



## **WORKSHOP**

### ***“La Prevenzione tra oggi e domani” Quale Snop per quale Prevenzione***

*BOLOGNA, 12-13 gennaio 2017*

*Aula Magna Ospedale Maggiore, Largo Nigrisoli*

[www.snop.it](http://www.snop.it)



**PROFILI DI SALUTE, WELFARE E PREVENZIONE:**

**FAR FRONTE AI CAMBIAMENTI**

**Roberto Calisti**

Riguardo all'Italia, si sente dire spesso della bassa natalità, dell'allungamento della "*vita media*" e dell'invecchiamento complessivo della popolazione.

Si sente dire meno spesso degli effetti di tali fenomeni sui bisogni di assistenza socio-sanitaria e, più in generale, sui bisogni di salute.

Da anni non vengono prodotte analisi complessive dello stato di salute della popolazione (ad esempio, del tipo di quella pubblicata da Geddes nel 1990) e dell'evoluzione dei bisogni ...

# ... nemmeno a fronte dei dati di un *annus horribilis* come il 2015:

diminuzione dell'aspettativa di vita alla nascita, aumento dei morti da infortunio sul lavoro, aumento degli incidenti stradali mortali.

Può essere ragionevole l'ipotesi che almeno parte di questo derivi da un ormai pluriennale disinvestimento sulla prevenzione ?

**A margine: la recente ricomparsa di problemi sanitari che, a seguito di efficaci azioni di prevenzione, si ritenevano estinti non è una criticità solo italiana.**  
**Blackley D et al *Resurgence of progressive massive fibrosis in coal miners – Eastern Kentucky, 2016*. CDCP MMWR December 16, 2016**

Una necessità: comprendere i cambiamenti che stanno intervenendo nei profili di salute (e di infortunio, malattia, disabilità acuta e cronica ...) delle popolazioni

nel contesto di una crisi economico-finanziaria globale protratta che si manifesta in modo non uniforme (e certamente non equo) nelle varie zone geografiche e nelle varie fasce sociali;

nel contesto di una crisi globale delle organizzazioni statali e sovra-nazionali che determina mancanza di programmi di ampio respiro, insicurezza, instabilità, tensioni.

# MACRO-FENOMENI (“fenomeni lunghi”) - 1

IMPOVERIMENTO E SUOI  
EFFETTI  
INTERNAZIONALI:  
MIGRAZIONI PER MOTIVI  
ECONOMICI (CHE SI  
AGGIUNGONO A QUELLE  
PER CRISI AMBIENTALI,  
GUERRE E  
PERSECUZIONI  
POLITICHE).

IMPOVERIMENTO E SUOI  
EFFETTI INTERNI AGLI  
STATI: INSTABILITA'  
SOCIALE (PERDITA DI POSTI  
DI LAVORO, PAURA DI  
PERDERE IL LAVORO ... ),  
PEGGIORAMENTO DELLA  
QUALITA' NUTRIZIONALE,  
DIFFICOLTA' AD ACCEDERE  
A DIAGNOSI E CURE  
EFFICACI, SENSO DI  
INSICUREZZA, PERDITA DI  
RELAZIONI.

*“Nel 1888 la Galizia (...) era popolata da circa 6,4 milioni di abitanti, di cui 4,8 milioni erano contadini (75% della popolazione totale). (...) L'aspettativa media di vita era di 27 anni per gli uomini e di 28,5 per le donne, rispetto ai 33 e 37 anni in Boemia, 39 e 41 in Francia e 40 e 42 nel Regno Unito. Anche la qualità della vita era molto più bassa. Il consumo annuo pro capite di carne non superava i 10 kg, rispetto ai 24 dell'Ungheria e ai 33 della Germania. Ciò era dovuto principalmente a un reddito medio molto più basso.”*

(trad. da Wikipedia in Inglese,  
voce “Galizia”, accesso del 23.12.2016)

# MACRO-FENOMENI (“fenomeni lunghi”) - 2

CAMBIANO LE MALATTIE INFETTIVE: ANCHE A CAUSA DI FENOMENI COME L'INDEBOLIMENTO DEI PROGRAMMI DI COPERTURA VACCINALE E LA PROMISCUITA' COMUNITA' UMANE – COMUNITA' ANIMALI SELVATICHE E IN ALLEVAMENTO).

CAMBIANO LE MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE E LE NOSTRE CONOSCENZE RISPETTO AD ESSE: SI PENSI ALLA SEDENTARIETA' NON PIU' SOLTANTO COME FATTORE DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE, MA ANCHE COME FATTORE DI RISCHIO PER I TUMORI.

# MACRO-FENOMENI (“fenomeni lunghi”) - 3

CAMBIANO I SISTEMI DI WELFARE:

- PUBBLICI
- PRIVATI
- DI COMUNITA' .

LADDOVE “SALTANO” (VENGONO FATTI “SALTARE”) I SISTEMI PUBBLICI UNIVERSALISTICI:

- SI ESPANDONO LE SPINTE VERSO LA SANITA' PRIVATA (ANCHE SOLO LIMITATAMENTE ALLE PRESTAZIONI “DI FASCIA ALTA”, LASCIANDO AL PUBBLICO I “BASSI LIVELLI” PRESTAZIONALI E L'EMERGENZA / URGENZA);
- SI IPER-SOLLECITANO LE RETI DI SOSTEGNO DI COMUNITA' (IN ITALIA, SOPRATTUTTO FAMILIARI E CARITATIVE).

# MACRO-FENOMENI (“fenomeni lunghi”) - 4

CAMBIANO I SISTEMI DI GOVERNANCE:

STATI E ORGANIZZAZIONI INTERNAZIONALI (ONU, OMS, FAO ...) SEMPRE PIU' DEBOLI;

RUOLO SEMPRE PIU' ESPANSIVO DI SOGGETTI FINANZIARI INTERNAZIONALI (COME WTO E FMI) CHE, ANCHE SOLO TRAMITE REGOLE E ACCORDI COMMERCIALI, SONO IN GRADO DI INFLUENZARE MARCATAMENTE SICUREZZA E SALUTE DELLE POPOLAZIONI.

Possono esistere scenari diversi ?  
Possiamo cercare di realizzare scenari diversi, senza risultare velleitari e perfino un po' ridicoli ? Forse sì.

- ◆ **MA SERVONO CAPACITA' TECNICO-SCIENTIFICHE DI COMPrensIONE DEI PROBLEMI E CAPACITA' DI ORGANIZZAZIONE E DI COMUNICAZIONE**

**MA SERVONO PROGETTUALITA' POLITICA, PIANI REALMENTE REALIZZATI E LEGGI REALMENTE APPLICATE**

- ◆ **E serve una riaffermazione di alcuni valori etici che oggi sembrano caduti, a partire da una maggiore e sincera solidarietà sociale.**

dalla rivista *“CONsumatori”* di COOP ALLEANZA 3.0 – uscita del dicembre 2016

*“Nel 2015 per la prima volta dopo 15 anni c’è un incremento dei morti sulle strade (...).”*

*“Sul banco degli imputati questa volta c’è l’onnipresente telefonino.”*

*“L’ebbrezza tecnologica rischia di essere più pericolosa dell’ingestione di alcol.”*

*“La risposta va trovata negli scenari aperti dalla telematica assicurativa e nella possibilità di costruire vere e proprie polizze comportamentali.”*

FAR CADERE LA FOGLIA DI FICO DELLA PRE-SUPPOSTA  
“INSOSTENIBILITA’ FINANZIARIA” DEI SISTEMI DI WELFARE  
UNIVERSALISTICI

(CHE NON SIGNIFICANO  
“DARE TUTTO A TUTTI”,  
BENSI’ “GARANTIRE  
TUTTO IL NECESSARIO  
A CHI NE HA BISOGNO”)

NONCHE’ DELLA  
PRE-SUPPOSTA  
SUPERIORITA’  
(FINANZIARIA ?  
SOCIALE ? ) DI  
QUELLI  
ASSICURATIVI.

Nel lungo periodo (man mano che chi da giovane ha pressoché solo versato premi comincia a diventare vecchio e ad avere necessità di “incassare” prestazioni), le assicurazioni sanitarie *for-profit* sarebbero davvero finanziariamente più sostenibili e, soprattutto, più efficaci di un sistema pubblico *no-profit* ?

Quale quota di popolazione impoverita e priva di fonti di reddito certe e durature nel tempo potrebbe permettersi premi assicurativi inevitabilmente crescenti ?

Perché mai dovrebbe essere una caratteristica connaturata e inevitabile dei sistemi pubblici universalistici di dissipare risorse in cure ospedaliere costose che non guariscono, ma ottengono solo di superare l'acuzie e di mantenere sotto (relativo) controllo una cronicità pesante ?

Quale welfare può essere davvero  
**SOCIALMENTE SOSTENIBILE**  
**ED EFFICACE ?**

Partiamo un po' da lontano.

**NELLA GRAN BRETAGNA APPENA USCITA DALLA SECONDA GUERRA MONDIALE SI DISCUTE DELL'IDEA DI SICUREZZA SOCIALE E SI SVILUPPANO GLI EFFETTI DI CIO' CHE E' NOTO COME "RAPPORTO BEVERIDGE"**

- ◆ *“Il Bisogno è solo uno dei cinque giganti sulla strada della ricostruzione e in qualche modo il più facile da attaccare. Gli altri sono la Malattia, l'Ignoranza, lo Squallore e l'Inazione.”*
- ◆ Il rapporto Beveridge è un attacco in primo luogo al Gigante Bisogno, ma in larga misura anche al Gigante Malattia: prefigura un forte impegno pubblico a carattere universalistico, per l'intera popolazione e l'intero territorio, in materia di prestazioni mediche ambulatoriali, trattamenti ospedalieri, riabilitazione: ciò che comunemente conosciamo come National Health Service.

Cerchiamo di arrivare lontano.

## **UN “PIANO BEVERIDGE” PER L'ITALIA DI OGGI: QUANTO MENO SUL VERSANTE DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE RISORSE**

- ◆ UN PROGRAMMA SISTEMICO DI CONTRASTO ALLA POVERTA' E ALLE DISEGUAGLIANZE.
- ◆ UN SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE A CARATTERE PRIMARIAMENTE PUBBLICO, ADEGUATAMENTE FINANZIATO, CHE “COPRA” TUTTA LA POPOLAZIONE E TUTTO IL TERRITORIO, GARANTENDO QUALITA', EFFICACIA, EQUITA' (ANCHE IN TERMINI DI ACCESSIBILITA ECONOMICA ALLE PRESTAZIONI).

Cerchiamo di arrivare lontano

## UN “PIANO BEVERIDGE” PER L'ITALIA DI OGGI: ANCHE SUL VERSANTE DELLE STRATEGIE E DELLA VISIONE D'INSIEME

Serve, a fianco del Sistema di strutture che prestano diagnosi, cura e riabilitazione (e in forte integrazione con esso), un **Sistema nazionale** di prevenzione e promozione della salute e della sicurezza (*safety*), che richiede:

- interesse politico;
- risorse culturali, professionali e finanziarie adeguate;
- partecipazione.

**Promuovere una prevenzione utile, come bene comune della cui rilevanza vi sia consapevolezza diffusa e i cui programmi siano materia di condivisione sociale.**

Promuovere l'igiene orale **NON** è in alternativa a curare bene chi comunque sia arrivato ad avere i denti guasti.

Abbatte le esposizioni ad agenti di cui sia nota la cancerogenicità **NON** è in alternativa a curare bene chi comunque abbia contratto un cancro.

Agire per la prevenzione degli infortuni **NON** è in alternativa a soccorrere chi comunque si sia sfracellato a terra cadendo da un'impalcatura.

E viceversa.