quanto riguarda l'eguaglianza fra i cittadini, la possibilità di accedere ai servizi e alle prestazioni, il contributo finanziario. E indubbiamente, se scendessimo dal generale al particolare, anche nei settori dove occupiamo posti di rilievo incontreremmo le tradizionali differenze tra aree geografiche del Paese, tra ceti, sessi, età, con grandi squilibri e disuguaglianze.

Le condizioni sociali, economiche, politiche, storiche del Paese sono tali da consentire senza dubbio il salto di qualità necessario a intraprendere la strada della promozione della salute. Gli orientamenti di questo nuovo modo di intendere la politica della salute, rispetto anche agli obiettivi posti dall'OMS in "Salute 21", e il quadro concettuale entro cui muoversi sono stati già enunciati nella RSSP 1999 e dunque in questa sede si dovranno delineare in termini programmatici le ipotesi attuative.

Il Piano sanitario nazionale (PSN) 1998-2000, peraltro, già conteneva le indicazioni per il recepimento di quella filosofia, che ora dovrebbero trovare definitiva applicazione.

L'idea-guida era il patto di solidarietà, cioè la responsabilizzazione sulla salute, personale e comunitaria, da condividere fra tutti i soggetti interessati. Si tratta di un approccio culturale che privilegia la prevenzione alla cura, gli interventi distrettuali a quelli ospedalieri, l'educazione e la promozione della salute.

In particolare, i criteri di fondo del PSN 1998-2000 si concentravano sulla salute come valore sociale da promuovere su scala comunitaria e nello stesso tempo evidenziavano la sua natura solidaristica, di bene pubblico da condividere, promuovere e costruire responsabil-

mente negli atteggiamenti, nei comportamenti e con progetti di più ampio respiro, attraverso la definizione di un vero e proprio patto per la salute tra i diversi soggetti sociali, cittadini, operatori, istituzioni, volontariato, produttori (profit e non profit), mondo della comunicazione, comunità nazionale e internazionale.

L'impegno richiesto dal piano è sintetizzabile in nove punti:

- rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti;
- promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari;
- diminuire le disuguaglianze nei confronti della salute;
- favorire comportamenti e stili di vita per la salute;
- contrastare le patologie più importanti;
- aiutare a convivere attivamente con la cronicità;
- percorrere le strade dell'integrazione sociosanitaria;
- rilanciare la ricerca;
- investire nelle risorse umane e nella qualità del sistema.

In questa strategia trovano collocazione privilegiata i contenuti del primo obiettivo: promuovere comportamenti e stili di vita per la salute, con particolare riguardo ad alimentazione, fumo, alcol e attività fisica.

Che cosa fare. Si può dunque affermare che ci si è incamminati sulla buona strada; vedremo poi, nei capitoli riservati alla valutazione del PSN 1998-2000, quanti degli obiettivi indicati siano stati raggiunti e quanto cammino sia stato percorso. Ai fini del completamento del quadro di riferimento politico-concettuale già delineato nella RSSP 1999, si tratta ora di indicare quanto resta da fare. Otto possono essere i punti da iscrivere nel ruolino di marcia.

1. Politiche globali per la salute. È un fatto acquisito che i determinanti di salute (nella loro derivazione socioeconomica, ambientale e comportamentale) solo parzialmente trovino rispondenza nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ma anzi, sempre più, ricadano sotto competenze diverse. E ciò in evidente antitesi con la delega quasi totale concessa ai tecnici della sanità e ai servizi loro affidati in gestione. Al di là delle attività di prevenzione individuale e di tipo clinico-terapeutico e riabilitativo infatti molto deve essere però fatto sul versante della prevenzione e della modifica delle condizioni socio-economico-ambientali che sono alla base delle differenze e delle disparità, e della mancanza di equità, che ancora caratterizzano i cittadini italiani rispetto al raggiungimento di livelli ottimali di salute.

È un compito che deve essere assunto in prima persona dal governo centrale, introducendo la salute fra gli obiettivi di tutte le politiche settoriali, come elemento di progresso e di produttività e non come diseconomia, cercando di applicare integralmente i principi della promozione della salute. Lo stesso modello dovrà essere trasferito nelle varie realtà periferiche, nel rispetto delle singole autonomie e soprattutto tenendo conto delle condizioni effettive di ciascuna, in un processo di riequilibrio e di progressiva eliminazione delle differenze, intra- e infraregionali.

2. Rendere evidenti gli investimenti per la salute. La politica "investire per la salute" (OMS, "Verona Initiative") non significa tanto allocare nuove risorse su specifici programmi sanitari quanto individuare in ogni settore di intervento quali determinanti di salute sono investiti dalle attività che vengono intraprese. Ciò è più evidente in alcuni settori e meno in altri, può riguardare la salute dei soli addetti, degli utenti o della popolazione generale, ma non c'è dubbio che in ogni comparto della società la salute è in qualche modo interessata, in

positivo o in negativo. È necessario che in ogni programma di sviluppo economico e infrastrutturale siano indicate le ricadute e i vantaggi in termini di salute per la popolazione, cui gli interventi si riferiscono.

Tutto ciò probabilmente va ben oltre il campo della sanità e il governo corrente della società, introducendo implicazioni di maggiore portata che investono direttamente il modello di sviluppo e la politica complessiva di welfare che il Paese intende darsi.

È questa tuttavia la sfida da raccogliere, se si vuole dare risposta alla nuova situazione demografica ed epidemiologica.

3. Sostegno pubblico e partecipazione. Una progettualità avente il respiro sopra indicato deve necessariamente basarsi su un forte impegno del settore pubblico, garante dell'omogeneità all'interno dello stato e dell'eguaglianza fra i cittadini. Una politica globale per la salute deve essere innanzitutto pubblica, vale a dire sostenuta e condivisa da tutti i livelli di governo, con il consenso della corralità dei cittadini. L'obiettivo salute non può essere un'opzione fra le tante ma deve costituire uno degli obiettivi fondamentali dei programmi di governo, nella piena applicazione del dettato costituzionale, con la destinazione a esso delle risorse necessarie a garantirne il rispetto.

Gli interventi che hanno ricadute positive sulla salute devono pertanto essere messi fra le priorità dei governi ai vari livelli dello stato e fatti oggetto di ampia partecipazione con le popolazioni interessate, dalle quali trarre il massimo sostegno e supporto ma anche tutte le indicazioni per cambiamenti e correzioni, in ossequio alle loro richieste e volontà. L'esecuzione dei progetti e l'applicazione dei programmi non dovranno essere necessariamente operate dal pubblico ma chiamano in causa tutti i soggetti attivi; il concetto di pubblico si applica infatti all'indicazione degli obiettivi, alla garanzia del rispetto dei diritti e dell'eguaglianza, al controllo della correttezza degli interventi, sia sul piano tecnico sia su quello etico.

4. Riequilibrio di prevenzione, cura e riabilitazione. Mentre gli altri settori e comparti della società sviluppano le rispettive competenze per la promozione della salute, all'interno del Servizio sanitario nazionale dovrà essere operata un'inversione di tendenza, già in parte avviata, attraverso un processo di riequilibrio verso la prevenzione, il recupero e la riabilitazione, non sufficientemente sviluppati. Nell'assegnazione di obiettivi con una più forte valenza preventiva si dovranno assegnare adeguate risorse specifiche tanto agli interventi primari quanto a quelli secondari, con fondi a destinazione vincolata.

Nel contempo, sulla base delle caratteristiche dei bisogni espressi dalla popolazione, i livelli di cura e assistenza raggiunti non dovranno essere assolutamente ridotti, garantendo la stessa qualità e quantità di servizi e prestazioni anche a quelle aree del Paese nelle quali risultino carenze, nonché ai gruppi svantaggiati della popolazione, il che non può comportare nessuna riduzione della spesa sanitaria, il cui ammontare peraltro, come risulta dal confronto internazionale, ci vede abbastanza in fondo nella classifica dei Paesi europei.

5. Coscienza e responsabilizzazione dei cittadini. La condivisione di responsabilità per la salute è una necessità strategica da promuovere con progetti unitari d'intervento, mettendo in evidenza il fattore costitutivo dell'integrazione, intesa come integrazione di responsabilità, prima ancora che integrazione di risorse, e quindi anche come messa in atto di collaborazioni organizzative e professionali necessarie per raggiungere i risultati attesi, evitando comunque il pericolo di colpevolizzare le vittime.

Una condizione necessaria per operare in questa direzione è rappresentata dalla cultura che

gli operatori sono chiamati a condividere, in relazione a ruoli e responsabilità, tenendo conto delle potenzialità e delle competenze di ogni professione. Una cultura condivisa può essere promossa e approfondita dalla formazione comune, con interventi formativi idonei a mettere in rapporto i riferimenti culturali, le scelte di valore, i criteri per operare, gli strumenti professionali, il sistema di informazioni necessario per una presa in carico integrata dei problemi.

6. Intersettorialità e cooperazione. Il PSN 1998-2000 indicava una precisa strategia: pensare l'integrazione a tre livelli: istituzionale (fra enti pubblici che utilizzano strumenti quali accordi di programma, convenzioni, piani di zona), gestionale (con l'obiettivo di gestire al meglio i fattori produttivi con strumenti idonei, come convenzioni e contratti di programma), professionale (inerente alle collaborazioni che i professionisti mettono in opera per gestire interventi di natura complessa utilizzando linee-guida, protocolli o altro), affrontando per ogni livello i relativi problemi.

Lo stesso Piano sanitario nazionale indicava tra le strategie generali un'ulteriore dimensione dell'integrazione, quella "comunitaria", basata sulla condivisione di progetti unitari dove sono corresponsabilizzati le istituzioni, i cittadini, gli operatori, il volontariato, i produttori di servizi, il mondo della comunicazione e quello dell'educazione. L'integrazione si basa sul raccordo e la condivisione delle azioni intraprese da soggetti ed enti diversi in funzione della tutela della salute.

Essa riguarda tanto la programmazione degli interventi quanto l'organizzazione dei servizi. Il controllo dei fattori nocivi ambientali e professionali e la tutela dei soggetti deboli sono esempi di campi in cui sviluppare intersettorialità di tipo programmatico. La ricerca sui determinanti non sanitari della salute ha evidenziato il ruolo critico di fattori sociali ed economici che si pongono al di fuori delle possibilità di controllo individuale ed esulano dalla sfera di intervento del sistema dei servizi sanitari.

Gli interventi su questi determinanti della salute richiedono un coordinamento intersettoriale, a livello nazionale, regionale e locale, che si traduca in strategie condivise per il raggiungimento di obiettivi comuni.

7. Documentazione per la programmazione e informazione per il pubblico. Tanti esempi di quotidiana attualità ricordano che l'organizzazione sanitaria è fatta anche di aspetti comunicativi che sono presenti in modo capillare e rivestono un'importanza fondamentale. L'evoluzione dei rischi, il moltiplicarsi e il progressivo differenziarsi dei bisogni di salute e l'esigenza di un uso responsabile di risorse sempre più limitate rendono la partecipazione dei cittadini e l'adesione attiva dei malati e delle famiglie ai programmi di assistenza una necessità intrinseca alle condizioni di operatività dei servizi.

La comunicazione per la salute è, quindi, un'attività strategica del sistema sanitario per fornire ai cittadini un'informazione adeguata, tempestiva e capillare, in modo da influire positivamente sugli stili di vita, per migliorare il controllo sui determinanti della salute da parte dei singoli e delle collettività, per favorire la partecipazione alle attività dei servizi sanitari e per ottenere suggerimenti e indicazioni sul gradimento dei servizi utilizzati.

Le probabilità di successo dei piani e dei programmi sanitari, di prevenzione, di screening e di assistenza si basano su elementi di natura tecnica e organizzativa e su aspetti comunicativi che oggi trovano molte possibilità di esprimersi. La credibilità e la fiducia si ottengono e si mantengono attraverso atteggiamenti e atti coerenti, rispettosi degli interlocutori e mantenuti nel tempo.

Recentemente il Consiglio superiore di sanità ha sottolineato "la necessità di andare oltre la semplice cura della persona malata, per una presa in carico globale delle sue esigenze. Gli stessi servizi vengono offerti a soggetti di diversa formazione, di diverse condizioni e anche di culture diverse. Ciò spesso comporta differenziate necessità di informazioni e orientamenti, al fine di mettere le persone in grado di usufruire realmente dei servizi opportuni. Perciò talvolta è necessario un vero e proprio 'accompagnamento' del paziente nel prendere coscienza dei propri diritti e nella sintesi delle diverse opportunità".

Questi problemi sono considerati anche dal rapporto sulla "Qualità dei servizi al cittadino nel Servizio sanitario nazionale" predisposto dal Ministero della sanità, Dipartimento per la programmazione (giugno 1999).

Il rapporto mette in luce come il centro dell'attenzione sia soprattutto posto su questioni informative, cioè sulle "informazioni sui servizi, sulle prestazioni, sugli orari, sulle procedure, sulle modalità di accesso e di svolgimento delle pratiche, sulle informazioni, sulle modalità di comportamento, sulle informazioni ai familiari, sull'adeguatezza e completezza della segnaletica, sulla comprensibilità della modellistica, sulla leggibilità della documentazione (delle prescrizioni, delle ricevute, della cartella clinica, eccetera), sulla possibilità di conoscere le liste d'attesa".

Tutto questo è molto importante, ma non sufficiente, se non viene affrontato come problema complessivo di tutta l'azienda e dei settori che quotidianamente sono più esposti nel contatto diretto con i bisogni e le domande delle persone.

In questo contesto va evitato il rischio di concentrare le attenzioni sul sistema di offerta, sulle modalità di produzione delle informazioni, sulle modalità di buona distribuzione delle stesse, sulle modalità di qualificazione dell'immagine aziendale, lasciando in secondo piano funzioni fondamentali per soggetti in stato di bisogno, quali l'ascolto, l'orientamento, lo scambio comunicativo finalizzato a facilitare l'incontro tra bisogni e risposte.

Il fatto che la questione informativa sia un nodo cruciale è documentato nello stesso rapporto ministeriale, sopra ricordato, quando si dice che "i quattro temi per i quali sono stati adottati standard di qualità del servizio dal numero maggiore di strutture (tre quarti del totale nazionale) sono, in ordine di importanza, i seguenti: le informazioni, la tutela e l'ascolto, i tempi di attesa e gli aspetti relazionali", a riprova di quanto sia elevato il bisogno di investire per migliorare la comunicazione tra servizi e cittadini.

Un impegno particolare dovrà essere dunque riposto nella definitiva realizzazione di una funzione di documentazione e di informazione sulla salute e per la salute, di un metasistema che non si sostituisca ai sistemi informativi già in essere bensì ne utilizzi tutte le potenzialità, integrandole laddove non risultino sufficienti. Questa funzione è stata individuata nell'Osservatorio per la promozione della salute, in via di realizzazione presso il Servizio studi del Ministero della sanità. Tale funzione dovrebbe essere orientata su quattro elementi di fondo:

- concentrare in un unico punto di osservazione, aggregandoli adeguatamente, tutti i dati e le informazioni provenienti dai diversi settori di intervento e comparti della società, in modo da garantire una visione globale del problema-salute e dei suoi determinanti, dei vantaggi e svantaggi che alla salute vengono arrecati dalla molteplicità di azioni intraprese, nel quadro dell'intersectorialità prima richiamata e nel rispetto delle autonomie gestionali e di governo di tutti gli interessati;
- promuovere progetti di formazione che consentano lo sviluppo e il completo dispiega-

mento di questo nuovo modo di gestire l'informazione sulla salute, i quali saranno poi realizzati dai diversi soggetti interessati e ai vari livelli del sistema, con contenuti e temi diversificati a seconda delle varie necessità;

- promuovere progetti di ricerca per completare il quadro delle conoscenze necessarie a costruire questo nuovo modo di fare documentazione e informazione e per consentire una precisa valutazione degli effetti dei diversi tipi di intervento, in modo da completare e complementare i modelli già utilizzati dalla sanità e per certi versi non sufficienti;
- realizzare attività di confronto internazionale in modo unitario e non settoriale, come oggi avviene.

8. Valutazione di impatto sulla salute. Il coinvolgimento degli altri settori e comparti della società nel processo di promozione e tutela della salute e la realizzazione dell'intersettorialità e dell'integrazione prima ricordate richiedono l'introduzione di nuovi meccanismi di valutazione, che consentano di misurare gli effetti di tutte le azioni intraprese e non solo quelle del Servizio sanitario nazionale. Agli strumenti della statistica sanitaria corrente e dell'epidemiologia tradizionale, con i quali si possono misurare gli obiettivi del PSN e gli effetti negativi delle attività dei restanti comparti della società, occorre aggiungerne altri, con i quali misurare le espressioni e gli effetti di tutti i determinanti di salute e ugualmente cogliere i vantaggi, sempre in termini di salute, prodotti dalle azioni intraprese ai vari livelli applicativi di questa nuova politica globale qui auspicata.

Nuovi modelli di analisi e di lettura complessiva dei fenomeni sociali devono essere introdotti quando siano intrapresi tali nuovi orientamenti. L'OMS ha proposto, ormai da poco più di un anno, una nuova metodologia di misura, chiamata appunto "Valutazione di impatto sulla salute" (Health Impact Assessment), della quale sono state già avviate alcune sperimentazioni, nel Regno Unito e in Olanda.

Essa rappresenta senza dubbio per l'Italia un'opzione strategica, dovendosi ancora perfezionare e diffondere su tutto il territorio i modelli valutativi tradizionali e non essendo ancora completamente sviluppato il sistema informativo. Potrebbe essere un obiettivo a più lunga scadenza, che coinvolga tutto il prossimo PSN 2001-2003.

A questo nuovo modello si dovrà comunque mettere mano sin da subito, per definire i criteri, costruire gli indicatori, indicare gli standard e quindi individuare sedi e soggetti per fornire dati e informazioni necessari. È questo uno dei compiti su cui dovrà cimentarsi il costituendo Osservatorio sulla promozione della salute, come luogo privilegiato di osservazione, raccolta e analisi per fornire le informazioni necessarie per la Relazione sullo stato sanitario del Paese e per il Piano sanitario nazionale, e per dare infine conto ai vari livelli di governo del Paese e a tutti i soggetti coinvolti delle azioni da ciascuno intraprese, dei frutti e del funzionamento dell'intersettorialità e della cooperazione.

Dopo avere indicato che cosa fare, sembrerebbe opportuno un capitolo su come fare. In realtà esso non è necessario e tantomeno opportuno. La Relazione sullo stato sanitario del Paese parte dai dati di fatto, operando un bilancio delle azioni pregresse, e fornisce indicazioni derivanti da esse, suggerendo linee di azione, strategie da perfezionare, strade da seguire. Saranno poi le indicazioni programmatiche, contenute nel PSN e negli altri strumenti di governo, nazionali e locali, a stabilire come, fissando traguardi, dislocando risorse, indicando come sarà valutato il raggiungimento dei risultati.

Una sola indicazione sembra necessaria, come picco emergente dall'analisi delle azioni pregresse: quella di avere grande attenzione alla diversità delle situazioni e alle profonde diffe-