Volume 61, Numero 4 ottobre-dicembre 2017

SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia

ISSN 2280-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, C1/PG/110

CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Modalità di abbonamento 2018

Editore: Cultura e Salute Editore Perugia
http://cespes.unipg.it
rivistecespes@gmail.com
Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

Abbonamento (4 fascicoli)
Italia
Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 80 / on-line € 50 / cartaceo+on-line € 120
Privati: cartaceo € 50 / on-line € 30 / cartaceo+on-line € 70
Un fascicolo: cartaceo € 16 / on-line € 8

Estero
cartaceo € 120 / on-line € 60 / cartaceo+on-line € 140
Un fascicolo: cartaceo € 40 / on-line € 20

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258
Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre
intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA
codice SWIFT UNCRITM1770

UFFICIO ABBONAMENTI
rivistecespes@gmail.com
tel.: 075.585.7355
per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

PRINT
Grafox Srl
via Pievaiola, 166 - 06132 Perugia
tel.: 075.5171532

@ Copyright: Cultura e Salute Editore Perugia testi, fotografie, disegni, riproduzione vietata

SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

vol. 61, n.4, ottobre-dicembre 2017

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-58 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / http//cespes.unipg.it

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo

Presidente onorario: Maria Antonia Modolo

Presidente del Comitato scientifico editoriale: Giuseppe Michele Masanotti

Redattore capo: Lamberto Briziarelli

Segretario di redazione: Paola Beatini

Editing: Grafox Srl

Comitato scientifico editoriale: Francesco Bottaccioli, Società Italiana di Psiconeuroimmunologia (SIPNEI), Roma / *Eric Breton*, INPES Promotion de la Santé, Département Sciences Humaines, Sociales et des Comportements de Santé - SHSC École des Hautes Études Santé Publique (EHESP), France / *Riccardo Casadei*, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / *Carla Collicelli,* Fondazione CENSIS, Roma / *Paolo Contu*, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Università di Cagliari / *Michele Conversano*, Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto / *Claudio Cricelli*, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) / *Paolo Da Col*, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / *Barbara D'Avanzo*, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano / *Enrico Desideri*, Azienda USL Toscana Sud Est / *Paola di Nicola*, Dipartimento Spazio Immagine Società, Università di Verona / *Floriana Falcinelli,* Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / *Giuseppe Fattori*, Azienda USL Modena / *Carlo Favaretti*, Società Italiana di Health Technology Assessment (HTA) / *Luigi Ferrannini*, Società Italiana di Psichiatria (SIP) / *Sabrina Flamini*, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia / *Fabrizio Fornari*, Dipartimento di Scienze Giuridiche e Sociali, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara / *Fausto Francia*, Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Azienda USL Bologna / *Patrizia Garista*, INDIRE, Roma / *Salvatore Geraci*, Area Sanitaria, CARITAS Diocesana di Roma / *Gilberto Gentili*, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / *Mariano Giacchi,* CREPS, Università di Siena / *Guido Giarelli*, European Society for Health and Medical Sociology, Dipartimento di Scienze della Salute, Università Magna Graecia, Catanzaro / *Margherita Giannoni*, Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Perugia / *Marco Ingrosso*, Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Ferrara / *Lynne Kennedy*, University of Chester, Department of Clinical Sciences & Nutrition, UK / *Domenico Lagravinese*, ASL Bari / *Gavino Maciocco*, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Università di Firenze / *Edvige Mancinelli*, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / *Liliana Minelli*, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / *Maurice Mittelmark*, Faculty of Psychology, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway / *Aldo Morrone*, Istituto Nazionale per la Promozione della Salute della Popolazione Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà, Roma / *Damiano Parretti*, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / *Rossana Pasquini*, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / *Giancarlo Pocetta*, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / *Walter Ricciardi*, European Public Health Association, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma / *Pio Enrico Ricci Bitti*, Società Italiana di Psicologia della Salute (SIPS), Università di Bologna / *Carlo Romagnoli*, Azienda USL Umbria 1, Perugia / *Roberto Romizi*, Associazione Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE/ITALIA) / *Marzia Sandroni,* Azienda USL Toscana Sud Est / *Tiziano Scarponi,* Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbra / *Francesco Scotti*, Psichiatra / *Vincenzo Nicola Talesa,* Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / *Gianfranco Tarsitani*, Dipartimento di Scienze Medico-Chirurgiche e di Medicina Traslazionale, Sapienza Università di Roma / *Enrico Tempesta*, Osservatorio Permanente Giovani e Alcool, Roma / *Maria Triassi*, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Federico II di Napoli / *Lenneke Vaandrager*, Wageningen University, Group Health & Society (HSO) Department of Social Sciences, The Netherlands / *Maria Giovanna Vicarelli*, Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali, Università Politecnica delle Marche, Ancona / *Mauro Volpi*, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Perugia.

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

	5	*In questo numero*
Editoriale	7	Promozione della salute e disuguaglianza *Health promotion and inequality* **Carlo Romagnoli**
Monografia	12	Promozione della salute e disuguaglianza *Health promotion and inequality* Promozione dell'equità nella salute ed irresponsabilità sociale delle elites *Promoting equity in health and elites social irresponsibility* **Carlo Romagnoli**
	39	Ambiente e disparità sociali: un approccio ecologico alla salute pubblica *Environment and social inequalities: an ecological approach to public health* **Carlo Modonesi**
	57	Malattie croniche e diseguaglianze nella salute *Chronic diseases and inequalities in health* **Gavino Maciocco**
	64	La Law clinic come supporto ai movimenti per la salute e per l'ambiente. L'esperienza della Facoltà di Giurisprudenza di Perugia *The Law Clinics as Support to Movements for Health and Environment. The experience of the Perugia Department of Law* **Giovanni Landi**
Altri contributi	72	L'autoformazione alla cura di sé attraverso il metodo del «diario di salute». Risultati di un'esperienza pilota su un gruppo di «giovani adulti emergenti» *Self-training about self-care through the "health diary" method. Results of a pilot experience carried on a group of "emergent young adults"* **Pierpaola Pierucci**

91 Integrazione della vigilanza e della promozione della salute, della sicurezza e dell'ergonomia nei luoghi di lavoro nell'esperienza senese. La Buona Pratica di Casole d'Elsa e il POLO per la Promozione della Salute, della Sicurezza e dell'Ergonomia nelle Micro, Piccole e Medie Imprese della Provincia di Siena
Integration of the Vigilance and the Promotion of Health, Safety and Ergonomics in the Workplaces in Siena The Casole d'Elsa. Good Practice and the POLO for the Promotion of Health, Safety and Ergonomics in the Micro, Small and Medium sized Enterprises of the Siena Province
Corrado Barone, Massimo Bartalini, Alessandro Fattorini, Fabio Strambi, Giuseppe Michele Masanotti

112 Terapia cognitivo-comportamentale dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: studio comparativo tra trattamento clinico non intensivo e intensivo
Cognitive-behavioral therapy for eating disorders (ED): comparison of non-intensive and intensive clinic treatment
Vincenza Gianfredi, Jessica Jannì, Daniele Nucci, Giovanni Minutolo, Mattia Acito, Milena Villarini

Recensioni 126

Documenti 129 Salute in tutte le politiche: manuale di formazione
Health in all policies: training manual
Organizzazione Mondiale della Sanità

133 Manifesto FNOMCeO per l'equità nella salute
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

In questo numero

Chiudiamo l'annata 2017 della nostra Rivista proponendo nella *Monografia* una decisa sollecitazione alla riflessione sul tema della relazione promozione della salute-disuguaglianze, fondamentale, a nostro avviso, per ricercatori e professionisti della salute. Come afferma infatti *Carlo Romagnoli*, curatore della *Sezione*, "Health in all policies" sia nella ricerca che negli interventi dei servizi socio-sanitari italiani è stata troppo spesso assunta nella sua variante depotenziata - *empowerment* individuale e intersettorialità - mentre la sua caratteristica centrale costitutiva, la produzione di equità, è rimasta nello sfondo. Su questo elemento, invece, proprio recentemente le organizzazioni mondiali per la salute si stanno autenticamente impegnando (vedi Dichiarazione di Shangai e produzioni OMS).
Il contributo di *Carlo Romagnoli*, che apre *questo numero*, delinea con rigore lo stato e le tendenze in atto nei processi di promozione della salute e di promozione dell'equità in salute, riportando modelli interpretativi dei determinanti di disuguaglianze in salute, evidenze scientifiche dalla letteratura sul rapporto mercato/equità in salute, problematiche che l'OMS e in particolare la strategia HiAP devono affrontare per promuovere equità nell'attuale pesante situazione socio-economica.
Una visione ampia ed al contempo dettagliata, un forte punto di riferimento per costruire politiche per l'equità ed azioni coerenti di sanità pubblica.
Carlo Modonesi, enfatizza, adottando una prospettiva ecologica, il rilevante potere di condizionamento negativo che la struttura sociale odierna, fondata sull'autorità del mercato e governata attraverso un modello economico neoliberista privo di vincoli pubblici, esercita sull'esistenza dell'uomo, assumendo un ruolo cruciale nella promozione della salute o della malattia. L'Autore evidenzia la fragilità del pensiero scientifico dominante che, pur affrancato da una visione rigidamente riduzionista della biologia umana e delle cause di malattia, trascura ancora la natura concorsuale dei fattori coinvolti nelle patologie umane. Afferma infatti che, se pur "gli esseri umani possiedono proprietà morfologiche e fisiologiche che dipendono dal loro essere sistemi viventi e nessun fattore sociale può mo-

dificare i tratti fondamentali della biologia della nostra specie, le enormi potenzialità del sistema nervoso dell'*Homo sapiens* hanno formato strutture sociali che hanno alterato in modo drammatico il contesto di vita". "La nostra fisiologia è una fisiologia socializzata."
Al tema della multimorbosità in rapporto alle disuguaglianze è dedicato il contributo di *Gavino Maciocco*. La Sua argomentazione sull'iniquità nascosta centra la riflessione sulla difficoltà dei Servizi Sanitari a farsi carico della complessità clinica e spesso sociale delle persone.
A conclusione di questa *Sezione*, con un contributo delle Scienze Giuridiche, *Giovanni Landi* riferisce sull'esperienza della Law Clinic dell'Università degli studi di Perugia, che, al fine di rafforzare i diritti collettivi alla salute e all'ambiente, assiste movimenti e comitati attivi contro l'uso degli inceneritori, all'interno di un percorso didattico della Cattedra di Diritto Privato.
Anche i *Documenti* sono riferiti al tema delle disuguaglianze in salute: è proposta una sintesi del Manuale OMS *"Health in all policies: training manual",* strumento per la formazione dei decisori sulle linee concettuali e strategiche della politica HiAP; e il Manifesto della FNOMCeO per l'equità in salute che ribadisce come sia compito del medico promuovere l'eliminazione di ogni forma di iniquità in salute e formula Raccomandazioni per i professionisti delle Cure Primarie.
Segnaliamo nella Sezione *Altri Contributi, Pierpaola Pierucci* con un'analisi dettagliata dei risultati di un progetto pilota realizzato con studenti universitari sull'autoformazione alla cura, utilizzando la metodologia del "diario di salute". La metodologia si è rilevata efficace nell'attivare la disponibilità al cambiamento dei soggetti per il proprio benessere.
La promozione della salute nei luoghi di lavoro è costantemente un focus della ricerca e delle azioni per i professionisti della sanità pubblica.
Al tema è dedicato il contributo di *Barone et al* che descrivono un modello organizzativo e di intervento partecipato realizzato nel territorio senese per il miglioramento del contesto di lavoro e della salute dei lavoratori in oltre 300 piccole-medie e microimprese. Il progetto - sviluppato nel tempo, oggi ancora attivo e sempre più articolato - in stretta collaborazione con l'ENWHP, ha ricevuto il Good Practice Award dell'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul lavoro di Bilbao.
Al tema dei disturbi del comportamento alimentare è dedicato l'articolo di *Vincenza Gianfredi et al*, che riporta i risultati di uno studio comparato sul trattamento clinico non intensivo ed intensivo in soggetti con anoressia nervosa.

Editoriale

Promozione della salute e disuguaglianza
Health promotion and inequality

Carlo Romagnoli

1. La disuguaglianza, fondamentale determinante distale della salute, dilaga sul piano sociale e si afferma come valore politico. Tutti i rapporti sociali prodotti a diverso titolo e dalle più diverse istituzioni di ricerca evidenziano con dovizia di dati il crescere delle disuguaglianze: Castells, Stiglitz, Marazzi, Picketti, Atkinson, Marmot, Sassen, Franzini e Pianta, Fondo Monetario internazionale ne descrivono un ampio spettro: da quella nei redditi e nei capitali che concentrano nelle mani dei *pochi* poteri decisionali sulla vita dei *molti*, a quella sociale e tra i generi, da quella nella qualità e quantità della vita in salute e non, a quella nelle esposizione involontarie e non ai fattori di rischio – dove alle disuguaglianze di oggi si aggiungono quelle con le generazioni future, che avranno un minor margine di intervento rispetto a noi – per passare alle disuguaglianze nella esposizione a guerre e forze predatrici globali (1) con il corredo di flussi migratori tanto imponenti quanto reietti, fino alle disuguaglianze di prospettiva legate alla cattura del sapere sociale da parte di algoritmi e intelligenze artificiali in mano ai *pochi*. E l'elenco non è certo esaustivo... Ma quello che preoccupa di più è la tendenza che caratterizza i processi politici determinati dalla schiacciante egemonia dei *pochi* beneficiari delle disuguaglianze: già dalla metà degli anni '90 abbiamo subito una prima fase di torsione dei processi di rappresentanza volta a garantire una governamentalità funzionale ad imporre ai *molti* scelte favorevoli ai *pochi*, tramite personale politico funzionale ad *una democrazia a trazione elitaria"*, secondo l'aforisma suggerito dal professor Mario Monti, uno che di elites se ne intende. La trazione è stata tanto elitaria da risultare incompatibile con una redistribuzione democratica dei redditi, consumando velocemente le formazioni politiche incaricate di volta in volta di *"organizzare la miseria"* secondo l'aforisma coniato da Marmot (2), uno che di epidemiologia dei determinanti della disuguaglianza se ne intende.

A questo dissennato percorso che ha consumato ovunque nel mondo partiti e politici

"bypartisan" corrisponde ora l'emergere di forme di governamentalità tese a imporre la disuguaglianza, con i *pochi* che spingono "con ogni mezzo" i *molti* ai margini sistemici, ispirandosi a visioni suprematiste del mondo, in forma pura nel caso del muro anti migranti tra Messico e USA o con un pò di lifting nel caso del respingimento dei migranti nei lager libici, dove *occhio non vede e cuore non duole* (vedi al riguardo il bel film di Segre "L'ordine delle cose").
Così accade che il benessere dei *pochi* si alimenti del malessere dei *molti, l'*evidenza scientifica per i primi non sia di alcun interesse e venga irrisa o nascosta, *America first* non risulti molto diverso da *Deutschland uber alles,* le spese militari in USA possano superare i mille miliardi di dollari, da noi si acquistino gli F35 che sono aerei da proiezione offensiva, funzione non prevista dalla nostra Carta Costituzionale, appena salvata dalla attualizzazione che *i pochi* volevano imporci: è così che va declinata "la salute in tutte le politiche"?

2. La produzione scientifica che va dalla *Carta di Ottawa* (1985) a *Closing the gap* (2008) è basata sulla fiducia nelle progressive sorti dell'umanità e su un ottimismo progettuale che ricorda il funzionalismo forte di Talcott Parson ma la cui base materiale è molto più avanzata rispetto agli anni '60 in cui il sociologo operava, perché nel frattempo si è arricchita di spettacolari sviluppi delle forze produttive e scientifiche: se il costo marginale di molti beni di ampio consumo tende a zero, se riusciamo a prevedere la traiettoria di un meteorite nello spazio ed a far atterrare una sonda su di esso, se si riesce attraverso i big data a conoscere i bisogni di ognuno (purtroppo al solo fine di fargli offerte commerciali personalizzate, sic!), dare a ciascuno in base ai suoi bisogni di salute – cioè garantire l'equità nella salute – è un fine per il cui raggiungimento disponiamo di conoscenze e mezzi appropriati, si tratterebbe "solo" di ridefinire le politiche statali e intergovernative. Invece arriva la crisi finanziaria del 2008 e con essa la distanza tra i *pochi* ed i *molti* si allunga ancora di più. Gli epidemiologi dotati di una visione sociale si pongono una prima buona domanda: *siamo sicuri che i determinanti sociali della salute siano gli stessi della disuguaglianza nella salute?*
La risposta che viene data è che "i determinanti dell'equità nella salute consistono nel fatto che le società sono strutturate in diverse posizioni sociali che danno accesso a diversi livelli di risorse solo per alcuni e che la distribuzione degli individui sulle posizioni sociali segue regole che creano disuguaglianze nel raggiungere una posizione sociale più favorita" (3). Ne consegue che se non si interviene sui fattori che incardinano *i molti* in posizioni sociali di rilevante svantaggio e si insiste sul solo empowerment dell'individuo non solo non si riduce la disuguaglianza, ma si lascia piena libertà di azione ai suoi determinanti (vedi articolo *"Promozione della equità nella salute e irresponsabilità sociale delle elites*" di Carlo Romagnoli).

Se nella crisi finanziaria l'epidemiologia sociale rafforza la sua caratteristica di sapere indocile, la crisi ambientale rivela la fragilità del *pensiero lineare* a favore del *pensiero sistemico* che a sua volta si rivela la madre di tutti i saperi indocili: una scienza come la climatologia diviene un incubo per i sostenitori delle energie fossili e mette in risalto la colpevole ignoranza dei *pochi;* le scoperte scientifiche in molti settori tra cui epigenetica, interferenti endocrini, microbioma, neuro psico endocrino immunologia, ecc. producono evidenze a favore della forte influenza che l'ambiente ha sullo sviluppo degli organismi viventi e dei pericoli che si corrono agendo sull'ambiente in base ad un approccio lineare (vedi articolo *"Ambiente e disparità sociali: un approccio ecologico alla salute pubblica"* di Carlo Modenesi).

Tutta questa indocilità diviene eccedente, tracima dai confini disciplinari e si fa sapere costituente che sostiene le ragioni *dei molti* a livello globale, fino a permeare l'Enciclica *Laudato si'*, dove ottiene l'imprimatur della Chiesa cattolica.

Ma non basta, scendono in campo anche alcuni economisti che si pongono una altra buona domanda: *cosa si può fare per ridurre la disuguaglianza?*

Picketti e soprattutto Anthony Atkinson (vedi la recensione del suo testo *"Disoccupazione. Cosa si può fare"*) vanno a studiare i periodi storici (trenta anni successivi alla seconda guerra mondiale) e le società con minore disuguaglianza (come l'America latina dal 2000 al 2015) e rilevano che questa è associata a monte con un efficace presidio da parte *dei molti* dei luoghi in cui vengono prese le grandi decisioni economiche e scientifiche, in modo da indirizzarle verso l'interesse generale, mentre *a valle* politiche fiscali fortemente progressive permettono di redistribuire salario indiretto tramite servizi che attenuano le disparità. A loro volta i fisici teorici (4) esaminano le basi matematiche dei modelli economici che sostengono l'autoregolazione del libero mercato e le oltre 400 pagine del testo di Samuelson (5) che fonderebbero matematicamente le basi scientifiche della tendenza all'equilibrio dell'economia di mercato non reggono all'analisi critica rivelando che i modelli sono costruiti con un eccesso di semplificazioni che non trovano riscontro nella concreta e molto piu complessa realtà sociale in cui i mercati operano. Nè mancano i giuristi di cui riportiamo l'impegno emerso con la attivazione di una *law clinic* che assiste i movimenti che lottano su salute e ambiente all'interno di un percorso didattico sviluppato dalla Cattedra di Diritto privato della Facoltà di Giurisprudenza di Unipg (vedi articolo *"La Law clinic come supporto ai movimenti per la salute e per l'ambiente. L'esperienza della Facoltà di Giurisprudenza di Perugia"* di Giovanni Landi).

La massa complessiva di questo sapere critico eccede la capacità *dei pochi* di mettere a tacere *i molti* e si assiste ad una osmosi tra movimenti sociali – che attivano processi di deprivatizzazione attraverso percorsi di (ri)municipalizzazione e di (ri)pubblicizzazione) di cui si trovano puntuali aggiornamenti nei rapporti di Global Health Watch (http://www.ghwatch.org/) e di State of Power (https://www.tni.org/en/publication/state-of-

power-2017) – ed una parte sempre più rilevante degli operatori della conoscenza attivi nelle scienze indocili, che hanno promosso nell'aprile del 2017 la marcia mondiale degli scienziati in cui si protesta contro la mancata valorizzazione delle scoperte scientifiche; gli uni e gli altri interagiscono per sottoporre ad una critica tanto radicale quanto efficace l'ONU e le sue agenzie; qui basterà ricordare la felice contestazione globale che investì nel 2011 la Dichiarazione sui determinanti globali di salute emanata dall'OMS a Rio de Janeiro, di cui venne criticata la superficialità analitica e l'insufficienza propositiva. Cosi, ad Helsinky nel 2013 l'OMS prende atto della divergenza tra le politiche auspicate per la promozione della salute e dell'equità nella salute e quelle effettivamente praticate da molti governi in ossequio ad interessi economici di pochi (6); sempre nello stesso anno, l'ONU produce il documento "A *Million Voice: The World We Want"* (7) dove vengono fissati gli obiettivi di sviluppo sostenibile per il 2030 che coniugano approccio sistemico, evidenze prodotte dai saperi indocili e interessi generali di noi molti*, producendo finalmente quello che può essere definito come la prima bozza del nostro programma politico mondiale.*

3. Nel mondo dei servizi sociosanitari italiani ed in particolare in quello dei dipartimenti di prevenzione in cui è stata purtroppo relegata la promozione della salute, la *"Salute in tutte le politiche"* è stata assunta nella sua variante depotenziata – empowerment individuale più intersettorialità come condizione in cui dare spazio ai diversi attori della salute – mentre la sua caratteristica centrale costitutiva – la produzione di equità nella salute – è rimasta sullo sfondo.
Ora, se si osservano con un minimo di attenzione le più recenti produzioni OMS, si può osservare come questa si stia impegnando nel formare i responsabili statali e delle entità intergovernative nell'assumere e mettere a regime politiche che promuovono la salute nell'accezione per cui questo passaggio si realizza solo se si interviene appropriatamente sui determinanti della disuguaglianza, con alleanze operative che chiamano in causa sia i movimenti sociali che le realtà istituzionali territoriali, come a Shanghai (8) dove sono stati riuniti i rappresentanti di 100 grandi città, individuati come importanti player di politiche contro la disuguaglianza nella salute.
Se si osserva la struttura del percorso formativo che l'OMS ha messo a punto per dare qualità alle politiche statali (9) (di cui riportiamo una sintesi nella sezione Documenti) si trovano tracce di lavoro molto interessanti che possono a loro volta rappresentare un elemento di riflessione e di indirizzo per chi ha finalità valutative (a quando una seria e partecipata valutazione e ridefinizione del Piano nazionale per la Prevenzione?), per chi lavora sul terreno formativo, come il nostro CeSPES che viene chiamato a verificare se la propria offerta formativa possa arricchirsi con la assunzione delle indicazioni OMS, ma anche per chi è impegnato ogni giorno nei servizi, nella scuola e nella società a produrre equità nella salute ai tempi della disuguaglianza crescente.

BIBLIOGRAFIA

1. Sassen S. Espulsioni. Brutalità e complessità nell'economia globale. Bologna: Il Mulino; 2015.
2. Marmot M. La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2016.
3. Mackenbach JP. Persistence of social inequalities in modern welfare states: Explanation of a paradox. J Epidemiol Community Health 2013; May; 67(5): 412-8.
4. Sylos Labini F. Rischio e previsione. Cosa può dirci la scienza sulla crisi. Bari: Laterza ; 2016.
5. Samuelson P, Nordhaus WD. Economia. Milano: Feltrinelli; 2014.
6. OMS Governance for health equity. Taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region. Ginevra: OMS; 2013.
7. United Nations Development Group A million voices: the world we want; 2013. http://www.ohchr.org/Documents/Issues/MDGs/UNDGAMillionVoices.pdf. Accessed June 29, 2016.
8. OMS Innovative approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook. Ginevra: OMS European Region; 2016.
9. OMS Health in all policies: training manual. Ginevra: WHO European Region; 2015.

Sistema Salute, 61, 4 2017: pp. 12-38

Monografia
Promozione della salute e disuguaglianza
Health promotion and inequality

Promozione dell'equità nella salute ed irresponsabilità sociale delle elites

Promoting equity in health and elites social irresponsibility

Carlo Romagnoli

Medico specialista in sanità pubblica, socio ISDE, Staff Programmazione Epidemiologica ASL Umbria 1

Parole chiave: promozione salute; promozione equità nella salute; determinanti sociali della disequità nella salute; teorie comportamentali sulla equità nella salute; teorie dell'ignoranza; movimenti sociali per l'equità nella salute

RIASSUNTO

Problemi: a trenta anni dalla Carta di Ottawa, che ha messo al centro dei servizi sanitari pubblici l'azione sui determinanti di salute e la promozione della equità nella salute, l'evoluzione sociale in atto vede pochi che hanno moltissimo reddito e potere imporre scelte funzionali ai loro interessi di breve periodo che influenzano negativamente i determinanti di salute per moltissimi che hanno pochissimo reddito e potere, strutturando nuovi, violenti livelli di disuguaglianza.

Obiettivi e metodologia: emergono, tra le tante, alcune problematiche: a) quali sono i determinanti della disequità nella salute? b) il mercato produce equità nella salute? c) come sono evolute le politiche OMS per l'equità nella salute? d) con quali problemi si confrontano queste politiche OMS?

Sulla base di una prima rassegna della letteratura scientifica vengono presentate le evidenze disponibili sulle aree problematiche individuate.

Risultati: a) i determinanti dell'equità nella salute consistono nel fatto che le società sono strutturate in diverse posizioni sociali che danno accesso a diversi livelli di risorse solo per alcuni e che la distribuzione degli individui sulle posizioni sociali segue regole che creano disuguaglianze nel raggiungere una posizione sociale più favorita; b) assenza di evidenze a favore del ruolo perequatore del mercato; c) crescente organicità degli enunciati OMS per la salute i tutte le politiche (HiAP) e la promozione dell'equità nella salute; d) sostanziale inefficacia delle politiche volte a ridurre la disequità nella salute, in un contesto segnato da: 1) crescente concentrazione di ricchezza e potere decisionale nelle mani di pochissimi; 2) numerose e

Autore per corrispondenza: carlo.romagnoli@uslumbria1.it

crescenti ambiguità nelle politiche governative che dovrebbero promuovere equità nella salute; 3) contro produttività specifica della promozione della salute basata sui soli fattori comportamentali; 4) crearsi di una elites mondiale socialmente irresponsabile; 5) crescere della relazione tra mondo scientifico, movimenti sociali che lottano contro le disuguaglianze e politiche OMS/ONU.
Conclusioni: sviluppare la HiAP significa contrastare efficacemente: a) la disequità con azioni multilivello in grado anche di presidiare i luoghi in cui vengono prese le decisioni chiave sui determinanti della stessa; b) le pericolose scelte economiche, sociali, ambientali e militari di elites socialmente irresponsabili.

Keywords: health promotion; promote equity in health; social determinants of inequity in health; behavioral theories on equity in health; theories of ignorance; social movements for equity in health;

SUMMARY
Problems: at thirty years since the Ottawa Charter, which has put the focus on public health services on health determinants and the promotion of equity in health, the social evolution in place sees few who have a lot of income and power to impose choices functional to their short-term interests that negatively affect the health determinants for many who have very little income and power, structuring new, violent levels of inequality.
Objectives and methods: among the many, emerge some issues: a) what are the determinants of inequality in health? b) Does the market produce equity in health? c) How have WHO policies developed for health equity? d) What are the issues that these WHO policies are facing? Based on a first review of scientific literature, evidence is available on the identified problem areas suggest:
Results: a) The determinants of equity in health are the fact that societies are structured in different social positions that provide access to different levels of resources only for some and that the distribution of individuals on social positions follows rules that create inequalities in reaching a more favored social position; (b) absence of evidence in favor of the market equalisation role; c) increasing organics of WHO statements for the health of all policies (HiAP) and the promotion of health equity; d) Substantial ineffectiveness of policies to reduce disequilibrium in health, in a context marked by: 1) increasing concentration of wealth and decision-making power in the hands of very few; 2) numerous and growing ambiguities in government policies that should promote health equity; 3) "against specific productivity" of health promotion based solely on behavioral factors; 4) the creation of a socially irresponsible world elite; 5) Growth of the relationship between the scientific world, social movements struggling against inequalities and WHO / UN policies.
Conclusion: developing HiAP means effectively counteracting: a) multilevel action inequality that can also preserve the places where key decisions are taken on the determinants of it; b) the dangerous economic, social, environmental and military choices of socially irresponsible elites.

Problematiche affrontate

Dal 1986 l'OMS ha lanciato con la carta di Ottawa (1) la Promozione della salute come il processo che garantisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul proprio livello di salute e per migliorarlo, individuando 5 aree in cui dare appropriata, parallela e sinergica applicazione a tale politica:

1 rafforzare l'azione comunitaria
2 sviluppare le attitudini personali

3 dare gli strumenti, mediare tra interessi e visioni diverse, creare senso e immaginario
4 creare ambienti favorevoli
5 riorientare i servizi sanitari elaborando una politica pubblica per la salute.

Negli anni successivi queste aree di intervento sono state affinate (2-9) e diversificate, articolando appositi processi per la promozione della salute negli ospedali (10), nel contesto del rilancio delle cure primarie (11-12) e nella promozione di politiche apposite per creare città sane (13).

Parallelamente l'OMS ha iniziato a focalizzare il tema delle azioni rese necessarie dagli effetti delle politiche energetiche sulla salute umana (14) e, soprattutto ad opera della Commissione per i Determinanti Sociali di Salute, dalle disequità nella salute determinate dalla globalizzazione neoliberista (15), individuando la necessità di integrare gli obiettivi di sviluppo sostenibile con la linea "Health in All Politics (HiAP)" (16) che mira a promuovere l'equità nella salute.

A fronte di queste linee di azione molto articolate e integrate per ridurre le disequità nella salute, l'evoluzione sociale in atto vede pochi che hanno moltissimo reddito e potere imporre, tramite politiche multi livello, scelte funzionali ai loro interessi di breve periodo che influenzano negativamente i determinanti di salute per moltissimi che hanno poco reddito e potere, strutturando nuovi, violenti livelli di disuguaglianza.

Emergono, tra le tante, alcune problematiche:

a) quali sono i determinanti della disequità nella salute?
b) il mercato produce equità nella salute?
c) come sono evolute le politiche OMS per l'equità nella salute?
d) con quali problemi si confrontano queste politiche OMS?

Obiettivi

Il presente articolo si propone di documentare stato, torsioni e tendenze in atto nei processi di promozione della salute e di promozione dell'equità nella salute, che oggi vengono agite in condizioni di crescente disuguaglianza.

Per descrivere questo processo, vengono messi a fuoco:

a) evoluzione dei modelli interpretativi sui determinanti di salute e di disuguaglianza;
b) evidenze disponibili su mercato ed equità nella salute;
c) la strategia HiAP come principale asse OMS per la promozione dell'equità nella salute;
d) problemi emergenti cui deve fare fronte la politica OMS per la promozione dell'equità nella salute.

Materiali e metodi

È stata effettuata una revisione della letteratura per raccogliere le evidenze disponibili sulle seguenti aree di indagine legate agli obiettivi di cui alla seconda sezione del presente

articolo:
a) evoluzione dei modelli interpretativi sui determinanti di salute e di disuguaglianza: ricerca condotta su PubMed con parole chiave: 'methods' and “health status disparities” negli ultimi 10 anni;
b) evidenze disponibili su mercato ed equità nella salute: ricerca condotta su Pubmed con parole chiave: 'market' and 'health equity' negli ultimi 10 anni;
c) la strategia HiAP come principale asse OMS per la promozione dell'equità nella salute: rassegna dei documenti ufficiali OMS e della bibliografia allegata dalla Carta di Ottawa ad oggi;
d) problemi emergenti cui deve fare fronte la politica OMS per la promozione dell'equità nella salute:

- d.1 crescita della disuguaglianza: esame dei principali testi pubblicati sul tema dopo la crisi del 2008;
- d.2 irresponsabilità sociale: ricerca condotta su PubMed con parole chiave 'ignorance' and 'theories';
- d.3 contraddizioni nelle applicazioni governative HiAP: ricerca su documenti OMS, Global Heath Watch; ricerca su PubMed con parola chiave 'Social inequality' and 'Health';
- d.4 promozione salute basata sui determinanti comportamentali: ricerca su PubMed con parola chiave: 'health equity behavioural theories';
- d.5 relazioni tra movimenti e promozione salute: analisi documenti e bibliografia allegata OMS e Global Health Watch.

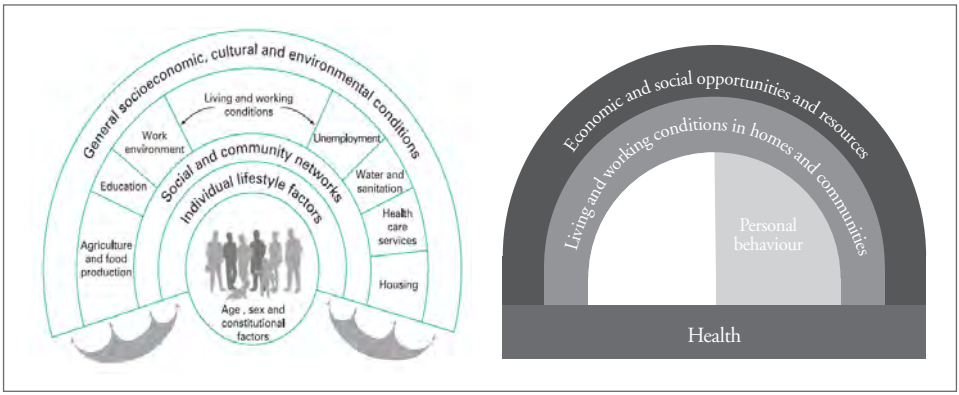
Per ogni area di ricerca è stata effettuata una descrizione qualitativa dei risultati.

Risultati

a) Modelli concettuali sui determinanti di salute e sui determinanti di disuguaglianza
I modelli concettuali sono fondamentali per la teorizzazione, raffigurando e spiegando le distribuzioni nella popolazione delle iniquità di salute. Incorporando immagini e metafora, i modelli visivi non solo illustrano i costrutti chiave e le relazioni causali specificate dalle teorie scientifiche, ma forniscono anche uno strumento importante per integrare e valutare le scoperte in rapida evoluzione e per guidare nuove ricerche (17). La ricerca bibliografia sul tema in oggetto ha fatto emergere una forte discussione, nei primi dieci anni di questo secolo, sul modo in cui i diversi tipi di rappresentazione illuminano o oscurano i processi causali rilevanti che devono essere modificati per migliorare la salute delle popolazioni e ridurre le disuguaglianze sanitarie. Molti autorevoli autori hanno evidenziato preoccupazione per le confusioni concettuali che si creano quando i modelli di determinanti della salute della popolazione, piuttosto che determinanti delle iniquità

sanitarie, vengono utilizzati nelle discussioni sulle disuguaglianze sociali nella salute (17-22): *ciò che determina i livelli globali di salute della popolazione, può non essere lo stesso fattore che determina l'entità delle iniquità sanitarie.* Mettendo a confronto note rappresentazioni iconografiche dei determinanti di salute (fig. 1) con il framework scelto dalla CDSH in Closing the gap (fig. 2) per rappresentare i determinanti della disuguaglianza nella salute, Krieger (17) sottolinea, pur essendo i testi che accompagnano i primi due schemi chiaramente centrati sulla distinzione tra determinanti della salute della popolazione e

Figura 1- I principali determinanti di salute, come presentati in "Influenze sulla salute: ampliare l'attenzione" (Fonte: 23), e come presentati in "Superando gli ostacoli alla salute nel 2008" (Fonte: 24)

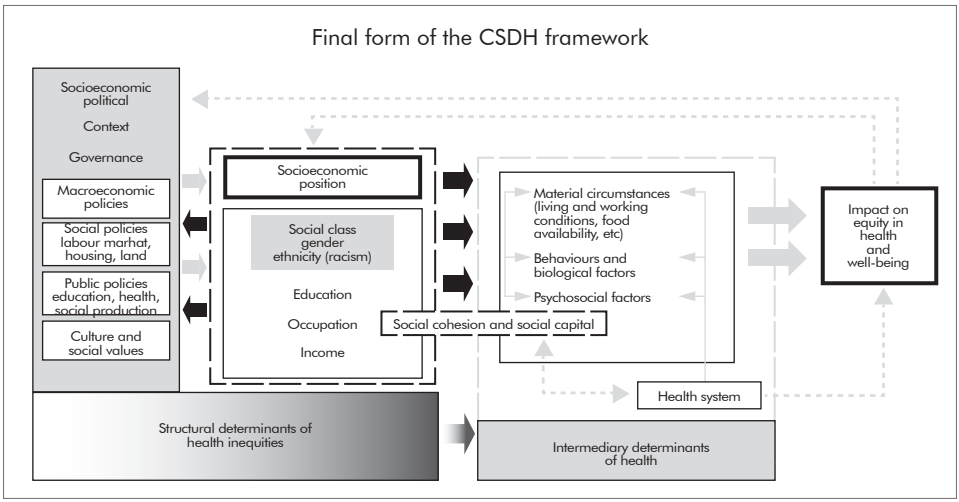


determinanti di inequità nella salute, che:

- nessuno dei due schemi contiene un riferimento chiaro ad una disuguaglianza sociale, ai processi sociali che creano disuguaglianze sociali o alle distribuzioni ingiuste della salute delle popolazioni.
- sono anche assenti riferimenti a popolazioni, tempo o luogo, mentre ciò che è raffigurato sono individui o "salute" in astratto;
- quindi, in ogni figura che funge da modello concettuale per le relazioni riguardanti rispettivamente "disuguaglianze sanitarie" e "disparità sanitarie", la grafica si concentra sui determinanti sociali della salute e non sulle iniquità sanitarie, anche per la mancanza di chiari schemi centrati sui determinanti delle disuguaglianze.

Questi problemi vengono superati nello schema prodotto nel 2008 dalla CDSH dove si chiarisce che "la posizione sociale" e la disuguaglianza sociale non sono "date", e viene reso esplicito che determinanti delle iniquità sanitarie necessariamente includono questioni di potere, governance e disuguaglianza sociale. Ovviamente questo non vuol dire che gli schemi che rappresentano i determinanti sociali di salute sono sbagliati mentre quello sui determinanti dell'inequità è giusto: piuttosto si tratta di avere chiaro che descrivono due fenomeni diversi e che non sono interscambiabili tra di loro (17).

Figura 2- Schema concettuale adottato dalla CSDH (Fonte 15) con una chiara distinzione tra determinanti strutturali delle disequità nella salute e determinanti intermedi di salute



Questo lavoro di focalizzazione dei determinanti di disequità nella salute, che trova nella formulazione anche grafica della CDSH un decisivo momento di chiarezza, stimola soprattutto nel mondo anglosassone e nel nord Europa ulteriori riflessioni e approfondimenti a partire dalla grande crisi finanziaria del 2008 ad oggi (25).

a.1) In primo luogo vengono esaminati i diversi impatti sulle disuguaglianze nella salute avuti dalle politiche neo liberiste in contesti spazio temporali diversi per sviluppo dei determinanti di disuguaglianza: molti studi hanno mostrato prove sull'effetto delle crisi sulla salute media della popolazione mentre un aspetto largamente trascurato da queste ricerche riguarda l'impatto delle crisi e delle relative risposte politiche sulle disuguaglianze sociali nella salute, anche se è emerso ovunque chiaramente che le conseguenze negative delle crisi sono sostenute soprattutto dalle popolazioni più svantaggiate (26). Con alcune eccezioni, gli studi mostrano un aumento delle disuguaglianze sanitarie durante le crisi, soprattutto durante le crisi del sud-est asiatico e giapponese e durante la crisi/dissoluzione dell'Unione Sovietica. L'impatto delle riforme neoliberiste è stato studiato anche mettendo a confronto dal 1980 al 2008 Stati Uniti e il Canada: questo ultimo paese ha mostrato una maggiore resistenza in termini di disuguaglianze sanitarie a seguito delle differenze tra: a) il grado di disuguaglianza dei redditi, derivanti dalle differenze tra le caratteristiche del mercato del lavoro e delle politiche fiscali e di trasferimento, (b) l'uguaglianza nella fornitura di beni sociali come l'assistenza sanitaria e l'istruzione,

e (c) l'entità della coesione sociale in tutti i gruppi sociali ed etnici (27). È però emerso anche che nei paesi del Nord Europa negli anni novanta, non si è verificato un chiaro peggioramento delle condizioni di salute, mettendo in luce fattori che potrebbero spiegare questa variabilità (ruolo delle politiche dello stato sociale, la diversità dei periodi utilizzati nelle analisi, l'eterogeneità delle variabili socioeconomiche e sanitarie considerate, le variazioni del profilo socioeconomico dei gruppi confrontati, ecc.). Proprio in questi paesi si avrebbe l'evidenza di un ruolo importante del welfare nel contribuire a mantenere migliori risultati di salute sul livello della popolazione, senza comportare l'eliminazione delle disuguaglianze nella salute (28) anche se nel confronto con 37 stati sviluppati, in media, i paesi nordici hanno l'aspettativa di vita più elevata e le diseguaglianze più piccole per gli uomini, ma non per le donne; per gli uomini e per le donne, i paesi nordici hanno una mortalità nei giovani particolarmente bassa, il che contribuisce a disuguaglianze più piccole e ad una maggiore speranza di vita, con variazioni tra paesi: Svezia, Islanda e Norvegia hanno una maggiore speranza di vita e disuguaglianze minori per gli uomini rispetto alla Danimarca e alla Finlandia.

Tre circostanze possono aiutare a spiegare il paradosso rappresentato dalla persistenza delle disuguaglianze sanitarie nonostante l'attenuazione delle disuguaglianze nelle condizioni materiali da parte dello stato sociale (29): 1) le disparità nell'accesso alle risorse materiali e immateriali non sono state eliminate nemmeno dai migliori Welfare State, e sono ancora sostanziali; 2) con la riduzione della mobilità sociale, la composizione dei gruppi socioeconomici più bassi è diventata più omogenea per quanto riguarda le caratteristiche personali associate a cattive condizioni di salute; e 3) a causa di una modifica del regime epidemiologico, in cui il comportamento nei consumi è divenuto il fattore determinante per molte malattie, sono aumentati i benefici marginali delle risorse immateriali a cui una maggiore posizione sociale dà accesso. *In sostanza la letteratura sociologica suggerisce che ciò che persiste per lunghi periodi di tempo non è una manifestazione specifica della disuguaglianza sociale ma un "meta-fenomeno": il fatto che esistono diverse posizioni sociali, che queste posizioni sociali danno accesso a diversi livelli di risorse solo per alcuni e che la distribuzione degli individui sulle posizioni sociali segue regole che creano disuguaglianze nelle opportunità per raggiungere una posizione sociale più favorita* (30).

a.2) questo ha stimolato soprattutto gli economisti non legati alla narrazione neoclassica ad indagare in primo luogo quali fossero i fattori che in diversi periodi storici sono associati ad una diminuzione delle disuguaglianze nella salute (31-32), facendo emergere che le disuguaglianze sono state minori nei periodi storici in cui la governamentalità prevedeva una forte tassazione progressiva con cui acquisire risorse dagli strati più abbienti per effettuare politiche redistributive a favore dei meno abbienti, aumentandone il reddito percepito in via differita.

In secondo luogo si è iniziato a ragionare sulle condizioni che hanno permesso ai

determinanti di disuguaglianza di "prosperare ed affermarsi" (32-33) individuate in:

a) le condizioni di opacità nei luoghi, nei soggetti e nei tempi in cui vengono adottate le decisioni sul carattere più o meno redistributivo delle politiche pubbliche;
b) la mancanza di forze con funzione di equilibrio in tali luoghi decisionali.

Queste contro misure migliorerebbero anche la salute per coloro che spesso sono considerati difficili da raggiungere:

- Navarro ha dimostrato che le politiche socialmente ed economicamente redistributive e le politiche di piena occupazione hanno portato a maggiori benefici per la salute (34);
- un'analisi di Lundberg et al. (35) ha concluso che la natura universale dei sistemi di welfare nordici aveva migliorato la salute della popolazione;
- Marmot (36) ha osservato che l'approccio economico è sempre più finalizzato alla crescita economica e sempre meno al benessere della popolazione come misura del risultato;
- la Commissione sulla misurazione della prestazione economica e del progresso sociale (37) ha sostenuto la necessità di misure più ampie del progresso sociale ed economico che semplicemente il prodotto interno lordo.

Eppure, l'attacco intensivo a tali regimi di benessere, iniziato ai tempi di Reagan negli Stati Uniti e della Thatcher nel Regno Unito in base al principio neoliberista che vuole uno stato minimo che *"lasci fare al mercato"* a tutt'oggi si intensifica in Europa e negli Stati Uniti, dove cresce la pressione per ridurre le spese sociali nonostante sia evidente che in questo modo si trasferisce ricchezza e potere dai poveri verso i ricchi.

b) Il mercato produce salute e livella le disuguaglianze?

b.1) Su PubMed nessuna delle 76 revisioni che vengono riportate usando come parole chiave *"market"* and *"health equity"* offrono evidenze a supporto di una qualche associazione positiva – in una ottica di popolazione – tra sanità privata e equità nella salute. Già in Closing the Gap (15) viene documentata:

- l'assenza di evidenze che depongano a favore del privato come produttore di equità nella salute;
- la correlazione negativa tra speranza di vita in buona salute e % di spesa privata sul totale della spesa sanitaria in un pool di oltre 100 paesi, riprendendo una pubblicazione di Koivosalu e Macintosh del 2005 (38);
- la mancanza di associazione tra le politiche di responsabilità sociale dell'impresa dichiarate e effettivi benefici misurabili per i clienti.

Ovretveit (39) ha documentato il processo di privatizzazione in corso nel paesi del nord Europa; altri autori (40) ne hanno rilevato il carattere progressivo, individuando sia i fattori che promuovono la privatizzazione che quelli che possono opporre ad essa un

argine, mentre continuano ad emergere evidenze (41) sugli effetti distorsivi prodotti dai fornitori basati sul private profit.

b.2) Su un piano ancora più sostanziale, critiche sono state mosse da illustri fisici alle correttezza metodologica degli approcci epistemologici e matematici che fondano le teorie economiche neoclassiche: mentre in fisica si distingue ciò che avviene nel modello teorico da ciò che avviene nella realtà, che ne deve sempre confermare le previsioni pena la mancata validazione, nella economia neoclassica i modelli di equilibrio generale sono basati su ipotesi tanto semplificatrici della realtà da non potere essere confrontate con i dati osservazionali o, quando tale confronto avviene, da non evidenziare alcun accordo fra i risultati teorici ed i dati empirici (42). La famosa "Queen's question"[1] – Perchè non avete previsto la crisi? – evidenzia lo sconcerto verso gli economisti neoliberisti, in quanto categoria di "scienziati" che rivendica la propria appartenenza al mondo di quanti seguono approcci teorici verificabili in modo riproducibile ma:

- sostengono un modello teorico che non prevede la probabilità di verificarsi di un evento come le crisi (che pure avvengono nel mondo reale/empirico);
- non lo ritengono invalidato dai riscontri empirici negativi quando questi si determinano, ma li ignorano e ne pretendono ulteriori applicazioni.

Sarebbe come se una agenzia spaziale calcolasse la rotta di una sonda per farle raggiungere un satellite in base ad un certo modello teorico, la navicella lo non raggiungesse e senza correggere o innovare il modello teorico, si continuassero a lanciare navicelle usando ancora quel modello che ne ha già guidata una verso il vuoto cosmico!

Quindi mentre ogni fisico avrebbe elaborato un nuovo modello di teoria in accordo con i dati reali gli economisti neoclassici pretendono di fare scienza continuando a non tenerne conto: c'è voluta la Regina d'Inghilterra per porre loro la domanda giusta, ma siamo evidentemente fuori dal metodo scientifico (43): *le scelte economiche che producono disuguaglianza nella salute, non sono basate su approcci scientifici ma affondano le loro radici epistemologiche nell'arbitrio e nella supponenza delle elites che ne beneficiano e che hanno interesse nel continuare a beneficiarne. Nella sostanza il criterio di verità che le sottende è l'arricchimento di pochi, non il benessere sociale.*

c) La strategia Health in All Polices per la promozione dell'equità nella salute

c.1) *Salute in tutte le politiche* (HiAP) è un termine introdotto in Europa durante la presidenza finlandese dell'Unione Europea nel 2006, con l'obiettivo di sviluppare la collaborazione intersettoriale per raggiungere obiettivi comuni e ridurre le disuguaglianze. Anche se le sue radici possono essere ricondotte alle origini dell'OMS, l'approccio "Health in All Police" (HiAP) si basa su un ricco patrimonio di idee, azioni e prove che sono emerse dopo la dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria di base (1978)

1. The Queen ask why no one saw the credit crunch coming "The Telegraph", 5 novembre 2008.

e la carta di Ottawa per la promozione della salute (1986). In particolare la Carta di Ottawa, derivata dalla Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, rappresenta una pietra angolare per la promozione della salute e identifica l'importanza fondamentale dell'equità nella salute in relazione a cinque settori principali di azione richiamati nella introduzione a questo articolo. L'approccio HiAP è stato stimolato dal lavoro della CDSH "Closing the gap" (15) e da altri contributi scientifici (16) che hanno evidenziato sia la possibilità effettiva che l'umanità ha, grazie allo sviluppo tecnologico, di eliminare la scarsità e la disequità, sia la necessità di contrastare la crescente disequità che deriva dalla concentrazione di potere nelle mani di pochissimi individui, documentata nelle sezioni precedenti.

c.2) La HiAP è oggi al centro delle politiche ufficiali dell'OMS e dell'ONU ed è stata rafforzata:

- da una serie di Dichiarazioni Politiche dell'OMS e dell'ONU che evidenziano convergenze e integrazioni verso una politica mondiale orientata a costruire il mondo che tutti vorremmo:
  - Dichiarazione Politica di Rio sui Determinanti Sociali della Salute (6);
  - Dichiarazione di Helsinky (7) che prende atto della divergenza tra le politiche auspicate per la promozione della salute e dell'equità nella salute e quelle effettivamente praticate da molti governi in ossequio ad interessi economici di pochi;
  - Dichiarazione politica ONU "***A Million Voice: The World We Want"*** (44);
  - Approvazione nel 2015 da parte dell'ONU degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile: 17 obiettivi[2] con 169 targets specifici contenuti in un grande piano d'azione

2. 1. *Sconfiggere la povertà*: porre fine alla povertà in tutte le sue forme, ovunque; 2. *Sconfiggere la fame*: porre fine alla fame, garantire la sicurezza alimentare, migliorare la nutrizione e promuovere un'agricoltura sostenibile; 3. *Buona salute*: garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età; 4. *Istruzione di qualità*: garantire a tutti un'istruzione inclusiva e promuovere opportunità di apprendimento permanente eque e di qualità; 5. *Parità di genere*: raggiungere la parità di genere attraverso l'emancipazione delle donne e delle ragazze; 6. *Acqua pulita e servizi igienico-sanitari*: garantire a tutti la disponibilità e la gestione sostenibile di acqua e servizi igienico-sanitari; 7. *Energia rinnovabile e accessibile*: assicurare la disponibilità di servizi energetici accessibili, affidabili, sostenibili e moderni per tutti; 8. *Buona occupazione e crescita economica*: promuovere una crescita economica inclusiva, sostenuta e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva e un lavoro dignitoso per tutti; 9. *Innovazione e infrastrutture*: costruire infrastrutture solide, promuovere l'industrializzazione inclusiva e sostenibile e favorire l'innovazione; 10. *Ridurre le diseguaglianze:* ridurre le disuguaglianze all'interno e tra i paesi; 11. *Città e comunità sostenibili*: creare città sostenibili e insediamenti umani che siano inclusivi, sicuri e solidi; 12. *Utilizzo responsabile delle risorse*: garantire modelli di consumo e produzione sostenibili; 13. *Lotta contro il cambiamento climatico*: adottare misure urgenti per combattere il cambiamento climatico e le sue conseguenze; 14. *Utilizzo* sostenibile del mare: conservare e utilizzare in modo sostenibile gli oceani, i mari e le risorse marine per uno sviluppo sostenibile; 15. *Utilizzo sostenibile della terra:* proteggere, ristabilire e promuovere l'utilizzo sostenibile degli ecosistemi terrestri, gestire le foreste in modo sostenibile, combattere la desertificazione, bloccare e invertire il degrado del suolo e arrestare la perdita di biodiversità; 16. *Pace e giustizia:* promuovere lo sviluppo sostenibile; rafforzare gli strumenti di attuazione e rivitalizzare la partnership globale per lo

approvato dai 193 Paesi membri dell'ONU, che si impegnano a raggiungerli entro il 2030 (45).

- dalla Dichiarazione di Shanghai (9) in cui vengono focalizzati alcuni obiettivi per la promozione della salute (insegnare ai cittadini come mantenersi in buona salute, tassare i prodotti che fanno male e creare delle città eco-sostenibili) collocandoli nell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e coinvolgendo oltre 100 ***sindaci*** nei processi di realizzazione. Nel complesso, nel trentennale dell'approvazione della carta di Ottawa, la dichiarazione di Shanghai:
  - riconosce che «le disparità tra e all'interno dei paesi, nei livelli di reddito, nelle opportunità e negli aspetti sanitari sono ora più grandi di quanto non sia in questi ultimi decenni», e che si combinano ad un aumento della violenza, a consumi insostenibili e agli impatti negativi delle minacce climatiche;
  - critica obliquamente l'attuale modello di sviluppo socioeconomico" inopportuno "per favorire l'aumento delle malattie non trasmissibili, della salute mentale e malattie ambientali";
  - riconosce gli impatti negativi della globalizzazione del marketing e del commercio di "tabacco e alcol, e prodotti alimentari e bevande zuccherate non coerenti con una dieta sana";
  - *riconosce ai movimenti sociali di aver 'guadagnato slancio per sostenere il cambiamento', applaudendo alla mobilitazione sociale 'per guidare la domanda dei cittadini per una migliore salute ... e fornire loro una voce significativa";*
  - *richiama i governi ad "espandere lo spazio per tutte le persone a partecipare attraverso approcci centrati sulla comunità";*
  - ignora come i nuovi accordi commerciali e di investimento stiano facendo il contrario di quanto si dovrebbe fare a causa degli interessi aziendali sottesi, così come ignora le azioni di un numero crescente di Stati che attivamente sopprimono l'attivismo sociale e la presa di parola dei cittadini sul piano politico (46).
- dalla messa a punto di dispositivi tecnico scientifici ed operativi volti a sostenerla, tra cui:
  - un definito *contesto* applicativo per gli stati chiamati ad applicare la HiAP (47);
  - un apposito *"Training manual"* (8) per le attività di formazione dei decisori;
  - un articolato sistema per il monitoraggio delle politiche statali in tutti i diversi settori in cui possono produrre salute ed equità nella salute: *Innov8 Approach for reviewing; national health programmes to leave no one behind: technical handbook* (9);
  - un *database di azioni intersettoriali* per facilitare lo scambio di esperienze opportunamente valutate.

sviluppo sostenibile. 17 *Rafforzare le modalità di attuazione e rilanciare il partenariato globale per lo sviluppo sostenibile.*

Nel complesso la promozione della salute e dell'equità nella salute nella progettualità ONU/ OMS divengono parte di un processo globale in cui assumono un ruolo crescente i movimenti sociali dei cittadini, le conoscenze scientifiche raggiunte e l'iniziativa delle comunità locali, viste come forze attive nel contrastare le politiche dannose per la salute, l'ambiente e l'equità promosse dal modello economico neoliberista.

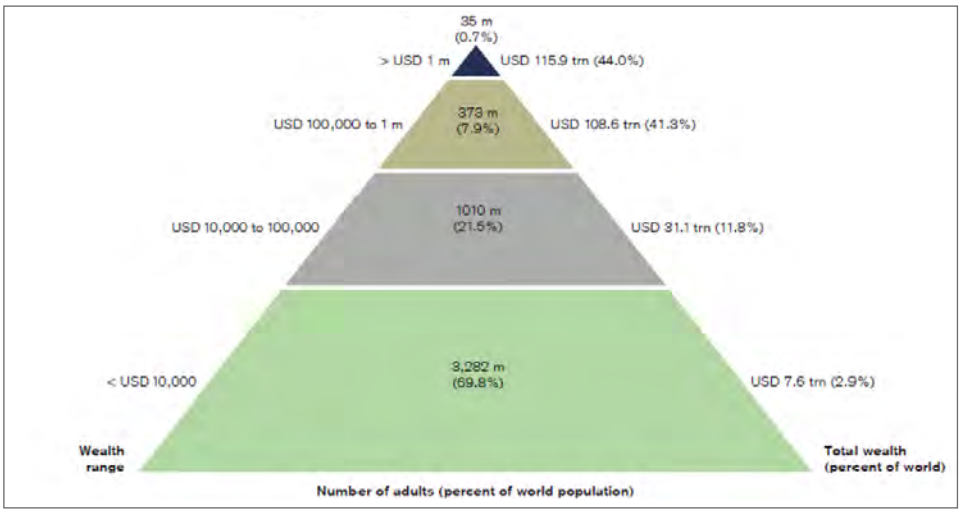
d) Problemi emergenti

***d.1)** Crescita delle disuguaglianze*

Nonostante la solidità scientifica di tali indirizzi, essi si devono oggi confrontare con una situazione in cui le disparità tra e all'interno dei paesi, nei livelli di reddito, nelle opportunità e negli aspetti sanitari sono ora più grandi di quanto non sia stato prima di questi ultimi decenni e si combinano ad un aumento della violenza, a consumi insostenibili e agli impatti negativi delle minacce climatiche (9).

In effetti tutti i rapporti sociali prodotti a diverso titolo e da istituzioni di ricerca collocate su versanti del tutto eterogenei evidenziano con dovizia di dati il crescere

Figura 3- la piramide della ricchezza mondiale (Fonte: 54)



della disuguaglianza (31-32, 36, 48-51) ed il formarsi di una società in cui il reddito si trasferisce dai salari e dai profitti verso la rendita finanziaria, a sua volta concentrata nelle mani di persone ogni anno (fig. 3) sempre più ricche[3].

3. Secondo la ONG Oxfam nel 2016 la disuguaglianza sarebbe ancora aumentata: lo 0,000,000,01% dell'umanità - appena 62 persone - possiede ora più ricchezza globale, risorse e potere politico del resto dei 7,4 miliardi di abitanti del pianeta (52), mentre la loro impronta ecologica è 175 volte superiore al "miliardo inferiore" del mondo (53).

Di conseguenza pochissime persone, concentrando nelle loro mani ricchezza e potere di investimento hanno oggi un potere decisionale enorme su questioni ambientali, economiche, ideologico – culturali e politico militari di scala globale e locale, finalizzandone gli sviluppi in base alle proprie convenienze di breve periodo ed esautorando tutto il resto dell'umanità da scelte che pure ne condizionano strettamente l'esistenza e la qualità della vita.
L'esempio fornito dallo sciagurato accordo tra le ricchissime elites di Stati Uniti e delle teocrazie del Golfo Persico per il rilancio delle energie fossili in pieno cambiamento climatico è al riguardo chiaro.

d.2) *Crescita della irresponsabilità sociale delle elites*

Un principio fondamentale nella formazione medica riguarda la centralità delle evidenze scientifiche come fattore centrale di orientamento della pratica professionale, facendo si che le evidenze scientifiche non possano essere ignorate, pena il dare luogo ad una "ignoranza colpevole".
Le due teorie più influenti in letteratura sulla "ignoranza colpevole" sono la teorie "volitionista" e quella della "qualità della volontà". Entrambe le teorie si focalizzano sulla l'eziologia dell'ignoranza: secondo la prima (55), una azione è colpevolmente ignorante quando si basa sulla gestione sbagliata delle proprie credenze, in quanto prodotta dalla assenza di azioni conoscitive o riflessive che sono socialmente considerate importanti requisiti morali. Secondo la teoria della qualità della volontà (56), la colpevolezza dell'ignoranza è determinata dalla "qualità della volontà" espressa dall'agente che non si informa.
Dodici anni dopo la Dichiarazione di Rio che impegnava i Paesi del mondo a ridurre i gas serra e con tre panel intergovernativi di valutazione del cambiamento climatico (57-59) frutto di scrupolose ricerche ed i cui risultati sono stati ampiamente disseminati, le affermazioni a sostegno di una ragionevole ignoranza sulla natura antropogenica del cambiamento climatico hanno basi improbabili e l'ignoranza delle raccomandazioni sviluppate dalla grande maggioranza della comunità scientifica mondiale può essere descritta solo come "ignoranza volontaria" e non può liberare chi la pratica dalla responsabilità morale per i danni che ne derivano (60).
Dato l'impatto di alcune delle nostre azioni sul clima, ne deriva che ognuno di noi abbia"obblighi epistemici procedurali" nell'indagare la grandezza dell'impatto climatico comportato dalle proprie azioni (61), con maggiore peso per coloro le cui azioni comportano effetti rilevanti, quali appunto gli attuali detentori di enormi ricchezze e del potere decisionale sull'utilizzo delle stesse: evitando di assumersi tali obblighi, si entra nel campo della irresponsabilità sociale manifesta, che diviene tema di dileggio per i movimenti sociali (fig. 4).
Ma chi sono questi soggetti che concentrano potere, ricchezza e irresponsabilità sociale? In merito alla natura sociale delle "elites", qui basterà ricordare che già negli anni 50 il

Figura 4- l'irresponsabilità sociale delle elites finanziarie (Fonte: foto personale su un manifesto affisso dal Movimento a Londra nel 2009 durante le contestazioni del G8)

sociologo Wright Mills (62) studiando l'élite statunitense, avvertiva che il suo potere si fonda su fattori impersonali, costituiti dal modo di produzione capitalistico e dalla relazione tra struttura economica e sovrastruttura politico-statale della società. Più recentemente Peter Phillips and Brady Osborne in *Financial Core of the Transnational Corporate Class* (63) ricostruiscono una breve storia della ricerca sull'*American Power Elite* documentando l'esistenza di una classe dirigente dominante negli Stati Uniti, i cui membri impostano le politiche e fissano le priorità a livello globale. La classe dirigente americana è complessa e competitiva e si perpetua attraverso famiglie di alto rango sociale, che interagiscono tra di loro con stili di vita simili, affiliazioni aziendali e le appartenenze a club sociali d'elite e scuole private. Essi inoltre individuano in dettaglio le persone nei consigli di amministrazione delle prime dieci società di gestione del risparmio e le prime dieci aziende più centralizzate del mondo. A causa di sovrapposizioni e compresenze, emerge un totale di tredici imprese, che hanno complessivamente 161 amministratori. Phillips e Osborne sostengono che questo gruppo di 161 persone rappresenti il cuore finanziario della classe capitalistica transnazionale del mondo in quanto gestiscono collettivamente, all'epoca dello studio, 23.910 miliardi dollari in fondi (una volta e mezza il PIL dell'area UE) e operano in quasi tutti i paesi del mondo, ponendosi così al centro del capitale finanziario che alimenta il sistema economico globale mentre i governi occidentali, le banche centrali, gli organismi di politica internazionale (Fondo Monetario Internazionale, Banca Mondiale, WTO, ecc.) e alcune associazioni riservate transnazionali (Trilateral, Bilderberg, ecc) lavorerebbero nell'interesse di questo nucleo

finanziario per proteggerne il flusso degli investimenti di capitale in qualsiasi parte del mondo.
A questi livelli, l'ignoranza sugli effetti delle proprie decisioni appare "colpevole" sia in base alla teoria "volitionista" che a quella della "qualità della volontà". Sulla ignoranza come costruzione sociale funzionale al mantenimento del potere si segnala anche l'apporto della epistemologia femminista (64).
d.3) *Ambiguità nelle politiche governative in relazione HiAP*
Mentre molte politiche pubbliche contribuiscono alla salute ed all'equità nella salute, migliorare la salute delle popolazioni non è il solo scopo delle società e dei loro governi: la mancanza di coerenza tra le varie politiche può comportare che una parte del governo sostenga l'attuazione di valide strategie nazionali (ad esempio sulla malnutrizione o malattie non trasmissibili) o di trattati internazionali (ad esempio la Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco) mentre altre parti dello stesso governo promuovono commerci, sviluppo industriale e altre iniziative che possono essere nocive per la salute e il benessere (8).
Incoerenze ed ambiguità nelle politiche governative possono essere riscontrate:
- nel fatto che, pur essendo noto che l'esistenza di un sistema sanitario nazionale ed in particolare i suoi servizi di assistenza primaria migliorano in modo significativo la salute delle popolazioni e riducono le disuguaglianze nella salute, i sistemi sanitari nazionali sono oggetto di tagli ai finanziamenti e parziali privatizzazioni, mentre molte loro aree di attività quali la riduzione delle ingiustizie attraverso la promozione della salute e lo sviluppo di servizi di prevenzione primaria, non sono attivamente supportati (65);
- nei processi di disinvestimento riguardanti promozione della salute e prevenzione che sono stati segnalati in molti Paesi: in Australia includono l'abolizione dell'Agenzia australiana per la sanità preventiva nazionale, la cessazione dell'Accordo di partenariato nazionale sulla salute preventiva e la riduzione significativa dei programmi indigeni, il che minaccia il benessere sanitario, economico e sociale degli australiani e della regione, in particolare quelli più vulnerabili (66).
- *più in generale i dati forniti dall'ILO (67) ci danno il quadro del processo globale attivato dalla assunzione della austerità come nuova ortodossia economica: tagli sostanziosi alle pensioni (in 105 paesi), alla sanità (in 56 paesi), ai salari (in 130 paesi); privatizzazioni diffuse (in 55 paesi), con previsioni di impatto di contrazione del Pil entro il 2016-20 per 132 paesi.*

La sostanziale *ambiguità* nell'azione intersettoriale dei governi e la sottrazione di potere ai territori nella determinazione delle scelte che li riguardano, danno luogo ad uno spiazzamento nel ruolo dei partner delle politiche HiAP, che oggi vedono spesso "il pubblico" co-produrre disuguaglianza con il privato, per i pesanti conflitti di interesse

che li legano nel neoliberismo e ancor più nelle privatizzazioni connesse con le politiche di austerità, mentre le organizzazioni sociali, in quanto popolate dagli esposti alla disuguaglianza assumono un ruolo sempre più attivo, peraltro in un contesto di forte squilibrio di potere e di totale opacità (e quindi inaccessibilità) dei luoghi in cui vengono prese le decisioni che contano: *"le condizioni di vita povere e disuguali sono la conseguenza di politiche e programmi sociali scadenti, accordi economici sleali e cattive politiche. L'azione per influenzare i determinanti sociali della salute deve dunque provenire sia all'interno che all'esterno del settore sanitario. Comprende tutto il governo, la società civile e le comunità locali, le imprese, i forum globali e le agenzie internazionali. Le politiche ed i programmi devono abbracciare tutti i settori chiave della società, e non solo il settore sanitario*" (7).

d.4) controproduttività specifica dei programmi di promozione della salute mirati sui soli determinanti comportamentali;

Alcuni autori (68) sostengono che i governi basano le loro politiche di promozione della salute sui comportamenti individuali per una serie di motivi tra cui evidenziano quelli:

- *storici*: una politica sanitaria pubblica che sottolinei l'importanza di migliorare le condizioni di vita al fine di migliorare lo stato di salute della popolazione è di solito trascurata a favore di valutazioni che sottolineano l'intervento medico e comportamentale, riflettendo narrazioni sulla potenza della medicina fortemente viziate da interessi di parte;
- *ideologici*: prevalendo l'ideologia neoliberista, tali politiche sono probabilmente più accettabili per gli attori politici legati a tale visione del mondo perché definiscono la salute in termini di biologia individuale e il comportamento a rischio per la salute come prodotto di scelta individuale;
- *pratici*: le strategie di cambiamento comportamentale appaiono avere una forte logica intrinseca: se il fumo è considerato un problema delle persone che scelgono di fumare e l'obesità lo è per le persone che consumano troppo, dire loro di non farlo sembra avere senso per i politici anche perché non crea problemi alle aziende che ne finanziano i partiti, nè richiede cambiamenti legislativi che inevitabilmente attireranno lamentele sull'azione dello stato[4]*;*
- *per la pressione di corporation in questa direzione*.

4. Rose a suo tempo ha evidenziato "il paradosso della prevenzione" (69) consistente nel fatto che il trattamento di individui ad alto rischio o malati viene percepito come importante mentre, al contrario di quanto si potrebbe credere, non ha molto impatto sulla salute della popolazione; al contrario modificare un fattore di rischio in tutta una popolazione anche solo per una piccola quantità (che può essere clinicamente insignificante a livello individuale) può avere un grande impatto sull'incidenza complessiva di una malattia o problema. Ad esempio, riducendo il contenuto di sale negli alimenti fabbricati di una piccola parte (a un livello anche così piccolo da non essere percepito dai consumatori) si riducono i livelli di pressione sanguigna in tutta la popolazione e, nel tempo, i tassi di mortalità per le malattie cardiovascolari, come confermato da studi successivi (70). Quest'ultima opzione è più problematica per i politici in quanto coinvolge la regolazione del comportamento delle corporation.

Ora, le strategie contemporanee di promozione della salute basate sulla modifica dei comportamenti a rischio rientrano in due tipi generali: 1) quelli applicati in una vasta popolazione (approccio universale); 2) quelli implementati in una zona locale o in un gruppo identificato come a rischio (approccio mirato a un target definito). Le prime, come le campagne di marketing sociale, tendono a funzionare meglio con le persone che hanno accesso a una serie di risorse sociali ed economiche e quindi sono più suscettibili di ridurre la prevalenza del comportamento rischioso nei gruppi ad alto livello socio economico e culturale (71). Se è vero che possono anche contribuire a ridurre il tasso complessivo di una forma di comportamento in una popolazione, soprattutto se utilizzato con un mix di strategie complementari e sostenute nel tempo (72-73), tuttavia vi sono anche prove che tendono a generare miglioramenti significativamente minori o piccoli nei gruppi a basso livello socio economico e culturale o altri gruppi svantaggiati (74-76). *L'effetto complessivo, pertanto, potrebbe essere quello di intensificare o aggravare la disuguaglianza nel comportamento della salute e, quindi, nei risultati della salute,* come è stato trovato con una serie di campagne di controllo del tabacco (68, 71, 75). Questo nonostante il fatto che la maggior parte del controllo del tabacco coinvolge sia strategie comportamentali, politiche ad hoc e regolamenti restrittivi.

D'altra parte l'esperienza accumulata in questo settore ha prodotto evidenze che supportano l'uso di misure regolamentari universali, fiscali o di pianificazione per affrontare fattori strutturali che influenzano la prevalenza del comportamento rischioso o il grado di rischio assunto dal consumatore, compresi gli incentivi sui prezzi, i controlli sulla pubblicità o sulle vendite o la regolamentazione degli standard alimentari, per esempio in relazione all'uso di alcool (70), l'esercizio fisico (76-77), il fumo (78), e l'assunzione di sale (79).

Altri autori (80) non hanno mancato di osservare che l'aver messo al centro della lotta alle malattie cronico degenerative i quattro fattori di rischio comportamentali, alla luce delle evidenze disponibili circa il differenziale di effetto delle attività di promozione della salute osservato nei diversi gruppi a diverso livello socio economico e culturale, rappresenterebbe un livello aggiuntivo di responsabilità che pesa proprio su coloro che hanno meno controllo sulle loro condizioni di vita e di lavoro, dando luogo ad un *"double burden (of diseases) of neoliberalism"*, mentre forti evidenze individuano un fattore chiave (81-82) nella globalizzazione di certi modelli di sviluppo che conducono a transizioni dietetiche rapide.

Nel complesso, l'evidenza accumulata con l'esperienza condotta privilegiando l'intervento sui determinanti comportamentali della salute depone per il fatto che ***il raggiungimento dell'equità nella salute richiederà politiche che modificano le condizioni in cui le persone fanno le loro scelte malsane.***

d.5) Interazioni con i movimenti

Le disuguaglianze ovviamente non danno luogo solo a pubblicazioni scientifiche ma determinano lotte sociali da parte degli esposti alle stesse, che trovandole ingiuste, le contrastano attivamente.

Questo contrasto ha investito oltre ai produttori di rischio ed ai governi che ne fanno le veci, anche il dibattito scientifico su come documentare la stessa disuguaglianza nella salute: all'Assemblea Mondiale della Salute del maggio 2003, tre gruppi della società civile – il *Movimento della Salute del Popolo*[5], la *Global Equity Gauge Alliance*[6] e *Medact*[7] – hanno discusso la necessità di produrre la propria alternativa al World Health Report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, considerato poco attento al problema della disequità nella salute e poco critico nei confronti della privatizzazione dei sistemi sanitari, mentre si sentiva anche l'esigenza di un monitoraggio indipendente delle prestazioni fornite dagli istituti sanitari globali stessi, scegliendo di produrre autonomamente un proprio "Global Health Watch". Secondo queste organizzazioni non governative occorre guardare all'agenda più ampia della sanità, al di là dei singoli problemi. Le preoccupazioni riguardanti i sistemi sanitari come lo scarso finanziamento, le condizioni di lavoro per gli operatori sanitari, la commercializzazione dei servizi e il crollo degli investimenti pubblici non hanno avuto l'attenzione che meritano. Allo stesso modo, determinanti più ampi della salute – come l'istruzione, l'acqua, il cibo e l'ambiente – spesso non sono sufficientemente considerati quando vengono formulate politiche sanitarie; l'attenzione va quindi sollevata sulla necessità di una pianificazione più integrata tra i settori che influenzano la salute e l'equità nella salute e sulla creazione di sistemi sanitari che promuovano la giustizia sociale, piuttosto che minacciarla (83). Queste associazioni fanno notare:

- che se l'azione concordata della società civile ha avuto un enorme successo nel campo delle campagne globali per la salute sull'alimentazione dei bambini ed il fumo di tabacco, nello stesso tempo in cui queste campagne hanno segnato vittorie, in alcune parti del mondo c'è stata una stagnazione e persino inversione dei guadagni dell'aspettativa di vita raggiunti per gran parte del ventesimo secolo. Queste inversioni di tendenza sono considerate uno scandalo in un mondo di enormi ricchezze e abilità

5. Il Movimento della Salute della gente (http://www.phmovement.org) è una rete globale di attivisti, organizzazioni e movimenti sociali. Il suo obiettivo è ristabilire la salute e lo sviluppo equo come priorità assoluta nel processo decisionale locale, nazionale e internazionale, con un'assistenza sanitaria primaria globale come strategia per raggiungere tali priorità.

6. La Global Equity Gauge Alliance (http://www.gega.org.za) è stata creata per partecipare e sostenere un approccio attivo nel monitorare le disuguaglianze sanitarie e promuovere l'equità all'interno e tra le società. L'Alleanza comprendeva nel 2004 11 squadre, dette Equity Gauges, situate in dieci paesi dell'America, dell'Africa e dell'Asia.

7. Medact (http://www.medact.org) è un enti di beneficenza sanitaria che agisce a livello globale con sede nel Regno Unito, che si occupa di istruzione, ricerca e advocacy sui conflitti, la povertà e l'ambiente.

tecnologiche;
- i clamorosi fallimenti registrati dalle politiche sanitarie globali: gli obiettivi ambiziosi volti a raggiungere "la salute per tutti" sono stati approvati alla fine degli anni '70 da ministri di salute provenienti da tutto il mondo ma hanno avuto risultati fallimentari;
- un destino simile sembra probabile per gli obiettivi stabiliti negli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per il 2015.

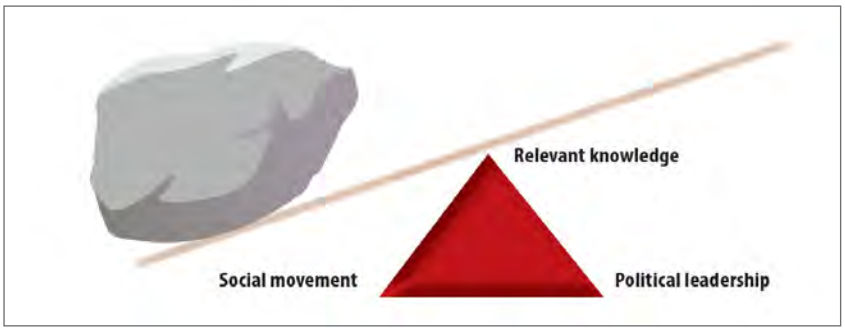
Di conseguenza, vi sono grandi interrogativi sull'efficacia della politica sanitaria internazionale e si ritiene che un rapporto alternativo possa coagulare forze sociali necessarie per contrastare scelte di politiche sanitaria inappropriate e ingiuste anche a partire dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità. Nel complesso sono state prodotte 4 edizioni del Global Health Watch (84-87) ognuna dedicata ad illustrare problemi, criticità e ingiustizie nel settore della salute ed in quelli ad esso collegati, nell'assistenza ai gruppi marginali, nelle politiche di organizzazioni mondiali come OMS, FMI, Banca Mondiale, OCSE e nella gestione dei debiti pubblici, concludendosi con una sintesi per l'azione di contrasto.

L'azione di contrasto ha investito la stessa OMS in occasione del summit di Rio nel 2011 sui determinanti sociali di salute, dove si arrivò a contestare il documento ufficiale dell'OMS in quanto ritenuto, sulla scorta di quanto documentato nella sezione 4.1 di questo articolo, non adeguato nell'indicare i determinanti della disuguaglianza nella salute, il che ha fatto meritare alla stessa OMS nel rapporto GHW 2011 un articolo dal titolo: *"OMS: prigioniera del conflitto di interesse"* (86). Il conflitto non ha avuto esiti distruttivi ma finalità meritorie se nel 2016 l'OMS (9) ha ritenuto di recepire nel proprio documento tecnico per la formazione nella HiAP, oltre ai contenuti scientifici sui determinanti sociali della disuguaglianza nella salute anche molti riferimenti operativi e bibliografici su come interagire con i differenti stakeholders[8] sulla base di un analisi accurata della loro natura e degli interessi che perseguono: "... i determinanti sociali della salute implicano che molti soggetti non governativi si occupano di salute sulla base di interessi e preoccupazioni del tutto diversi: mentre i sindacati hanno interesse a garantire la sicurezza delle condizioni di lavoro, le attività di determinate società private possono causare notevoli danni alla salute umana" (9). Con queste attenzioni le alleanze costruite tra movimenti sociali, portatori di conoscenze importanti e leadership politica, come illustra la figura 5, portano ad attivare il *"triangolo che muove le montagne*".

In sostanza si punta a de-privatizzare ed a (ri)pubblicizzare la HiAP iniziando a recepire le

8. Occorre fare molta attenzione quando in un programma di promozione dell'equità nella salute si assegnano, in quanto "stakeholder", a produttori di rischio ed esposti, le stesse funzioni nelle diverse fasi del ciclo programmatico: la scelta delle problemi prioritari e la valutazione di efficacia e di impatto vanno riservate agli esposti, opportunamente supportati, mentre l'inclusione in esse dei produttori di rischio porta allo sviluppo di programmi inquinati dal conflitto di interesse e con impatto sperequativo ulteriore.

Figura 5- Il triangolo che muove le montagne. (Fonte: 9)



indicazioni dei movimenti sociali, all'interno di contesti operativi strutturati e sostenibili che rappresentano una ulteriore evoluzione delle politiche di stewarship lanciate a Tallin nel 2008 (88).

Discussione e conclusioni

"Il mondo era diverso quando la Carta di Ottawa per la promozione della salute è stata approvata 30 anni fa. Le preoccupazioni per l'ambiente e per quelli che ora chiamiamo i "determinanti sociali della salute" nel 1986 erano preminenti. Ma l'accelerazione delle crisi ecologiche e delle diseguaglianze economiche che si è avuto da allora, in un mondo più complesso e multipolare, pone drammaticamente nuove sfide per coloro che sono legati alla visione originale della Carta. Possono gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG) 2015, approvati da tutti i governi mondiali, offrire una nuova piattaforma di sostegno e programmazione per il rinnovo dell'etica fondante della promozione della salute?" (89).

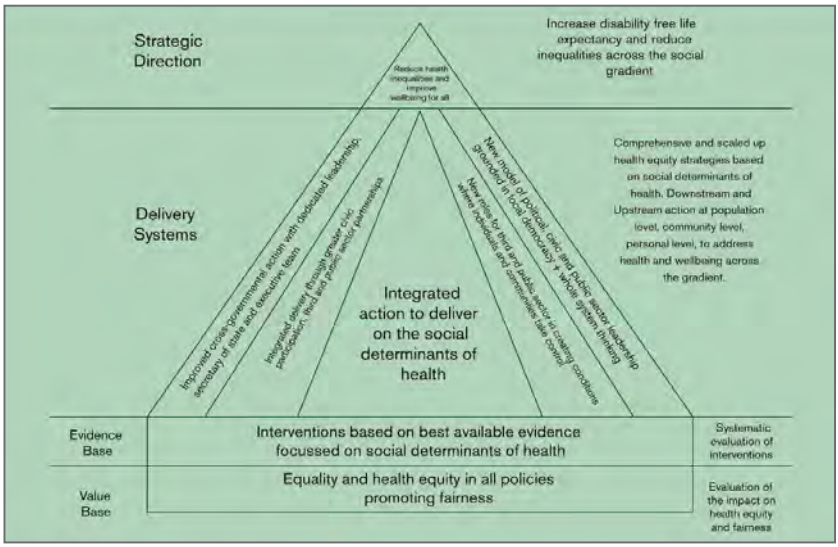
Gli SDG sono stati criticati sia per l'idealismo che li ispirerebbe, sia per la superficialità dell'analisi politica che li sottende, ma, pur essendo una dichiarazione normativa imperfetta risultano convincenti per quella parte di mondo che ne condivide l'ispirazione di fondo. Il loro difetto fondamentale è l'ipotesi implicita che lo stesso sistema economico e le sue regole governative neoliberali presenti ed operanti, che hanno creato o accelerato la nostra epoca attuale di vertiginose disuguaglianze e di pericolo ambientale, possano in qualche modo essere sfruttati per costruire il contrario.

Occorre dunque valorizzare le evidenze disponibili e rafforzare le tendenze positive, pena il farsi prendere dallo scoraggiamento e dalla inazione per il divenire caotico del contesto.

Quanto alle prime:

a) l'analisi dei determinanti della disuguaglianza nella salute fornisce suggerimenti preziosi. Infatti di particolare rilevanza sembrano essere:

Figura 6- Assetto proposto per la promozione della equità nella salute (Fonte: 33)



- le indicazioni di Marmot (fig 6) che raccolgono e sintetizzano le elaborazioni sui determinanti sociali della disequità;
- le osservazioni degli economisti "sociali" (32) che rilevano le radici del problema nel fatto che i luoghi in cui vengono prese le decisioni importanti vanno:
- individuati,
- resi trasparenti ...
- ... accessibili alle istanze
- ... presidiati con forze che hanno la capacità di riequilibrare le politiche sociali egoiste promosse dalle elite;
- popolati con politiche redistributive e consonanti con la HiAP.

b) la debolezza epistemologica del "laissez faire au marchè" rilevata dai fisici teorici è un altro punto su cui battere: in una società globalizzata in cui lo sviluppo delle forze produttive fa si che i costi marginali delle merci tendano a zero (90) non ha senso creare condizioni di scarsità artificiale per costringere gli uomini a partecipare a mercati il cui effetto perequativo affonda le proprie radici e giustificazioni nella cupidigia umana e nella violenza dei rapporti economici dominanti.
c) sono disponibili soluzioni mature alla irresponsabilità sociale delle elites che insistono egoisticamente sullo sfruttamento delle energie fossili, sotto la forma della transizione dei sistemi produttivi verso la economia circolare (91).

Quanto alle seconde:

a) il combinato disposto tra HiAP e SDG rappresenta il primo grande abbozzo di un

programma politico mondiale in cui si riflette *il mondo che vogliamo*. Non è poco, perché quando si è in grado di dire chiaramente cosa si vuole, si assume una prospettiva strategica e si costringe la controparte a fare a sua volta delle proposte.

b) Il fatto che queste riflessioni nascano nei Paesi anglosassoni e acquistino forza politica negli strati giovanili delle popolazioni che vi abitano e sono costrette a sperimentare sulla qualità della propria propria vita le disuguaglianze, da ulteriore prospettiva al mondo che vogliamo, perché è nei paesi anglosassoni che il neoliberismo ha trovato le sue applicazioni più radicali ed è li che si trovano molti livelli decisionali occulti ed operano molti dispositivi di cooptazione escludente che vanno risocializzati.

c) le elites del Paese più potente del mondo si caratterizzano agli occhi di tutto il mondo come socialmente irresponsabili. Il fatto che ora siano influenzate da posizioni suprematiste senza alcuna base scientifica (92), il fatto che neghino il concetto di equità attraverso politiche razziali, applichino lo strumento militare in ogni parte del mondo per difendere "l'interesse nazionale" e neghino le basi scientifiche del climate change pur di continuare a lucrare sulle energie fossili, in questo in buona compagnia con le teocrazie del Golfo Persico (che basano la loro visione del mondo sul suprematismo wahabita, a base metafisica) non può durare a lungo: l'irresponsabilità sociale delle "elites" si deve confrontare con il sapere sociale accumulato in secoli di rigorosa applicazione del metodo scientifico: nemmeno la Chiesa cattolica ha potuto fare a meno di prendere atto della visione sistemica del mondo come base per comprendere le complesse interazioni che sono alla base del climate change (93). Lo 0,000,000,01% ce la potrà fare?

d) esponenti qualificatissimi, sempre più numerosi, del mondo scientifico globale si caratterizzano come socialmente responsabili e partecipano al *"Conto alla rovescia di Lancet: monitoraggio dei progressi sulla salute e il cambiamento climatico.*" (94). Il monitoraggio dei progressi sulla salute e il cambiamento climatico è una collaborazione internazionale di ricerca multidisciplinare tra le istituzioni accademiche e gli operatori scientifici di tutto il mondo. Questa collaborazione cercherà attivamente di impegnarsi con i processi di monitoraggio esistenti, come gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite e i profili dei paesi del clima e della sanità dell'OMS. Gli indicatori si evolveranno anche nel tempo attraverso una continua collaborazione con esperti e una vasta gamma di soggetti interessati e dipenderà dalla nascita di nuove prove e conoscenze, producendo una pressione crescente.

e) L'equità nella salute ha senso in quanto le disuguaglianze di genere, etnia, classe non hanno una base scientifica che le fondi, mentre promuovere i determinanti dell'equità nella salute trova legittimità in primo luogo nelle evidenze scientifiche che dimostrano l'inesistenza delle razze, l'assurdità di caratterizzare i generi in termini di superiorità/inferiorità, le enormi ingiustizie sociale prodotte dallo sfruttamento

dell'uomo sull'uomo e dalla condizione coloniale.

Quello di cui abbiamo tutte e tutti bisogno, insomma, è una *"HiAP dell'improbabile"*, che si concentri sul mondo che vorremmo cercando di scoraggiare l'abbraccio al "business-as-usual".

Si è creato un quadro operativo in cui si moltiplicano le azioni moltitudinarie volte a promuovere l'equità nella salute ed a contrastare la disuguaglianza, vengono prodotte analisi più accurate sui determinanti sociali della disuguaglianza e proposte articolate su come recuperare "il gap", vengono messe in campo strumentazioni e metodologie per una stewardship all'altezza dei tempi, innescando interazioni con i moltissimi ("99%") esposti alla disuguaglianza che si sono costituti in reti dove, esercitando l'intelligenza collettiva, promuovono processi di de-privatizzazione e di commoning, che si differenziano in azioni di (ri) municipalizzazione e (ri) pubblicizzazione miranti a dare vita a combinazioni funzionati di gestione pubblica e controllo dal basso.

Bisogna provarci, in questo caso si vince solo se si fa parte del 99%.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS The Ottawa charter for health promotion. Geneva: WHO;1986.
2. OMS Adelaide recommendations on Healthy Public Policy Geneva: WHO;1988.
3. OMS Mexico ministerial statements for the promotion of health: from ideas to action. Geneva: WHO; 2000.
4. OMS A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on the Social Determinants of Health, Apr 2007. http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf (accessed 17 Jun 2008).
5. OMS Milestones in health promotion. Statements from Global Conferences. Geneva: WHO; 2009.
6. OMS Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011 http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1 (accesso del 12 agosto 2017)
7. OMS Governance for health equity. Taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region. Geneva: WHO; 2013, pp 80.
8. OMS Health in all policies: training manual. WHO European Region. Geneva: WHO; 2015, pp 155.
9. OMS Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook. Geneva: WHO European Region; 2016, pp 227.
10. OMS Standards for Health Promotion in Hospitals: Development of indicators for a Self-Assessment Tool. Report on 4th WHO Workshop. Barcelona, Spain, 24 -25 October 2003. Geneva: WHO; 2003.
11. OMS The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: WHO; 2008.
12. OMS Gaining Health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2009.
13. OMS Zagreb Declaration for Healthy Cities. Health and health equity in all local politicies. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2009.

14. OMS Protecting health from climate change - World Health Day 2008. Geneva: WHO; 2008.
15. CSDH Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
16. Kickbusch I, Buckett K. editors. Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. Adelaide, South Australia: Department of Health, Government of South Australia; 2010.
17. Krieger N. Ladders, pyramids and champagne: the iconography of health inequality. J Epidemiol Community Health 2008; 62: 1098-1104.
18. Wilkinson R, Marmot M. eds. Social determinants of health: the solid facts. 2nd edn. Geneva: WHO; 2003.
19. Navarro V, Muntaner C. eds. Political and economic determinants of population health and well-being: controversies and developments. Amityville: Baywood; 2004.
20. Levy BS, Sidel VW. eds. Social injustice and public health. New York: Oxford University Press; 2006.
21. Graham H. Unequal lives: health and socio-economic inequalities. Berkshire: Open University Press; 2007.
22. Kunitz S. The health of populations: general theories and particular realities. Oxford: Oxford University Press, 2007.
23. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2): A discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2006.
24. Robert Wood Johnson Foundation. Overcoming obstacles to health. Report from the Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation; 2008. http://www.commissiononhealth.org/Report.aspx?Publication=26244 (accessed 17 Jun 2008).
25. Øversveen E, Rydland HT, Bambra C, Eikemo TA. Rethinking the relationship between socio-economic status and health: Making the case for sociological theory in health inequality research. Scand J Public Health. 2017; Mar; 45(2):103-112.
26. Bacigalupe A, Escolar-Pujolar A. The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far? Int J Equity Health 2014; 25;13:52.
27. Siddiqi A, Kawachi I, Keating DP, Hertzman C. A comparative study of population health in the United States and Canada during the neoliberal era, 1980-2008. Int J Health Serv. 2013; 43(2):193-216.
28. Hurrelmann K, Richter M, Rathmann K. What type of welfare policy promotes health?: the puzzling interrelation of economic and health inequality Soc Sci Med. 2012; Aug;75(4):761-9.
29. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. Soc Sci Med. 2012 Aug;75(4): 761-9.
30. Mackenbach JP. Persistence of social inequalities in modern welfare states: Explanation of a paradox. J Epidemiol Community Health 2013; May; 67(5): 412-8.
31. Picketti T. Il capitale nel XXI secolo. Milano: Bompiani; 2013, pp 658.
32. Atkinson AB. Disuguaglianza. Che cosa si può fare? Milano: Cortina Editore; pp 392.
33. Marmot M. La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto. Roma: Pensiero Scientifico Editore; 2016.
34. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. Social Science & Medicine 2001; 52, 481-91.
35. Lundberg O, Yngwe M, Stjarne M, Elstad J, et al. The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study, Lancet 2008; 372, 9650: 1633-40.

36. Marmot M. Policy making with health equity at its heart, JAMA 2012; 307, 19: 2033-4.
37. Stiglitz J. The price of inequality. Wiley Online Library; 2013.
38. UNRISD Health System and commercialisation. In: search of good sense. Mary Koivolsalu e Maureen Mcintosh: Geneva; 2005.
39. Ovretveit J. Nordic privatization and private healthcare. Int J Health Plann Manage 2003; 18: 233-46.
40. Maarse H. The privatization of health care in Europe: an height country analysis. J Health Polit Policy Law 2006; 31:981-1014.
41. Holom GH, Hagen TP. Quality differences between private for-profit, private nonprofit and public hospitals in Norway: a retrospective national register-based study of acute readmission rates following total hip and knee arthroplasties. BMJ Open 2017;7.
42. Gillies D. The use of Mathematics in Physics and Economics: a comparision. In: Probabilities, Laws and Structures, a cura di Dennies Dieck et al. The Philosophy of science in a european perspectives. Vol 3, 2012; pp 351-362.
43. Sylos Labini F. Rischio e previsione. Cosa può dirci la scienza sulla crisi. Bari: Laterza; 2016, pp 248.
44. United Nations Development Group. A million voices: the world we want. Published September 10, 2013. http://www.ohchr.org/Documents/Issues/MDGs/UNDGAMillionVoices.pdf. Accessed June 29, 2016.
45. UN Technical report by the Bureau of the United Nations Statistical Commission (UNSC) on the process of the development of an indicator framework for the goals and targets of the post-2015 development agenda – working draft, 2015 (PDF), sustainabledevelopment.un.org, ^ e%20 UNSC%20Bureau%20%28final%29.pdfMarch 2015. URL consultato il 1º maggio 2015.
46. International Network of Civil Liberties Organizations. Take back the streets: Repression and criminalization of protest around the world; 2013. https://www.aclu.org/files/assets/global_protest_ suppression_report_inclo.pdf. Accessed June 30, 2016.
47. OMS Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. Geneva:WHO European Region. Ginevra; 2014; pp 22.
48. Castells M. La nascita della società in rete. Oxford: Blackwell Pubblisher Ltd; 2000; ed. it Milano: Università Bocconi; 2002, pp 438.
49. Sassen S. Espulsioni. Brutalità e complessità nell'economia globale. Bologna: Il Mulino; 2015.
50. Pianta M, Franzini M. Disuguaglianze: quante sono, come combatterle. Bari: Laterza; 2016.
51. Transnational Institute State of power 2017; 2017. https://www.tni.org/en/publication/state-of-power-2017 (accesso del 10 agosto 2017)
52. Oxfam. 62 people own the same as half the world, reveals Oxfam Davos report. Oxfam International; 2016. January 18, 2016. https://www.oxfam.org/en/pressroom/pressreleases/2016-01-18/62-people-own-same-half-world-reveals-oxfam-davos-report. Accessed June 29, 2016.
53. Oxfam. Extreme carbon inequality: why the Paris climate deal must put the poorest, lowest emitting and most vulnerable people first. Oxfam Media Briefing. December 2, 2015. https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/mb-extreme-carbon inequality-021215-en.pdf. Accessed June 29, 2016.
54. Davies J, Llubieras R, Shorrocks A. Credit Suisse Global Wealth Databook 2014; 2014. http://piketty.pse.ens.fr/files/CSGlobalWealthDatabookOctober2014.pdf.
55. Zimmerman MJ. Moral responsibility and ignorance. Ethics 1997; 107: 410-426.
56. Arpaly N. Unprincipled virtue: An inquiry into moral agency. Oxford: Oxford University Press; 2012.
57. Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate Change 2001: A Synthesis Report. ed. By R.T. Watson and the Core Writing Team. New York: Cambridge University Press; 2001.

58. Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate Change 2007: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Core Writing Team, Pachauri, R.K and Reisinger, A.(eds.)]. Geneva, Switzerland: IPCC; 2007, pp 104.
59. Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate Change 2014: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Core Writing Team, R.K. Pachauri and L.A. Meyer (eds.)]. Geneva, Switzerland: IPCC; 2014, pp 151.
60. Vanderheiden S. Climate change and the challenge of moral responsibility. Journal of Philosophical Research 2007; 32(Supplement): 85-92.
61. Robichaud P. Is Ignorance of Climate Change Culpable? Science and Engineering Ethics 2016; 1-22 ; first pubblication on line November 2016.
62. Wright Mills C. The Power Elite. Oxford: Oxford University Press; 2000, pp 448.
63. Phillips P, Osborne D. Exposing the Financial Core of the Transnational Capitalist Class. Global Research 2013; September. http://www.globalresearch.ca/exposing-the-financial-core-of-the-transnational-capitalist-class/5349617
64. Tuana N. Coming to understand: Orgasm and the epistemology of ignorance. Hypatia 2004; 19,1.
65. Shadmi E, Wong WC, Kinder K, Heath I, Kidd M. Primary care priorities in addressing health equity: summary of the WONCA 2013 health equity workshop. International Journal for Equity in Health 2014; 13:104.
66. Smith JA, Crawford G, Signal L. The case of national health promotion policy in Australia: where to now? Int J Equity Health 2014; Nov. 7; 13:104.
67. ILO World Employment and Social Outlook 2015: The Changing Nature of Jobs. 2015. http://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2015-changing-nature-of-jobs/WCMS_368626/lang--en/index.htm (accesso 12 agosto 2017)
68. Baum F, Fisher M. Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. Sociology of Health & Illness 2014; 36 (2): 213-225.
69. Rose G. Le strategie della medicina preventiva. Roma: Il Pensiero Scientifico; 1985, pp 152.
70. Cobiac LJ, Vos T, Doran C, Wallace A. Cost-effectiveness of interventions to prevent alcohol-related disease and injury in Australia, Addiction 2009; 104 (10): 1646-55.
71. Slama K. Tobacco control and health equality, Global Health Promotion 2010; 13 (1): 3-6.
72. Randolph W, Viswanath K. Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world, Annual Review of Public Health 2004; 25, 419-37.
73. Gordon R, McDermott L, Stead M, Angus K. The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: what's the evidence? Public Health 2006; 120 (12): 1133-9.
74. Lee AJ, Crombie IK, Smith W, Tunstall HD. Cigarette smoking and employment status. Social Science & Medicin 1991; 33(11): 1309-12.
75. Layte R, Whelan CT. Explaining social class inequalities in smoking: the role of education, self-efficacy, and deprivation, European Sociological Review 2009; 25 (4): 399-410.
76. Giles-Corti B, Donovan RJ. The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity, Social Science & Medicine 2002; 54 (12): 1793-812.
77. MacDougall C. Reframing physical activity. In: Keleher H, MacDougall C, Murphy, B.(eds) Understanding Health Promotion. Melbourne: Oxford University Press; 2007.
78. Levy DT. Chaloupka F, Gitchell J. The effects of tobacco control policies on smoking rates: A Tobacco Control Scorecard. Journal of Public Health Management and Practice 2004; 10 (4): 338-53.

79. Cobiac LJ, Vos T, Veerman JL. Cost-effectiveness of interventions to reduce dietary salt intake, Heart 2010; 96 (23): 1920-25.
80. Glasgow S, Schrecher T. The double burden of neoliberalism? Non communicable disease policies and the global political economy of risk. Health & Place 2015; 34:279-286.
81. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. Nutr.Rev. 2012; 70:3-21.
82. Popkin BM. Nutrition, agriculture and the global food system in low and middle income countries. Food Policy 2014; 47: 91-96.
83. Rowson M, et al. The Global Health Watch. PLoS Med. 2004; Oct; 1(1): e3. Published online 2004 Oct 19.
84. Medact Global Health Watch 1. An alternative World Health Report.London: Zed book; 2005.
85. GEGA Global Health Watch 2. An Alternative World Health Report. Capetown South Africa; 2008.
86. People Health Movement. Global Health Watch 3. An alternative World Health Report. London: Zed books; 2011.
87. People Health Movement. Global Health Watch 4. An alternative World Health Report. London. Zed books; 2014.
88. OMS The Tallin Charter: health system for health and wealt. Tallin Estonia, 25-27 giugno 2008.
89. Labonté R. Health Promotion in an Age of Normative Equity and Rampant Inequality. Int J Health Policy Manag. 2016; Jul 18;5 (12): 675-682.
90. Rifkin J. La società a costo marginale zero. Milano: Mondadori; 2014.
91. Romagnoli C. L'economia circolare ci salverà? Una prima rassegna delle evidenze disponibili. Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute 2016; 60 (4, ottobre-dicembre): 24-35.
92. Blessol G. White Supremacy as Cultural Cannibalism STATE OF POWER; 2017.
93. Francesco.LAUDATO SI'. Lettera enciclica del Santo Padre Francesco sulla cura della casa comune . Roma: Tipografia Vaticana Roma; 2015, pp 192.
94. Watts N, Adger WN, Ayeb-Karlsson S, Bai Y, Byass P, Campbell-Lendrum D, Colbourn T, Cox P, Davies M, Depledge M, Depoux A, Dominguez-Salas P, Drummond P, Ekins P, Flahault A, Grace D, Graham H, Haines A, Hamilton I, Johnson A, Kelman I, Kovats S, Liang L, Lott M, Lowe R, Luo Y, Mace G, Maslin M, Morrissey K, Murray K, Neville T, Nilsson M, Oreszczyn T, Parthemore C, Pencheon D, Robinson E, Schütte S, Shumake-Guillemot J, Vineis P, Wilkinson P, Wheeler N, Xu B, Yang J, Yin Y, Yu C, Gong P, Montgomery H, Costello A. The Lancet Countdown: tracking progress on health and climate change. Lancet. 2017; Mar 18;389(10074):1151-1164.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Ambiente e disparità sociali: un approccio ecologico alla salute pubblica

Environment and social inequalities: an ecological approach to public health

Carlo Modonesi

Unità Registro Tumori e Epidemiologia Ambientale, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano
Dipartimento di Scienze Chimiche, della Vita e della Sostenibilità Ambientale, Università degli Studi di Parma

Parole chiave: disparità sanitarie, ecoepidemiologia, ecologia sociale, interazione uomo-ambiente, pensiero biologico

RIASSUNTO

Comprendere i fattori ricorrenti che determinano il destino degli individui è sempre stato uno dei temi più spinosi per schiere di filosofi e scienziati. Il nesso tra le questioni che toccano la vita di tutti i giorni, e che per comodità definiamo "questioni sociali", e le questioni di scienza, intendendo qui per "scienza" un qualsiasi criterio verificabile utile a spiegare la struttura organizzativa della realtà, potrebbe sembrare per nulla scontato, eppure esiste, anche se viene sistematicamente rimosso. Nello scenario attuale, tuttavia, dove ogni aspetto della vita sociale viene accreditato o addebitato alle scelte individuali, senza alcun riferimento alle vicende storiche e al funzionamento delle istituzioni – proprio come se il destino dei singoli fosse unicamente nelle mani dei singoli – il dibattito sulle differenze, o meglio sulle disparità, di salute pubblica resta sepolto sotto una coltre di equivoci e di luoghi comuni.Le cronache del mondo odierno ci mostrano, a prescindere dalle promesse trite e ritrite di benessere diffuso garantite dal cosiddetto sviluppo, come la mobilità sociale sia una componente minore della società attuale, dato che, prima o poi, il parametro "classe sociale" prende il sopravvento per segnare il destino degli individui.

Il presente articolo vuole enfatizzare, adottando un punto di vista ecologico, il rilevante potere di condizionamento che una struttura sociale come quella odierna, fondata sull'autorità esclusiva del mercato e governata attraverso un modello economico neoliberista privo di vincoli pubblici, esercita sull'esistenza degli individui.

Autore per corrispondenza: carlomaurizio.modonesi@unipr.it

Key words: health disparities, ecoepidemiology, social ecology, human-environment interaction, biological thought

SUMMARY
Understanding the recurring factors that affect the fate of individuals has always been a critical theme for philosophers and scientists. The link between issues of everyday life that can be defined "social issues", and science issues — with the term "science" here we mean any verifiable criteria useful to explain the organizational structure of reality — might seem to be inconsistent; however, this link does exist even if it is systematically removed. In the current scenario, where every aspect of social life is assigned to individual choices, without any reference to the historical events and functioning of institutions, just as if the fate of individuals was solely under their own control, the debate on health disparities is buried under a blanket of misunderstandings and commonplaces.
The events of today's world show us, regardless of the promise of a widespread well-being assured by the so-called "development", that the social mobility is a minor component of the real society. Sooner or later, in fact, the "social class" order parameter emerges and establishes the destiny of individuals. This article emphasizes the conditioning power that a social structure like the current one, based on the exclusive authority of the market and governed by a neoliberal economic model without public constraints, produces on the existence of the individuals and on their health status.

Il labile confine tra fantasia e realtà

Benché la cronaca mostri quasi ogni giorno che la realtà può diventare più fantasiosa della fantasia, è noto che anche il fenomeno opposto si verifica con una certa regolarità. Chi ha un minimo di interesse per l'arte del narrare – dalle sue espressioni più nobili come la letteratura fino alle forme più moderne come il cinema – sa che spesso le storie di fantasia possono replicare il mondo reale fino a diventarne fedeli rappresentazioni e, talora, anticipazioni disarmanti. Questo articolo trae spunto da una storia inventata (ma potrebbe essere una storia reale), raccontata dall'abilissimo regista Paolo Virzì nel film Ovosodo, uscito nelle sale nazionali nel 1997. Il pretesto di usare una storia di fantasia è funzionale soltanto a introdurre alcuni contenuti in modo intuitivo. L'interpretazione del film che viene qui proposta, quindi, si concentra soltanto su una linea del racconto originale, mentre trascura tutte le altre, deturpando in qualche modo la bella storia narrata da Virzì. Il film in questione ha il merito di trattare magistralmente il tema del destino delle persone, senza indugiare in inutili divagazioni filosofiche e, al tempo stesso, senza piegare gli argomenti a stucchevoli cliché della mitologia post-moderna. Per la prospettiva adottata in questo articolo, uno dei pregi principali di Ovosodo è quello di illustrare con rara intelligenza un problema spinosissimo, ossia il problema della buona o cattiva sorte degli esseri umani. Il film affronta il tema del diverso destino a cui gli esseri umani vanno incontro, senza mai staccarsi da una cornice di eventi assai comuni nel mondo reale.
Va subito messo in chiaro che ogni discorso serio e razionale su questo argomento ha una particolare scala di applicazione, per cui non ha alcun senso immaginare una previsione esatta del vissuto delle persone. Una tale precisione infatti sarebbe non solo impossibile ma anche fallimentare, per la semplice ragione che la storia dell'uomo – certamente la

storia della specie (evoluzione biologica) ma, come vedremo, anche la storia degli individui – dipende da una concatenazione di eventi condizionati da alcuni fattori abbastanza prevedibili e da una miriade di fattori contingenti del tutto imprevedibili. Nessuna storia umana può essere concepita come se fosse una storia già scritta fino ai minimi dettagli. Il nostro obiettivo, dunque, è quello di individuare, attraverso il film di Virzì, un racconto ben costruito che, tra le tante cose, ci parla di alcune dinamiche ricorrenti che influenzano le storie di vita degli esseri umani. Il presupposto è arrivare ad affrontare il tema della natura delle disparità sociali e delle loro implicazioni di salute pubblica, usando una chiave di lettura ecologica. La scelta presenta senza dubbio ostacoli e vincoli insormontabili, tuttavia possiede la non trascurabile qualità di indicarci entro quali limiti di confidenza, ossia all'interno di quale scala, è possibile spingere la nostra capacità di previsione in una materia così difficile e irta di fraintendimenti. Ma andiamo con ordine.

Una storia esemplare sulla distanza sociale

Ovosodo narra la storia di Piero, il protagonista, un adolescente di famiglia modesta che vive in uno dei quartieri più popolari di Livorno, il rione Ovosodo, appunto, da cui il titolo del film. Piero si avvia verso l'età adulta attraversando una serie di avventure e disavventure tipiche di gran parte dei suoi coetanei della provincia italiana. La famiglia di Piero risente, per molti aspetti, dei limiti di una condizione socio-economica difficile e di un ambiente privo di grandi stimoli. Ciò nonostante, il ragazzo conduce una vita normale tra scuola, famiglia e amici; inoltre può contare sulla sua intelligenza e sensibilità, nonché su un buon carattere, che gli permettono di affrontare con un certo spirito di adattamento le piccole e meno piccole avversità della quotidianità. A un certo punto, la sua esistenza prende una piega inaspettata intrecciandosi con quella di Tommaso, un rampollo dell'alta borghesia industriale livornese che frequenta il suo stesso liceo. Tommaso è un ragazzo facoltoso, senza inibizioni, alquanto irrequieto e molto sicuro di sé, quindi è diversissimo da Piero, che è invece un tipo timido e assorto. Forse, proprio per questo divario di substrato e di personalità, l'intesa tra i due giovani si consolida al punto da prefigurare un'amicizia duratura. L'affiatamento con Tommaso comporta per Piero un cambiamento totale di registro che lo apre a nuove esperienze e relazioni. Tommaso del resto è introdotto nei circuiti esclusivi e abituato ad amicizie del suo stesso ceto sociale; tra l'altro, malgrado un rendimento scolastico mediocre, i suoi genitori hanno provveduto a preparargli il terreno per un promettente futuro professionale e una vita agiata. L'amicizia tra Piero e Tommaso si sviluppa come una fiammata, ma con il passare del tempo i contatti tra i due si diradano fino a quando le loro strade si separano. La scena dell'ultimo incontro fortuito – siamo ormai alle battute finali del film – è ben costruita e tutta incentrata sull'imbarazzo che i due amici avvertono nello scoprirsi, ora, così diversi. È come se, dopo quel periodo di grandi aspettative condivise, ciascuno fosse rientrato nei

propri ranghi naturali. Piero infatti ha messo su famiglia sposando una ragazza del suo rione e adattandosi al mestiere di operaio nella stessa azienda in cui aveva lavorato suo padre: azienda che è di proprietà della famiglia di Tommaso. In qualche modo, il destino di Piero ha rispettato i vincoli e le promesse di realizzazione personale che le sue umili origini facevano presagire. Chiaramente stiamo sempre parlando di dimensione sociale della realizzazione personale, infatti niente e nessuno ci potrebbe dire alcunché sulla felicità (o sull'infelicità) interiore di Piero o di chicchessia. Anche per Tommaso tutto sembra essere andato secondo i programmi, che nel caso specifico, però, prefigurano un futuro più roseo rispetto a quello riservato a Piero: un futuro che per Tommaso è simboleggiato dalla lussuosa spider fiammante su cui sale sorridente per poi congedarsi dall'ultimo incontro con l'amico di un tempo. Il film si conclude con un epilogo che sigilla il ristabilirsi della distanza tra esistenze differenti, fissate, per così dire, da un disegno stabilito altrove e forse inesorabile.

Il nesso tra le questioni narrate nel film e le questioni di scienza, intendendo qui per "scienza" un qualsiasi criterio verificabile utile a spiegare l'organizzazione della realtà, potrebbe sembrare per nulla scontato. Eppure un nesso c'è ed è anche piuttosto evidente. Il film suggerisce una visione molto chiara del destino degli individui, che va inquadrata alla scala della classe sociale; una visione che induce a ritenere che la mobilità sociale sia una componente debole della nostra società, laddove, aldilà dell'apparente uniformità dei giovani, prima o poi il parametro d'ordine "classe sociale" prende il sopravvento. Il modello non ha l'ambizione di arrivare a prevedere i particolari del destino dei protagonisti della storia; tuttavia riesce a cogliere un elemento causale fondamentale del percorso di vita delle persone, che è appunto rappresentato dalla struttura sociale nella quale esse vivono. Il destino individuale, dunque, in questo caso può essere considerato una sorta di correlato del ceto socio-economico di appartenenza.

Il tema dell'ordinamento sociale ha avuto una notevole presa nella storia del pensiero scientifico, e oggi continua a rappresentare un importante filone di ricerca non solo per sociologi e antropologi, ma anche per ecologi ed epidemiologi. I filosofi naturali di qualche secolo fa, per esempio, descrivevano l'ordinamento naturale dei viventi secondo una sorta di gerarchia morale stabilita a priori, che aveva al suo apice l'uomo. Essi inoltre associavano a tale ordinamento degli esseri viventi un altro ordinamento che riguardava la gerarchia sociale degli esseri umani: una vera e propria *scala naturae* riferita all'uomo, in grado di rendere ragione delle differenze all'interno della nostra specie. In questo caso, il criterio morale utilizzato per costruire un ordinamento sociale poneva al vertice della gerarchia i potenti, e collocava sventurati e diseredati alla base. Analogamente a ciò che si presumeva essere l'organizzazione del mondo naturale, anche nel mondo dell'uomo la collocazione di ogni individuo in una certa casella della scala sociale era rivelatrice del disegno trascendente sotteso allo stesso atto creativo della vita. E poiché tutto il creato era

stato designato fin dal principio per essere immutabile – una tesi che oggi, usando il gergo del pensiero evoluzionistico, potremmo definire "fissista" – ciò stava a significare che il destino di ciascuna creatura umana doveva essere imperturbabile a qualsiasi cambiamento. Questo quadro filosofico spiegava la natura delle differenze rilevabili tra gli uomini sulla base di assunti avulsi dall'osservazione empirica del mondo sensibile. In ogni caso, non bisogna scordare che stiamo parlando di una visione settecentesca, basata su presupposti in larga parte derivanti da interpretazioni più o meno libere delle Sacre Scritture.

Sociobiologia: scienza dell'uomo?

L'evoluzione della scienza, comunque, non ha sempre migliorato le cose rispetto ad antiche superstizioni e concezioni parascientifiche. Tant'è che a metà degli anni Settanta, nelle scienze della vita prese piede una nuova teoria scientifica, denominata Sociobiologia, il cui obiettivo primario fu quello di fissare un corpo organico di principi utili a spiegare le basi biologiche del comportamento sociale negli animali e nell'uomo. L'iniziativa fu messa a punto dal celebre zoologo di Harvard Edward Wilson, studioso autorevole delle dinamiche sociali degli animali invertebrati e in particolare degli insetti coloniali. Il volume Sociobiology: The New Synthesis (1), in cui Wilson raccolse le sue tesi fu contrassegnato da un notevole sforzo retorico volto a persuadere la comunità scientifica che il comportamento sociale di qualsiasi organismo animale poteva essere inquadrato all'interno di un framework esplicativo coerente con la teoria darwiniana da un lato, e con le conoscenze sui meccanismi dell'eredità genetica dall'altro. Per la prima volta, la genetica, che già da tempo veniva impiegata per il miglioramento delle piante coltivate, usciva dai ranghi esclusivi delle scienze naturali per fare il suo ingresso nei territori della cultura umanistica: sociologia, psicologia ed etologia umana.

L'interpretazione sociobiologica della socialità si basava sull'assunto che l'organizzazione delle società animali di ogni specie fosse una sorta di "effetto totale" prodotto dalle tendenze comportamentali innate dei singoli individui. Secondo la teoria sociobiologica, tali tendenze comportamentali erano determinate da un rigido programma genetico che controllava le azioni e le interazioni di ogni animale dotato di inclinazioni sociali. A loro volta, i geni che controllavano il comportamento sociale potevano essere premiati o bocciati dalla selezione naturale, a seconda del loro valore adattativo. L'idea di base, dunque, si reggeva *a)* sulla convinzione, tutta da dimostrare, che la selezione naturale non agisse sui fenotipi ma direttamente sui geni, e *b)* sull'assunzione che un sistema sociale fosse il risultato macroscopico delle interazioni (controllate geneticamente) di tanti individui di una medesima popolazione animale. In poco tempo, grazie alla pubblicazione di *Sociobiology*, la teoria di Wilson penetrò nelle aule e nei dipartimenti delle università di tutto il mondo occidentale. Chi scrive, non può scordare il successo riscosso dal best-seller di Wilson negli anni Ottanta, visto anche il numero di copie che circolavano negli uffici, nei

laboratori e nelle biblioteche degli istituti scientifici e umanistici dell'Università Statale di Milano.

Un tale successo mondiale, tuttavia, non fu sufficiente a proteggere la teoria sociobiologica da aspre critiche di metodo e di contenuto che, manco a farlo apposta, partirono proprio da alcuni dei più stretti colleghi e collaboratori di Wilson in forze alla Harvard University. Un punto fondamentale della teoria su cui si concentrarono alcuni dei giudizi più roventi espressi dai detrattori di Wilson fu che la visione sociobiologica si reggeva su una serie di assunti non verificati. Il cuore della polemica, comunque, riguardava il fatto che la teoria non si limitava a fornire una chiave di lettura un po' troppo audace della socialità animale, ma pretendeva di addentrarsi in aree ancor più scivolose. Infatti, oltre a proporre un'interpretazione dell'evoluzione della socialità che faceva leva sulla presunzione che i geni tendano a massimizzare la loro riproducibilità nelle generazioni e a diffondersi autarchicamente nelle popolazioni, i sociobiologi ortodossi pretesero di estendere tale modello di evoluzione sociale alla società e ai comportamenti umani, senza curarsi del fatto che i sistemi sociali umani non rispondono soltanto alle sollecitazioni interne (genetiche) degli individui, ma manifestano una dipendenza tutt'altro che trascurabile dagli stimoli e dai contesti esterni, come l'ambiente familiare, il tessuto culturale, il contesto storico e il clima politico e socio-economico. Peraltro, oggi sappiamo che obiezioni alla spiegazione sociobiologica del comportamento sociale sono state sollevate per molte altre specie animali caratterizzate da società raffinatissime, seppur dotate di organizzazioni collettive meno complesse di quella umana (2).

Nondimeno, Wilson non ebbe alcun dubbio nell'argomentare che tratti come l'aggressività, il razzismo, il sessismo, la moralità, la guerra, la fede religiosa e altri elementi del comportamento e della socialità della specie umana sono il prodotto dell'azione di geni premiati dalla selezione naturale per il loro effetto favorevole sulla fitness. Per consolidare questa visione riduzionista della natura umana, Wilson sostenne addirittura che "le nostre vite sono limitate da due leggi fondamentali: 1) tutte le entità e i processi biologici devono obbedire alle leggi della fisica e della chimica; 2) tutte le entità e i processi biologici sono il risultato dell'evoluzione per selezione naturale".

Con poche sentenze tese a ridurre tutti i fenomeni del mondo vivente alle leggi delle scienze dure (chimica e fisica) e a una concezione ultradarwinista della selezione naturale, veniva liquidato l'imperscrutabile universo della natura umana, stroncando in partenza ogni possibile ipotesi alternativa. L'annoso problema del destino degli individui, in pratica, veniva risolto mettendo l'azione biochimica del DNA al centro della spiegazione. Nella storia del pensiero scientifico si affacciava una nuova forma di atomismo e determinismo biologico, che per anni avrebbe influenzato le idee sulla natura di *Homo sapiens* e sulla sua evoluzione.

Malattia e variabilità

Stando a una visione mutuata dall'epidemiologia moderna, e in particolare dai filoni più vicini agli orientamenti ecologici nello studio delle patologie degenerative, i criteri per riconoscere il rapporto di causa-effetto nell'insorgenza delle malattie si sono indeboliti da quando l'approccio deterministico nella valutazione delle cause di malattia (maturato nell'ambito della ricerca sulle malattie infettive) ha ceduto il passo a un approccio di tipo probabilistico (stocastico). Il fondamento di questo secondo approccio risiede nella possibilità di qualificare e quantificare il rischio statistico di malattie multifattoriali nelle popolazioni, come nel caso di popolazioni esposte a rischio ambientale e sociale, ma non di poter definire l'eziologia, ossia la causa, di tali malattie a livello individuale. Le patologie degenerative, infatti, normalmente si sviluppano a seguito dell'azione di molteplici cause (reti causali) che non permettono di identificare un agente eziologico, né di addebitare, nel singolo individuo, l'insorgenza della malattia all'esposizione a questo o a quel particolare fattore di rischio. Molte variabili contestuali del resto non possono essere misurate nell'individuo e possono essere studiate soltanto come variabili di gruppo (variabili ecologiche). Un altro elemento importante di questa prospettiva, che è collegato al precedente, è l'esigenza di tenere conto della variabilità biologica interindividuale: un concetto, questo, di chiara matrice naturalistica, riconducibile al pensiero popolazionale di Darwin, ma a cui purtroppo non sempre viene assegnata sufficiente attenzione in salute pubblica.

Il punto, in buona sostanza, è che non tutti gli individui esposti a un medesimo fattore di rischio si ammalano; inoltre, non tutti coloro che si ammalano, si ammalano della stessa malattia; infine, tra coloro che si ammalano della stessa malattia, non tutti si ammalano per l'esposizione al medesimo fattore di rischio. Ciò per ragioni che hanno a che fare, appunto, con la natura aleatoria delle malattie multifattoriali e multistadio, come il cancro, ma anche con la variabilità intrinseca della popolazione umana. Per la sorveglianza in salute pubblica e per condurre indagini epidemiologiche in grado di fornire indicazioni utili di prevenzione primaria, conoscere la variabilità di una popolazione e la variabilità dei determinanti di salute può essere più informativo che conoscere tutti i dettagli biologici e sociali degli individui; così come può esserlo per la definizione di politiche pubbliche o di programmi di intervento che presentano opzioni differenti.

Un valido compromesso per semplificare il nodo della variabilità, è quello di studiare i sottogruppi di popolazione, designati sulla base di variabili facilmente identificabili o di criteri contingenti. Come si può intuire, stiamo parlando di categorie di raggruppamento che in linea di massima sono molto generali, e che tuttavia possono giocare un ruolo importante per comprendere come si distribuisce a livello collettivo una certa malattia e individuare gruppi di individui a rischio. Tali categorie normalmente tengono conto delle differenze basate su sesso, età (classi d'età), condizione riproduttiva (gravidanza), stato

di salute (comorbilità), ma anche stile di vita, matrice etnica, grado di istruzione, attività lavorativa, reddito, area di residenza, deprivazione, fattori genetici, ecc.
Chiarita la questione della variabilità e della sua rilevanza in medicina di popolazione, resta il problema di sciogliere l'antico dilemma relativo alla separazione tra "biologico e sociale", per verificare se queste due proprietà della specie umana sono davvero così facili da tenere separate.
Come abbiamo visto, il tema ha avuto un notevole peso nella storia del pensiero scientifico, e secondo il modello esplicativo ultradarwinista della sociobiologia, che si avvale di un vecchio apparato concettuale di tipo genocentrico, tutte le differenze rilevabili tra gli individui appartenenti a una medesima specie, incluse le differenze biologiche e sociali, andrebbero ascritte ai geni. In questo modo, ciascun essere vivente, essere umano incluso, sarebbe incatenato a un unico destino irreversibile determinato dal suo proprio progetto di natura, vale a dire dal corredo genetico. Un potere di questo genere, accordato d'ufficio al genoma e ai singoli geni, non lascia alcuno spazio esplicito a considerazioni di scala, come quelle implicite nel film di Virzì. Secondo la logica sociobiologica, infatti, esisterebbero geni buoni e geni cattivi, in grado di controllare non solo lo sviluppo fisico e sociale dell'individuo, ma persino il percorso di vita, le capacità intellettive, la posizione professionale, il prestigio sociale, e, non ultimo, un destino di malattia. Ogni ambizione di cultura scientifica transdisciplinare, in passato sostenuta con forza dallo stesso Wilson, viene in realtà subordinata alla fagocitazione di un settore accademico monodisciplinare (la sociologia) da parte di un altro (la genetica).
Le implicazioni per un ripensamento della duplice natura dell'uomo non mancano. Nel film emerge che è una struttura sociale classista a produrre le disparità individuali. Nessun progetto biologico ha stabilito chi è predestinato a essere povero e chi ricco, chi felice e chi depresso, chi degno di successo e chi indegno, chi sano e chi malato (vale un'eccezione per i portatori di malattie monogeniche, ma con alcune chiose nel merito delle quali non entriamo), se non una concezione ideologica e classista dell'organizzazione collettiva, come quella odierna, che, per così dire, tende a favorire chi gode già di molti favori.
La pretesa, ancora oggi piuttosto in voga, secondo cui il successo sociale dovrebbe riflettere inclinazioni naturali determinate da una qualche forma geneticamente ereditabile di vantaggio individuale è un'invenzione antropologica che, facendo il verso al darwinismo sociale ottocentesco (spencerismo) e alla pretesa riduzionsta/determinista della Sociobiologia, arriva a contrabbandare come fatti di natura le più stravaganti teorie su come deve essere impostata (e governata?) la società degli esseri umani. Piegare gli argomenti scientifici e reificare le ideologie per legittimare una visione parziale e discutibile del mondo non ha nulla a che fare con la scienza vera, e men che meno con la biomedicina. La legittimazione del razzismo e di altre forme di discriminazione classista sostenute con falsi argomenti biologici è allarmante perché l'esperienza ci mostra ogni

giorno che il passo dalle idee sbagliate alle idee pericolose può essere brevissimo. Permettere che certe farneticazioni si insinuino nel pensiero normale e diventino senso comune ha l'effetto di stravolgere le regole e i valori delle istituzioni e della convivenza civile.

Disuguaglianza, valori e disvalori

Se analizzassimo il DNA di due individui estratti a caso (non legati da parentele di sangue) dalla popolazione globale, scopriremmo che il loro genoma è uguale per il 99,9% dei nucleotidi. La diversità genetica media dell'uomo quindi è pari allo 0,01% del DNA totale (3).
Non a caso, una letteratura scientifica sempre più ampia e convincente evidenzia che la diversità umana va cercata soprattutto nelle differenze linguistiche e culturali, ed è questo il principale patrimonio di diversità che abbiamo ereditato attraverso l'evoluzione biologica e culturale dei nostri avi della specie *Homo sapiens*. Può essere interessante osservare che la maggior parte della diversità linguistica si concentra nelle aree del mondo in cui è maggiore la diversità ecologica degli habitat naturali (i cosiddetti "hotspot " della biodiversità), il che depone a favore della supposizione che l'antica spaccatura tra natura e cultura necessiti di una profonda revisione, basata su una concezione olistica della vita e non sulla pretesa di spiegare tutto il mondo vivente con la lente delle scienze dure.
Proviamo a concentrarci sull'attualità dei mass media: noteremo che ancora oggi non è raro ascoltare intellettuali e opinion leader che, utilizzando una retorica di persuasione, lanciano il messaggio di un'umanità diseguale in un'accezione per cui la diversità umana, anziché un valore, sarebbe un disvalore, o una vera e propria sciagura.
In uno dei libri più istruttivi che si possano leggere sull'inconsistenza di certi pregiudizi sulle differenze umane lo scienziato statunitense Stephen Jay Gould (4) avanza il sospetto che le crisi politiche ed economiche come quelle che caratterizzano la nostra epoca siano in fondo un ottimo terreno di coltura per riaccendere o esacerbare vecchi stereotipi che puntano all'abolizione dell'equità e della solidarietà della convivenza civile. Il vizio di dividere il mondo in buoni e cattivi, o in meritevoli e non meritevoli, o in altre categorie discriminatorie, per difendere il privilegio personale o per giustificare un unico modello di sviluppo, è una consuetudine a cui purtroppo abbiamo fatto il callo. La prova sta nel fatto che, oggi, la ricchezza detenuta dall'1% della popolazione mondiale supera quella del restante 99%. È evidente che una divisione così netta e ingiusta nell'accesso al benessere necessiterebbe di urgentissime misure da attuare a livello internazionale per invertire la tendenza. La drammatica situazione invece non sembra turbare né i governi del mondo occidentale né le grandi agenzie internazionali (Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale in primis) che, in materia, avrebbero il dovere di fornire almeno qualche spiegazione.
La disuguaglianza crescente riguarda ormai tutti i Paesi del mondo, nessuno escluso, dal momento che il numero dei poveri è in aumento anche in quelli ritenuti ricchi, come l'Italia. Questa situazione ostacola la lotta al fenomeno della discriminazione generando

un circolo vizioso, per cui, mentre la povertà assoluta dilaga, chi ne viene colpito ha sempre meno voce per rivendicare i propri diritti fondamentali, com'è stato rigorosamente documentato da dati e casi-studio prodotti attraverso indagini internazionali (5). In un mondo dove oltre un miliardo di persone vive con meno di 1,25 dollari al giorno, e un individuo su nove non ha cibo sufficiente per la sussistenza, la povertà rischia di diventare una delle maggiori insidie per la salute delle popolazioni, oltre che una pericolosa minaccia per la stabilità e la democrazia degli Stati. Per questa ragione, un nutrito gruppo di organizzazioni non governative sta portando avanti una mobilitazione internazionale per fare pressione sui governi e arginare il problema con programmi chiari e strumenti efficaci. Tra i capisaldi di questa mobilitazione vi sono varie proposte molto interessanti che meritano di essere ricordate, anche se, allo stato delle cose, è lecito dubitare che i destinatari naturali di tale iniziativa siano intenzionati ad ascoltarle: rigorose misure di investimento per garantire alla parte indigente dell'umanità l'accesso a servizi pubblici gratuiti di tipo sanitario e scolastico; una distribuzione più equa del carico fiscale; l'introduzione di salari dignitosi per tutti i lavoratori; l'introduzione di norme ispirate alla parità di retribuzione tra i generi; la creazione di reti di protezione sociale e di un reddito di cittadinanza garantito; la definizione realistica di un obiettivo globale di contrasto alle disparità sociali su cui si basano molti trattati internazionali (6).

Oltre a una dimensione globale, la questione delle disparità può assumere una connotazione, per così dire, più locale. Si tratta anche qui di una realtà a cui raramente si pensa ma che non dovrebbe essere sottovalutata per ragioni etiche e per l'ombra di discredito che getta sulle istituzioni; una realtà visibile per esempio nella diffusione del conflitto di interessi e nelle dinamiche nepotistiche e clientelari che dilagano in una varietà di settori della vita pubblica, come le agenzie di controllo, le aziende pubbliche (o pubblico-private), gli enti amministrativi, le università, (ecc.), dove il possedere il fratello, il cugino o qualsivoglia parente/amico di turno ben inseriti nei circuiti politici e dirigenziali diventa il requisito d'elezione per accedere con facilità a carriere rapide e sontuose, con il nullaosta degli apparati burocratici.

È ovvio che, in una qualche misura non facile da quantificare, le differenze soggettive in alcune capacità, come per esempio le abilità fisiche, mnemoniche, di apprendimento o di altro tipo, possono risentire di un'influenza genetica, ma le categorie mentali e le gerarchie di valori che vengono designate a tavolino per riconoscere e premiare alcune caratteristiche soggettive invece di altre non hanno nulla a che fare con le cause naturali di quelle caratteristiche, e riflettono solo il modello di struttura sociale delineato da istituzioni che sempre più spesso operano sulla scorta di interessi particolari. Per quel che riguarda il trend più recente, non è difficile intuire che tali interessi vanno nella direzione di tutelare il neoliberismo spinto e il vantaggio privato, e non in quella di salvaguardare il bene collettivo e una cultura paritaria che permetta di offrire a tutti, se non un'equa distribuzione del

benessere, almeno le stesse condizioni di partenza per poterlo raggiungere.
Le scienze della vita hanno attinto a piene mani all'ideologia del successo e del fallimento individuale inteso come risultato di proprietà intrinseche del singolo, determinate o fortemente condizionate dal possesso di un "albero genealogico" più o meno buono (per molti anni la letteratura biologica ha usato le espressioni *good genes* e *bad genes*).
In questo tipo di scienza, si è affermata un'interpretazione programmatica degli eventi che caratterizzano la vita e la salute degli individui. In questo caso però non si è fatto appello a un disegno divino e trascendente come nel pensiero settecentesco, ma a un progetto deterministico tutto iscritto in una frazione infinitesima della materia di cui gli organismi sono fatti (il DNA), che viene così a rappresentare da un lato la quintessenza delle differenze tra persone, e dall'altro la causa primaria di tutti i fatti del mondo biologico e sociale, a partire dalle malattie. A ben vedere, si tratta del solito vecchio vizio di far collassare le molteplici e differenti dimensioni di un fenomeno a un unico motore immobile.

Determinanti genetici di malattia

Grazie alla comprensibile importanza scientifica che è stata accordata al Progetto Genoma Umano (PGU), anche la ricerca in salute pubblica ha dedicato un'attenzione speciale alla possibilità che la diversa distribuzione delle malattie che si osserva nelle popolazioni possa dipendere da differenze individuali nei determinanti genetici. Come conseguenza del PGU, negli ultimi 10-15 anni si è assistito a una consistente ondata di studi definiti Genome-Wide Association Studies (GWAS), sulla base dell'assunzione che una proporzione significativa delle più comuni patologie degenerative venga ereditata dagli individui attraverso la linea germinale. L'approccio GWAS alla ricerca epidemiologica sulle malattie degenerative si è subito posto al centro dell'attenzione (in verità non sempre disinteressata) di una pluralità di soggetti come genetisti, operatori di sanità pubblica, industria chimico-farmaceutica e organi di informazione, per la sua duplice promessa di fornire stime della frazione di variazione di tratti fenotipici, come il cancro e altre malattie degenerative, ritenuti associati a varianti genetiche, e di chiarire al tempo stesso l'entità del rischio genetico di sviluppare tali malattie (NB: le varianti in questione sono rappresentate di solito dai cosiddetti SNPs, Single-Nucleotide Polymorphisms: ovvero i polimorfismi dei singoli nucleotidi). Va detto che il metodo è stato messo in discussione per alcuni limiti al momento giudicati molto critici, anzitutto per il fatto che la proporzione di ereditabilità spiegata dai loci genetici finora analizzati dagli studi GWAS oscilla tra l'1% e il 50%, il che significa che al momento manca una conoscenza accettabile su una quota importante di loci potenzialmente responsabili di patologie degenerative (7). Ma il problema principale dell'approccio genetico alla stima del rischio di malattia è quello di considerare come "additivi" gli

effetti genetici e ambientali, per cui occorre qualche precisazione di merito.
Nelle scienze della vita esistono due problemi in merito alla questione della causazione genetica dei caratteri fenotipici. Un primo problema riguarda lo studio di quei fenotipi atipici, come per esempio le malattie, che possono dipendere: 1) dalla possibilità che un individuo possieda una variante genica ad alta penetranza, poco frequente nella popolazione di appartenenza, a cui si associa un fenotipo deviante; 2) dalla possibilità che un individuo possieda geni a bassa penetranza la cui interazione reciproca produce lo stesso fenotipo deviante. In buona sostanza, si tratta dell'antico problema di discriminare tra gli effetti fenotipici prodotti da un singolo gene ad alta penetranza e quelli prodotti da tanti geni a bassa penetranza. Un secondo problema invece riguarda l'opportunità di separare in unità indipendenti i fattori causali che interagiscono per produrre un unico risultato. Si tratta di un altro vecchio grattacapo dell'indagine genetica soprattutto di interesse biomedico, dovuto alla difficoltà di dividere in componenti distinte il complesso di interazioni che si verificano tra geni e ambiente nella determinazione del fenotipo. In questo caso la difficoltà dipende dal fatto che lo sviluppo individuale costituisce un fenomeno ecologico regolato dall'interazione organismo-ambiente. In altre parole, il fenotipo è il prodotto dei processi di morfogenesi controllati dai geni all'interno di un'unica e irripetibile sequenza di ambienti e di eventi di sviluppo, i quali insieme condizionano e allo stesso tempo sono condizionati dall'azione dei geni. È evidente che qui non abbiamo a che fare con la semplice distinzione tra tipologie diverse di cause che agiscono sommando azioni indipendenti, ma con la compresenza di cause che agiscono influenzandosi l'una con l'altra, in una sorta di circuito chiuso. Nella concezione tradizionale della genetica classica, i due fattori causali (i geni e l'ambiente) potevano essere separati come gli addendi di una somma. Oggi invece sappiamo che il fenotipo non risulta da una somma di addendi separati, ma dipende dalla loro integrazione dinamica: in termini più tecnici, possiamo affermare che è funzione del loro continuo *feedback* (8).
Dunque, è inutile chiedersi quanti grammi del peso di un topolino adulto sono determinati dai suoi geni, quanti dall'assunzione di nutrienti e quanti dalla sua spesa metabolica (respirazione, attività muscolare, ecc.). Allo stesso modo, è privo di senso domandarsi quale percentuale di una certa malattia è determinata da fattori genetici e quanta da fattori ambientali. Cercare risposte a interrogativi simili non ha senso, perché le domande da cui nascono sono sbagliate, proprio in quanto basate sul fenotipo inteso come effetto somma (geni + ambiente). Per la scienza cartesiana a cui siamo abituati – che punta a separare ogni problema in tanti problemi più piccoli dalle cui singole soluzioni è possibile risalire alla soluzione del problema iniziale – si tratta di una conclusione frustrante. In realtà basterebbe ripartire dall'origine delle ipotesi e dai criteri da utilizzare per la loro validazione, per capire come costruire modelli alternativi, magari meno precisi nella descrizione dei dettagli, ma forse più efficaci nella definizione delle dinamiche fondamentali di molte malattie degenerative.

Un cerchio da chiudere

Per far sì che alcune affermazioni indicate in precedenza non siano equivocate, è bene precisare alcuni concetti. Tutto sommato, si deve riconoscere che il pensiero scientifico dominante nell'accademia si è affrancato da una visione rigidamente riduzionista della biologia umana e delle cause di malattia, e per uscire dall'impasse ha combinato il dato biologico e il dato ambientale, come abbiamo visto sopra, in un modello statistico che assegna un peso relativo indipendente sia ai geni (fattori endogeni) sia all'ambiente fisico e sociale (fattori esogeni). Come osservato in precedenza, però, in biomedicina la suddivisione della causazione in elementi indipendenti trascura la natura concorsuale e interattiva dei fattori coinvolti in larga parte delle patologie umane.

Ovviamente, è vero che gli esseri umani possiedono proprietà morfologiche e fisiologiche che dipendono dal fatto di essere dei sistemi viventi; ed è altrettanto vero che le differenze tra l'uomo e le altre specie animali sono prodotte dal fatto di possedere geni diversi. Tutti gli esseri umani, inoltre, per sopravvivere devono mangiare, bere e respirare; inoltre sono suscettibili alle infezioni causate dai patogeni e hanno una capacità limitata di resistere alle temperature e ad altre variabili ambientali estreme. Nessun fattore sociale può modificare questi tratti fondamentali della biologia della nostra specie.

In ogni caso, grazie alle enormi potenzialità del nostro sistema nervoso, che si intrecciano con l'efficienza del nostro linguaggio simbolico e con molte altre abilità umane, noi *Homo sapiens* formiamo strutture sociali che alterano in modo drammatico e spesso irreversibile il contesto di vita, promuovendo reazioni ecologiche complesse e non sempre facili da percepire. In altre parole, se è vero che la socialità dell'uomo è una conseguenza della sua biologia, è vero anche che la biologia dell'uomo è una conseguenza della sua socialità.

A livello individuale, la nostra fisiologia è una fisiologia socializzata. Le variazioni della pressione arteriosa, l'invecchiamento dei tessuti che proteggono l'ambiente corporeo interno da quello esterno, il modo in cui percepiamo la distanza, la competenza del sistema immunitario nel difenderci dall'invasione dei patogeni, la formazione/rimozione di connessioni neurali nel cervello, e molte altre funzioni biologiche dipendono non solo dalla nostra biologia di specie umana, ma anche dalla nostra posizione individuale nella struttura sociale, vale a dire: da dove abitiamo, da quello che mangiamo, dalla tipologia della nostra attività lavorativa, dall'essere o non essere immigrati, dal nostro stile di vita, dalla quantità e qualità di merci e tecnologie che circolano nel nostro sistema sociale nonché dalle procedure usate per la loro produzione.

La costruzione e la trasformazione sociale degli ambienti di vita fissano culturalmente e tecnologicamente molti vincoli biologici della nostra esistenza, assumendo un ruolo cruciale nella promozione della salute o della malattia. La stimolazione luminosa artificiale prolungata per tutto l'arco delle 24 ore, cioè anche nella fase notturna del nostro ciclo circadiano, è nemica del ritmo veglia-sonno, ed è responsabile oltre che di disturbi del sonno

anche di astenia cronica e altri esiti più seri, come disordini neuropsicologici e patologie immunitarie. In pratica, la luce artificiale che anche durante le ore di oscurità illumina gli ambienti urbani e svariati ambienti di lavoro, produce un conflitto nella nostra fisiologia neuro-endocrina che si traduce in una condizione di malessere o di vera malattia.
Fenomeni simili sono stati verificati per il *jet–lag* di chi viaggia in aereo per lunghe distanze, o per effetto di attività lavorative svolte nelle ore notturne. In quest'ultimo caso, le differenze sociali nella suscettibilità a una serie di malattie degenerative dipendono dall'appartenenza a particolari categorie professionali: guardiani, panettieri, autisti, personale sanitario, forze dell'ordine, ecc. Alcune indagini hanno verificato l'ipotesi che il lavoro notturno sia associato agli stessi outcome di salute dell'esposizione a interferenti endocrini, ossia gli agenti chimici in grado di alterare la funzione di uno o più ormoni naturali. Le indagini sperimentali confermano in modo chiaro che la destabilizzazione del ritmo sonno-veglia è in grado di incrementare il rischio di cancro, oltre che di patologie ormonali e riproduttive. Il problema è che le esposizioni a contesti o a prodotti contaminati da composti sintetici tossici, che modificano le reti segnaletiche del sistema ormonale, sono molto più diffuse di quanto si pensi, e non solo negli ambienti di lavoro. Negli ultimi due decenni, una quantità crescente di studi sperimentali ha evidenziato che molti inquinanti sintetici rilasciati nell'ambiente possono simulare o inibire le proprietà degli ormoni naturali interagendo con i recettori di svariati tipi cellulari. L'azione biologica di queste molecole è spesso deducibile dai loro effetti molecolari o cellulari, dato che in una buona parte dei casi essi mostrano un'alta affinità per complessi recettoriali espressi da famiglie ben conosciute di elementi genetici. Alcune evidenze mostrano, per esempio, che certi inquinanti noti per essere ormai ubiquitari, come molti pesticidi, possono interferire con l'organismo umano modificandone i sistemi di regolazione. Buona parte degli interferenti endocrini studiati ad oggi agiscono attivando complessi molecolari associati alla famiglia dei recettori nucleari (recettori di agenti steroidei, tiroidei e retinoidi), innescando processi a cascata di trasduzione del segnale (9). Tra tali composti figurano molte sostanze organiche di sintesi, oltre a vitamine, acidi grassi e una lunga serie di xenobiotici di ampio uso agricolo e industriale con cui l'organismo entra in contatto attraverso le matrici ambientali e gli alimenti, oppure mediante l'uso di cosmetici e altri prodotti e sotto-prodotti industriali provenienti da filiere di bassa qualità.

Ecologia dell'ambiente umano

A differenza di ciò che accade nelle popolazioni animali, i territori abitati e modificati dalle popolazioni umane non sono selezionati sulla base di criteri che dipendono da esigenze naturali, come il range di temperatura, il tasso di umidità, la disponibilità di acqua e cibo, gli eventi climatici, la presenza di predatori pericolosi (ecc.), ma corrispondono a luoghi in cui forze sociali tipicamente umane, come l'attività economica e il potere politi-

co, forniscono i mezzi finanziari e tecnologici per non temere le temperature estreme, per garantire le forniture di acqua e cibo, per proteggersi dalle perturbazioni climatiche, e per scongiurare la possibile invasione di predatori e altre faune indesiderate. In questo modo, noi stabiliamo, senza rendercene conto, quali devono essere gli areali di residenza di altri organismi, nonché la struttura dei loro ambienti di vita, senza occuparci del fatto che anche questa tipologia di alterazione antropogenica può determinare seri impatti ecologici e sanitari. Molte tecnologie che entrano in contatto (diretto o indiretto) con il mondo esterno creano nuove opportunità di interazione uomo-ambiente introducendo nuovi fattori di rischio per gli ecosistemi e per la salute pubblica (si pensi soltanto alle tecnologie e alle infrastrutture per la mobilità); in questo modo, accade che spesso vengano costruiti contesti topografici che definiscono il pattern spaziale delle disparità sociali e quindi della maggiore o minore vulnerabilità alle malattie. Una periferia urbana abitata da famiglie svantaggiate e tagliata fuori da una strada ad alta intensità di traffico o da un insediamento produttivo, è destinata a trasformarsi in un ricettacolo di criticità sanitarie, ambientali e sociali a cui, di regola, nessun amministratore si degnerà di fornire concrete risposte di tutela della salute e di protezione sociale. Un inverno rigido in un contesto di questo tipo, non produce soltanto il prevedibile rischio di patologie dovute al freddo, ma soprattutto genera fame e/o malnutrizione, perché gli abitanti di questi quartieri sono obbligati a deviare le loro scarse risorse finanziarie al pagamento dei costi di riscaldamento domestico anziché acquistare cibo sufficiente e di buona qualità. Soprattutto nelle grandi città, situazioni di questo tipo sono molto diffuse e segnano la vita quotidiana di intere sacche di popolazione destinate a fare i conti con i rischi di malattie indotte dalla deprivazione e dall'esposizione ad alcune delle peggiori espressioni di deterioramento ambientale. L'eccessiva artificializzazione degli ambienti di vita riguarda una varietà di contesti lavorativi, dall'agricoltura all'industria pesante. I meccanismi che regolano la gestione della forza lavoro non sono esattamente ispirati a principi di salute pubblica. In un mercato del lavoro di matrice neoliberista, il rischio che l'attività lavorativa agisca come perturbatore dell'omeostasi individuale, per esempio imponendo condizioni esterne malsane o ritmi di lavoro-riposo non conformi alla fisiologia dell'organismo, è molto frequente. Sembra essere in atto una transizione regressiva, per cui i criteri di salvaguardia delle condizioni lavorative dipendono unicamente da valutazioni economiche del mondo dell'impresa; mentre lo stato di salute dei lavoratori, dell'ambiente e dei cittadini che possono essere esposti a contesti pericolosi o a processi produttivi malsani rientra nel novero delle cosiddette esternalità della crescita economica.

Come forse si può capire, l'ecologia umana non riguarda più soltanto il rapporto tra la nostra specie e la natura, ma si interessa soprattutto del rapporto (del conflitto?) tra economia e beni collettivi, tra ceti sociali diversi, tra generazioni diverse, tra gruppi etnici e/o religiosi diversi (ecc.): un rapporto, che, al di là di tanta propaganda politica sulla riduzio-

ne delle disuguaglianze, è governato attraverso una struttura sociale funzionale a un modello di sviluppo che è diseguale non solo nei suoi effetti ma anche nei suoi presupposti. Un approccio ecologico alla salute pubblica permette, forse più di qualsiasi altra scienza biomedica, di decifrare i segni di posizionamento sociale che sintetizzano bene la condizione di salute delle persone attraverso le loro esposizioni agli insulti ambientali e attraverso il loro accesso ai beni e ai servizi necessari per vivere in una società complessa come quella contemporanea. Da un certo punto di vista, a parità di tutte le altre variabili coinvolte, oggi non è affatto esagerato comparare la condizione di salute miocardica (media) del guardiano notturno o dell'operaio precario con la condizione di salute miocardica (media) dell'amministratore delegato o del dirigente aziendale. Non si tratta di un'affermazione ideologica, ma della semplice constatazione che il nostro corpo conosce molto meglio della nostra mente la posizione sociale che occupiamo. Restando nell'alveo di un approccio ecologico, basato su una solida tradizione di indagini sulle comunità ecologiche, esistono ottime ragioni per pensare che un organismo colpito da un fattore stressogeno sarà molto meno resistente al possibile subentro di altri stressogeni, creando ulteriori spostamenti (in senso peggiorativo) dell'omeostasi e dello stato di salute. Trasferendo il discorso all'uomo, le esposizioni a più stressogeni sono alla base di un aumento della suscettibilità e della vulnerabilità biologica degli individui già messi a dura prova da deprivazione, disagio sociale, scarso accesso ai servizi e all'assistenza sanitaria. Si tratta di una situazione molto attuale, ben sintetizzata, per esempio, dalla condizione di molti immigrati, ma, con frequenza preoccupante, anche da quei lavoratori che hanno perso il proprio posto di lavoro, e che per questioni anagrafiche sono espulsi o marginalizzati dal mercato del lavoro, con ripercussioni catastrofiche nelle loro condizioni di salute oltre che nelle loro condizioni di vita (10).

Conclusioni

Uno dei problemi più sentiti all'interno di una parte crescente della comunità scientifica riguarda la comprensione e la gestione della complessità, in una realtà che tende a semplificare e a ridurre ai minimi termini ogni problema. Ancora oggi, fin dalle prime esperienze della formazione universitaria e post-universitaria, i giovani destinati a diventare i professionisti del settore scientifico-tecnologico di domani sono addestrati a ragionare e a operare in un'ottica monodisciplinare. La ragione di questa miopia nel modo di intendere la cultura e la formazione accademica non è difficile da comprendere. I grandi risultati conquistati dalla scienza dell'ultimo secolo sono stati raggiunti in settori specialistici in cui l'approccio monodisciplinare funzionava bene. In altre aree scientifiche, come l'ambiente e la salute pubblica, in cui si rende necessario utilizzare una prospettiva transdisciplinare, o sistemica, la pratica scientifica richiedeva uno sforzo maggiore e forse anche una visione dei problemi non ancora sufficientemente matura, con il risultato che

la conoscenza scientifica è avanzata con maggiore difficoltà.
La questione ora non è quella di decidere a chi deve essere addebitata la colpa di questa o di quella défaillance. Piuttosto, bisognerebbe essere capaci di riconoscere gli errori commessi e la necessità di ripartire proprio da quegli errori, con la volontà di incamminarsi su strade più proficue. In pratica, bisognerebbe fermare la corsa senza meta che abbiamo messo in atto, per rimettere in moto un vero pensiero razionale. Va detto che in alcuni settori scientifici in cui è maggiore la necessità di cambiare paradigma si tende ancora a campare di rendita. Tuttavia, oggi lo scenario sta gradualmente mutando, e si ammette che nei sistemi complessi l'approccio riduzionista/determinista che tenta di considerare e di risolvere i problemi all'interno di una prospettiva monodisciplinare non è soltanto sbagliato, ma controproducente e pericoloso.
Nell'affrontare il rapporto sempre più stretto che esiste tra malattie umane e disuguaglianze sociali, l'esigenza di un cambiamento di mentalità nella pratica scientifica e nella decisione politica è un sentore ormai palpabile, per la semplice ragione che in questa materia l'origine dei fenomeni non può essere riferita a eventi semplici, ossia a dinamiche lineari di causa ed effetto. La storia, del resto, deve insegnarci qualcosa: per esempio deve insegnarci che il valore predittivo dei risultati scientifici che si ottengono dallo studio monodisciplinare dei problemi è sempre più modesto, spesso nullo e talvolta addirittura di senso opposto rispetto a ciò che la semplice osservazione della realtà ci indica inconfutabilmente.
Situazioni in cui elementi naturali, sociali, economici e culturali si intrecciano in modo inestricabile sono ormai all'ordine del giorno. Le scelte compiute a monte di dinamiche così complesse e influenzate da variabili non sempre facili da controllare richiedono una nuova alleanza tra scienza, governance ed economia: un'alleanza che deve dimostrare con i fatti di essere più avveduta e responsabile. Per dirla con le stesse parole usate da Romano Guardini oltre mezzo secolo fa, c'è bisogno di consapevolezza e di molta serietà. E ciò non vale soltanto in ambito sanitario e ambientale, ma anche nei comparti agricolo, della mobilità, energetico, tecnologico, e in svariati altri settori.
Le conoscenze attuali consentirebbero di impiegare strumenti e metodi innovativi per svincolarsi definitivamente dal radicalismo della monodisciplinarità e da un modello di sviluppo che spesso dà l'idea di voler contrastare qualsiasi cambiamento nella direzione della sostenibilità. Ma in salute pubblica il cambiamento è ormai necessario, per non dire inevitabile, e anche i negazionisti più restii a prendere atto di come funziona il mondo reale dovranno farsene una ragione.

BIBLIOGRAFIA
1. Wilson E. Sociobiology: The New Synthesis. Harvard: Harvard University Press; 1975.
2. Lewontin RC, Rose S, Kamin L. Not in Our Genes: Biology, Ideology, and Human Nature. London: Penguin Books; 1990.
3. www.genome.gov
4. Gould SJ. The Mismeasure of Man. New York: W.W. Norton & Co; 1981.
5 . Sassen S. Espulsioni. Brutalità e complessità nell'economia globale. Bologna: Il Mulino; 2015.
6. www.oxfam.org
7. Manolio TA et al. Finding the missing heritability of complex diseases. Nature 2009; 461: 747-753.
8. Giuliani A, Modonesi C. Scienza della natura e stregoni di passaggio. Milano: Jaca Book; 2011.
9 . Escriva H et al. Ligand binding and nuclear receptor evolution. BioEssays 2000; 22: 717-727.
10. Galassi S, Modonesi C. Ecologia dell'Antropocene. La crisi planetaria provocata da un animale culturale. Roma: Aracne Editrice; 2017.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Malattie croniche e diseguaglianze nella salute
Chronic diseases and inequalities in health

Gavino Maciocco

Università di Firenze, Coordinatore Osservatorio sulla Salute Globale

Parole chiave: multimorbosità, malattie croniche; diseguaglianze nella salute, iniquità orizzontale, iniquità verticale

RIASSUNTO
La multimorbosità è rapidamente diventata la norma nella popolazione affetta da malattie croniche. Sebbene considerata una condizione tipica dell'età anziana, essa interessa un grande numero di persone giovani. La multimorbosità non è semplicemente un problema cronologico dell'invecchiamento e non è neppure un fenomeno distribuito a caso: in un recente studio scozzese di Barnett e coll, che ha coinvolto 1,8 milioni di soggetti le persone con due o più malattie croniche di età inferiore ai 65 anni erano più numerose di quelle più anziane. Lo studio ha rilevato che la deprivazione socioeconomica influenza non solo la quantità ma anche la tipologia della multimorbosità, che è più comune nelle aree più deprivate rispetto a quelle benestanti e – quando la deprivazione socio-economica cresce – nel mix delle patologie aumentano le malattie mentali. L'articolo introduce due diversi concetti di iniquità nella salute: l'iniquità orizzontale e l'iniquità verticale. L'iniquità orizzontale significa che persone con gli stessi bisogni non hanno accesso alle stesse risorse. L'iniquità verticale si verifica quando persone con maggiori bisogni non hanno a disposizione risorse più grandi. I sistemi universalistici tendono a garantire l'equità orizzontale, ma hanno molta difficoltà ad attuare l'equità verticale.

Key words: multimorbidity; chronic diseases; inequality in health; horizontal iniquity; vertical iniquity

SUMMARY
Multimorbidity has quickly become the norm in the population with chronic illnesses. Though considered a typical condition of the elderly, it affects a large number of young people. Multimorbidity is not simply a

Autore per corrispondenza: gavino.maciocco@gmail.com

chronological problem of aging and is not even a randomly distributed phenomenon: in a recent Scottish study by Barnett and Coll, involving 1.8 million people with two or more chronic age-related diseases under 65 were more numerous than the older ones. The study found that socioeconomic deprivation influences not only the quantity but also the typology of multimorbidity, which is more common in the most deprived areas than the wealthy, and - when socio-economic deprivation grows - in the mix of pathologies increases mental illness . The article introduces two different concepts of iniquity in health: horizontal iniquity and vertical iniquity. Horizontal iniquity means people with the same needs do not have access to the same resources. Vertical iniquity occurs when people with higher needs do not have larger resources available. Universalistic systems tend to ensure horizontal equity, but have a lot of difficulty in enforcing vertical equity.

Multimorbosità. L'iniquità nascosta

Barbara Starfield (New York City, 18 dicembre 1932 / Menlo Park - California, 10 giugno 2011) era professore di Health Policy and Management alla Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimora (USA). Il Preside della Scuola, Michael J. Klag, l'ha ricordata come "un gigante nel campo delle cure primarie e della politica sanitaria". Il termine "gigante" è il termine più adatto per rappresentare la statura di ricercatore, di docente e di difensore di diritti umani di Barbara Starfield. Negli ultimi dieci anni due sono i principali temi su cui si è concentrata l'attività di ricerca e la riflessione politica di Barbara Starfield: il ruolo delle cure primarie nei sistemi sanitari (1-2) e la gestione delle malattie croniche nell'ambito delle cure primarie.

Il suo ultimo articolo pubblicato – aprile 2011 – s'intitola "*The hidden inequity in health care* (3)*"* ("L'iniquità nascosta nell'assistenza sanitaria") ed è dedicato alla multimorbosità (la presenza di due o più patologie croniche nello stesso soggetto). Il legame tra iniquità nella salute e nell'assistenza sanitaria e multimorbosità è ampiamente spiegato nell'articolo e – come vedremo – solidamente confermato da numerose ricerche.

L'articolo introduce due diversi concetti di iniquità nella salute: l'iniquità orizzontale e l'iniquità verticale. L'iniquità orizzontale significa che persone con gli stessi bisogni non hanno accesso alle stesse risorse. L'iniquità verticale si verifica quando persone con maggiori bisogni non hanno a disposizione risorse più grandi. I sistemi universalistici tendono a garantire l'equità orizzontale, ma hanno molta difficoltà ad attuare l'equità verticale. Perché i bisogni complessi, come quelli delle persone affette da due o più malattie croniche, non sono così facilmente classificabili e non corrispondono mai alla somma dei problemi di due o più singole malattie. Le malattie croniche non sono mai entità isolate, averne una predispone ad altre. E poiché la multimorbosità si riscontra più frequentemente nei gruppi più svantaggiati della popolazione, ai problemi clinici si assommano anche quelli sociali, familiari e economici. "*Così le persone hanno problemi di salute ma le malattie* – osserva acutamente la Starfield – *sono solo la parziale spiegazione dei loro problemi di salute*".

L'iniquità nascosta consiste nel non riconoscere, e nel non farsi carico, della complessità clinica e spesso sociale delle persone con multimorbosità, dei loro "complessi" problemi, dove la multimorbosità include spesso anche una malattia mentale. "*Il miglioramento e se possibile la risoluzione dei problemi sono vere e proprie misure di outcome, e i medici che sono in grado di riconoscerli e risolverli dovrebbero essere ricompensati per questo. Abbiamo bisogno* – afferma B. Starfield – *di linee guida adatte per l'assistenza focalizzata sulle persone piuttosto che sulle malattie. Solo i medici di famiglia possono comprendere ciò, perché essi non si occupano dei singoli organi, come fanno gli specialisti, e perché ogni giorno sperimentano questa realtà nel loro lavoro. Per questo i medici di famiglia devono difendere i sistemi sanitari basati sulle cure primarie, perché questa è l'unica speranza per ottenere una maggiore equità attraverso appropriati interventi medici e sociali. Essi hanno anche un'altra responsabilità, che è quella di richiamare l'attenzione sulla follia di fornire l'assistenza in modo verticale, malattia per malattia. È tempo che i medici di famiglia prendano l'iniziativa per indirizzare l'assistenza medica laddove ci sono i bisogni; per assistere i pazienti e le popolazioni e non le malattie. Tutto ciò non solo è biologicamente corretto, ma anche più efficace, più efficiente, sicuro e più equo*".

La legge dell'assistenza inversa

La multimorbosità è rapidamente diventata la norma nella popolazione affetta da malattie croniche. Sebbene considerata una condizione tipica dell'età anziana, essa interessa un grande numero di persone giovani. La multimorbosità non è semplicemente un problema cronologico dell'invecchiamento e non è neppure un fenomeno distribuito a caso: in un recente studio scozzese di Barnett e coll, che ha coinvolto 1,8 milioni di soggetti le persone con due o più malattie croniche di età inferiore ai 65 anni erano più numerose di quelle più anziane. Lo studio ha rilevato che la deprivazione socioeconomica influenza non solo la quantità ma anche la tipologia della multimorbosità, che è più comune nelle aree più deprivate rispetto a quelle benestanti e – quando la deprivazione socio-economica cresce – nel mix delle patologie aumentano le malattie mentali (4).

L'editoriale del BMJ che tratta questa questione – *Multimorbidity and the inverse care low in primary care* (5) – è firmato anche da Julian Tudor Hart, nato a Londra nel 1927, fondatore della moderna medicina di famiglia britannica, nonché presidente del *Socialist Health Association*, che ha coniato la "le legge dell'assistenza inversa" (6). Secondo tale "legge" la disponibilità di buoni servizi medici tende a variare inversamente in relazione all'entità dei bisogni della popolazione servita; tale "legge" si applica anche in Gran Bretagna dove il numero dei *General Practitioners* è definito in rapporto al numero della popolazione e non al carico di bisogni di quella popolazione.

"*Una maggiore multimorbosità nelle aree deprivate significa che i pazienti muoiono più giovani, sono malati più a lungo prima di morire, e che essi (e le loro famiglie) si presentano*

con problemi più complessi ai general practitioners e ai team delle cure primarie – si legge nell'articolo. *Ma l'organizzazione delle cure primarie in queste aree è meno attrezzata e meno capace di affrontare i problemi dei pazienti. La legge dell'assistenza inversa colpisce le visite mediche e le relazioni medico paziente: a confronto di coloro che vivono delle aree benestanti, dopo una visita i pazienti delle aree deprivate sono meno soddisfatti e i loro dottori più stressati*".

"Il problema chiave è il tempo. Il troppo poco tempo dedicato alla visita medica riduce ciò che possono dare i dottori e anche le aspettative dei pazienti. Stranamente né la legge dell'assistenza inversa e neppure il suo principale corollario, la mancanza di tempo, sono annoverati nei più importanti lavori sulle diseguaglianze nella salute. L'assistenza sanitaria diventa un determinante sociale di salute quando non è in grado di rispondere ai bisogni dei malati più gravi".

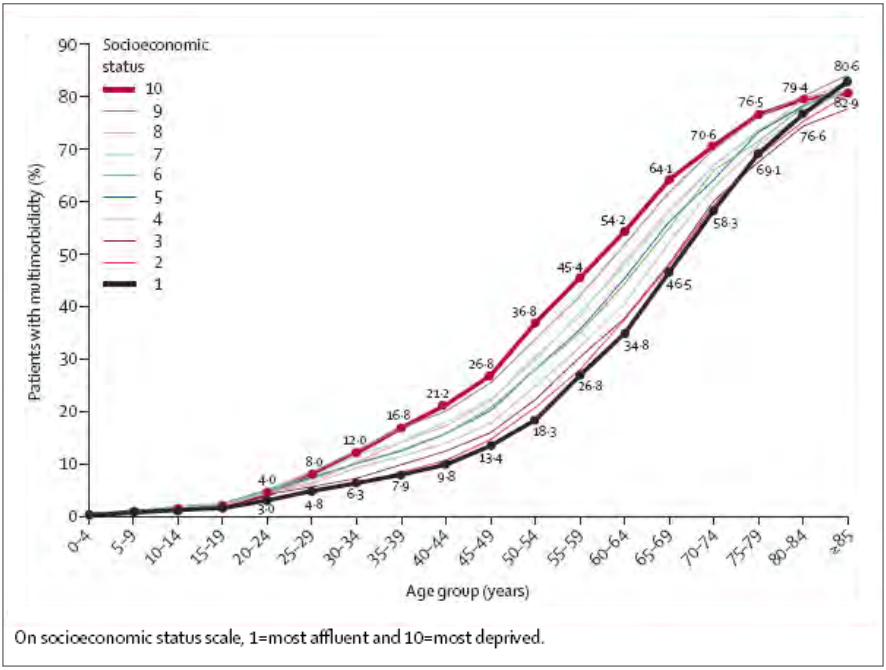
"*La legge dell'assistenza inversa non è una legge naturale* – conclude l'articolo (che riprende i concetti della Starfield) –, *ma il risultato di politiche che restringono l'accesso a un'assistenza veramente efficace. Ciò colpisce soprattutto i pazienti di basso stato socio-economico con multi morbosità, che hanno un mix di problemi fisici, psicologici e sociali e, conseguentemente, hanno bisogno di tempo, empatia e un approccio olistico centrato sul paziente*".

Tutto ciò è confermato da un dato: la multimorbosità è fortemente associata con ricoveri non pianificati, inclusi ricoveri che erano potenzialmente prevenibili. Il rischio di ammissione in ospedale era esacerbato dalla coesistenza di una malattia mentale e della deprivazione socio-economica (7).

La dimensione quantitativa

Il citato studio scozzese di Barnett (4) è il più ampio finora condotto sulla multimorbosità. Si tratta dell'archivio completo delle cartelle cliniche dei cittadini afferenti a 314 Unità di assistenza primaria (*Primary Care Trusts*) che servono circa un terzo della popolazione dell'intera Scozia (1.750.000 persone). L'analisi di prevalenza ha considerato le 40 malattie croniche più frequenti ed è stata stratificata per le consuete variabili demografiche, sesso ed età, e per livello socioeconomico, utilizzando l'indice di Carstairs per misurare la deprivazione nell'area di residenza dell'assistito. I risultati confermano quello che empiricamente è già patrimonio comune delle organizzazioni sanitarie della maggior parte dei paesi occidentali, e cioè che la multimorbosità è un fenomeno assai frequente: il 42,2% della popolazione è affetta da almeno una patologia cronica, il 23,2% presenta multimorbosità, e l'8,3% la compresenza di una malattia fisica con una mentale. Le più colpite sono le donne e, come facilmente intuibile, si osserva un aumento progressivo della multimorbosità con l'età (intorno ai 65 anni la maggior parte delle persone presenta almeno due patologie croniche), mentre ciò che emerge inaspettatamente dall'analisi è che – come già accennato – il numero maggiore, in termini assoluti, di persone affette

Figura 1- Prevalenza della multi-morbosità per età e status socio-economico



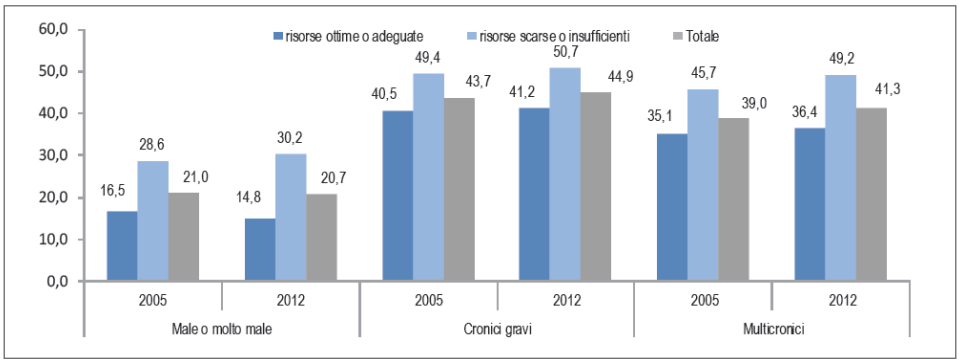
da due o più patologie ha meno di 65 anni e che due terzi di queste ultime presenta comorbosità fisica e mentale. I dati di questo studio evidenziano inoltre come soggetti relativamente giovani residenti nelle aree maggiormente deprivate subiscano un carico di multimorbosità sovrapponibile a quello di persone di 10-15 anni più anziane viventi in aree più abbienti (8).

Le malattie croniche, multimorbosità e diseguaglianze nella popolazione italiana secondo l'Istat

Un'indagine sulle malattie croniche in Italia è stata condotta dall'Istat nel 2012-2013 su un campione complessivo di circa 60 mila famiglie residenti sull'intero territorio nazionale (9). Nel 2012, circa 9 milioni di persone hanno dichiarato di soffrire di almeno una malattia cronica grave (14,8 dell'intera popolazione) e 8 milioni e mezzo hanno riferito problemi di multicronicità, indicando la presenza di tre o più malattie croniche indipendentemente dalla gravità (pari al 13,9%). Tra i molto anziani (75 anni e più), quasi una persona su due dichiara di essere affetta da una patologia cronica grave o da tre o più malattie croniche. Le donne presentano per tutte le classi di età, superiori ai 14 anni, tassi di mul-

ticronicità più alti degli uomini, ma sono meno colpite da patologie gravi dopo i 50 anni. Tra il 2005 e il 2012 aumentano complessivamente di circa un punto e mezzo entrambi gli indicatori di cronicità, in gran parte a causa dell'invecchiamento della popolazione.
Persiste un chiaro gradiente sociale nella distribuzione della salute: rispetto al titolo di studio, nel 2012 si conferma l'associazione tra livelli più bassi di scolarità e peggiori condizioni di salute. Complessivamente, tra le persone di 25 anni e più, si rilevano prevalenze intorno al 10% sia per la cronicità grave che per la multicronicità tra quanti hanno conseguito almeno un diploma di scuola superiore, a fronte di circa il 40% tra quanti invece hanno al massimo la licenza di scuola elementare. Anche tenendo sotto controllo l'effetto dell'età, il rischio di presenza di cronicità è quasi il doppio tra quanti hanno un basso titolo di studio.
Anche in relazione al giudizio sulle risorse economiche familiari, sia l'indicatore di salute percepita che gli indicatori di presenza di cronicità si differenziano in maniera significativa. Dichiarano di stare male o molto male l'11% delle persone con risorse familiari scarse o insufficienti contro il 5,3% di coloro che giudicano le proprie risorse ottime o adeguate. Più contenuta, ma comunque significativa, è la differenza per chi dichiara almeno una malattia cronica grave (le percentuali sono rispettivamente pari a 16,7% e 13,7%) e per chi è multicronico (16,0% e 12,3%).
Gli anziani con risorse economiche ottime o adeguate che dichiarano di stare male o molto male nel 2012 sono il 14,8%, in diminuzione rispetto al 2005 (erano il 16,5%), mentre quelli economicamente svantaggiati sono il doppio (30,2%) e in aumento rispetto al 2005 (erano il 28,6%). Anche per gli anziani multicronici i divari continuano ad aumentare: la quota tra chi ha risorse scarse o insufficienti raggiunge il 49,2% nel 2012 (era il 45,7%), mentre tra chi non riferisce problemi economici è pari al 36,4%. e 12,3%). Nella popolazione anziana, rispetto al 2005, si accentua il divario tra i più abbienti e i meno abbienti (Figura 2).

Figura 2- Persone di 65 anni ed oltre che dichiarano cattive condizioni di salute per valutazione delle risorse economiche



Al Sud, la percentuale di popolazione che si dichiara in cattive condizioni di salute passa dall'8,5% del 2005 al 9,8% del 2012 e si dilatano le differenze nord-sud. Aumenta inoltre al Sud la popolazione in condizioni di multicronicità (dal 13,2% al 15,5%); si annulla quindi il vantaggio del Sud registrato in passato rispetto al Nord riguardo alla multicronicità. Gli anziani residenti nel Mezzogiorno rappresentano il gruppo di popolazione più vulnerabile, in particolare se hanno risorse economiche scarse o insufficienti. Al Sud, la popolazione anziana in situazione economica svantaggiata dichiara un cattivo stato di salute nel 35,9% dei casi (31,6% nel 2005), contro il 19,7% dei più abbienti. Nelle Isole la quota di anziani con ridotte disponibilità economiche che si dichiarano in cattive condizioni di salute raggiunge il 39,5%. Anche riguardo alla presenza di malattie croniche gravi è tra gli anziani del Sud in precarie condizioni economiche che si registrano le prevalenze più elevate: il 54,9% soffre di una qualche patologia grave, la quota sale al 58,5% tra i maschi.

BIBLIOGRAFIA

1. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. HSR: Health Services Research 2003; 38:3, 831-865.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly 2005; 83 (3): 457–502.
3. Starfield B, The hidden inequity in health care, International Journal for Equity in Health 2011, 10:15.
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012; 380: 37-43.
5. Mercer SW, Guthrie B, Furler J, Watt GCM, Hart JT. Multimorbidity and the inverse care low in primary care. BMJ 2012; 344:e4152 doi.
6. Hart JT. The inverse care low. Lancet 1971; 297: 405-12.
7. Payne et Al. The effect of physical multimorbidity, mental health conditions and socioeconomic deprivation on unplanned admissions to hospital: a retrospective cohort study. CMAJ 2013; Mar 19;185(5):E221
8. Perria C. http://www.saluteinternazionale.info/2013/05/multimorbidity-la-grande-sfida-per-le-patologie-croniche.
9. ISTAT La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi, 24 dicembre 2013

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Sistema Salute, 61, 4 2017: pp. 64-71

La Law clinic come supporto ai movimenti per la salute e per l'ambiente. L'esperienza della Facoltà di Giurisprudenza di Perugia

The Law Clinics as Support to Movements for Health and Environment. The experience of the Perugia Department of Law

Giovanni Landi

Dottorando di ricerca in Scienze Giuridiche presso l'Università di Perugia. Membro della Law Clinic "Salute, Ambiente e Territorio"

Parole chiave: cliniche legali, diritto alla salute, diritto all'ambiente, smaltimento dei rifiuti

RIASSUNTO

L'articolo descrive l'esperienza della clinica legale "Salute, Ambiente e Territorio", attiva presso il Dipartimento di Giurisprudenza di Perugia e impegnata a rafforzare l'efficienza dei diritti collettivi alla salute e all'ambiente e a ridurre gli effetti delle disuguaglianze. Negli ultimi due anni la clinica ha affiancato alcuni comitati e associazioni nella difficile battaglia per scongiurare il rafforzamento dell'uso degli inceneritori come mezzo di smaltimento dei rifiuti in Italia. Attraverso il richiamo alle attività dall'istituzione universitaria e ad alcuni casi emblematici, il contributo intende evidenziare l'importanza della dimensione collettiva del diritto alla salute e il valore delle cliniche legali come strumento di accesso alla giustizia e di diffusione del sapere giuridico.

Key words: Law clinics, right to health, right to the environment, waste disposal

SUMMARY

The article describes the experience of the Law Clinic "Health, Environment and Territory", which is active at the Perugia Department of Law and is committed to enhancing the efficiency of the collective rights to health and environment and to reducing the effects of inequalities. Over the past two years, the clinic has

Autore per corrispondenza: giovannilandi@hotmail.it

supported some associations in the difficult battle to avoid the use of incinerators as a primary mean of waste disposal in Italy. By recalling the activities of the university institution and some emblematic cases, the contribution intends to highlight the importance of the collective dimension of the right to health, as well as the value of the law clinics as a tool for access to justice and legal knowledge.

Il diritto collettivo alla salute

Il diritto alla salute ha assunto un ruolo sempre più rilevante nel panorama nazionale e internazionale, marciando progressivamente verso il centro del sistema giuridico (1). Se oggi si attribuisce definitivamente alla salute la dignità di diritto fondamentale, si giunge nondimeno a parlare di una "bio-cittadinanza europea" per costruire le sembianze di un cittadino europeo che veda nel diritto in questione il segno minino della sua presenza nel mondo, potendo esercitare lo stesso a prescindere dallo stato di affiliazione o di appartenenza. A livello europeo, del resto, il diritto alla salute ha trovato un riconoscimento esplicito nella Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea, dove l'art. 35 stabilisce che "*ogni persona ha diritto alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali*", aggiungendo che nella "*nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana*".

Questa centralità del diritto alla salute è l'ovvio precipitato dell'enfasi odierna sulla persona umana e sulla sua dignità. È il titolare dei diritti fondamentali, invero scomposto nelle sue varie identità (donna, anziano, bambino, paziente ecc.) a potersi considerare il nuovo soggetto antropologico del diritto, laddove nello stato liberale appariva essere il proprietario e in quello sociale il lavoratore.

In un tale contesto, dominato nondimeno dal potere della tecnologia, non solo le domande poste dalla bioetica diventano sempre più indifferibili e insieme difficili, ma viene con prepotenza alla luce il problema dell'efficienza del diritto alla salute di fronte alle disuguaglianza sociali, umane, ambientali. Il tema della disuguaglianza, in altri termini, fa incontrare il regno della medicina e quello del diritto in maniera ravvicinata, ponendo ad entrambi interrogativi di portata etica e politica e soprattutto facendo emergere la dimensione collettiva del bene salute.

Una tale dimensione è del resto ben rappresentata nella Costituzione italiana del 1947, la quale prefigura lo stato sociale e considera la salute diritto fondamentale dell'individuo ma anche interesse della collettività, rispetto a cui, citando l'art. 32, il legislatore non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana. Il diritto alla salute si pone quindi tra l'individuo e la collettività, tra il diritto privato e il diritto pubblico, e ciò in particolare quando il benessere collettivo si trova minacciato da scelte imprenditoriali o governative alle quali le comunità locali riescono a resistere con fatica.

Fra le istituzioni che si prefiggono l'obiettivo di rafforzare l'efficienza del diritto collettivo

alla salute e ridurre gli effetti delle disuguaglianze figura la clinica legale di Perugia "Salute, Ambiente e Territorio". Fra i numerosi casi affrontati dalla sua nascita, negli ultimi due anni la clinica è stata chiamata ad affiancare alcuni comitati e associazioni nella difficile battaglia per scongiurare il rafforzamento dell'uso degli inceneritori come mezzo di smaltimento dei rifiuti in Italia.
Prima di raccontare le tappe di questa specifica esperienza di consulenza legale, vale la pena gettare uno sguardo sulle attività dalla clinica legale di Perugia e sugli obiettivi da questa perseguiti.

La Law Clinic "Salute, Ambiente e Territorio"

La *Law Clinic* "Salute, Ambiente e Territorio" nasce nel 2013 presso il Dipartimento di Giurisprudenza di Perugia, dove continua la sua attività sotto la direzione dell'ideatrice, Maria Rosaria Marella. Il suo scopo essenziale è quello di unire docenti, ricercatori, dottorandi e studenti nella risoluzione di casi concreti presentati da clienti esterni all'università (enti locali, comitati, associazioni, soggetti privati). Come sintetizzato dalla denominazione, i casi trattati riguardano questioni di diritto dell'ambiente, diritto alla salute e tutela del territorio, sia rurale che urbano.
La matrice statunitense cui la clinica si ispira rivive nel duplice obiettivo che anima il suo impegno: da una parte, si vuole arricchire l'esperienza formativa e didattica dello studente con un'attività pratica, e dunque mediante il confronto con le difficoltà e gli stimoli posti da casi reali. Dall'altra, si aspira a fornire un servizio alla comunità ponendo a sua disposizione, in maniera gratuita, il sapere giuridico coltivato nella aule del Dipartimento. In tal modo, l'arricchimento curriculare fornito allo studente si traduce in una positiva occasione per allargare le maglie dell'accesso alla giustizia. E ciò sia quando determinate questioni giuridiche risultino poco appetibili o poco convenienti per un avvocato (*hard cases* e casi 'pilota'), sia quando determinate categorie di persone si mostrino a tal punto vulnerabili da non poter esercitare con pienezza il proprio diritto di azione o di difesa (2; 3).
A questa doppia finalità si aggiunge la volontà di contribuire alla tutela e alla salvaguardia dei valori oggetto della clinica - fra i quali la salute occupa un ruolo cruciale - anche attraverso la sensibilizzazione degli studenti coinvolti verso la loro sempre più attuale gravità.
L'attività della clinica, come anticipato, vede gli studenti lavorare a fianco di docenti e ricercatori con obiettivi ed armi comuni. Ciò, in primo luogo, regala a tutti un'inedita versione dell'ambiente universitario, quando la gerarchia accademica lascia spazio ad uno spirito paritario di scambio e collaborazione, pur nel rispetto dei ruoli. In secondo luogo, la formazione di gruppi eterogenei va a costituire il vero *quid pluris* del progetto, ovvero il fattore interdisciplinarietà. I docenti e i ricercatori coinvolti, infatti, afferiscono alle cattedre di diritto civile, diritto privato comparato, diritto privato europeo, diritto dell'Unione europea, diritto costituzionale e diritto amministrativo, tutte materie direttamente riguardate

dai problemi di cui si interessa la clinica. Quando le questioni che si presentano toccano direttamente il diritto alla salute, poi, i *clinicians* sono coadiuvati da volontari ISDE – Associazione Internazionale Medici per l'Ambiente. Un'ampiezza di competenze che raramente si ritrova a concorrere in un unico progetto, essendo i dipartimenti giuridici storicamente inclini a favorire, al loro interno, la compartimentalizzazione della conoscenza.
Durante la fase di studio e redazione degli atti i gruppi lavorano in autonomia e gestiscono al proprio interno il contributo di ricerca e scrittura che ciascun membro dovrà apportare. Una volta completato il parere o altro documento richiesto, questo è consegnato al cliente senza nulla pretendere in cambio.
Qualora possibile, il frutto del lavoro della *Law Clinic* è pubblicato sui siti istituzionali e comunicato ai mezzi di informazione, in ossequio ad un'idea di Università che sia aperta alla libera condivisione del sapere, in particolare quando prodotto della collaborazione gratuita e spontanea fra suoi membri.
Uno dei primi casi affrontati dalla *Law Clinic "Salute, Ambiente e Territorio"* ha riguardato la possibilità o meno di prevedere, in favore dei residenti umbri, l'esenzione dal pedaggio della futura autostrada Orte-Ravenna (attuale superstrada E45).
Nel 2015 la clinica legale ha avuto l'opportunità di cimentarsi anche nella produzione di un *draft* normativo, allorché la Commissione permanente Affari istituzionali del Consiglio comunale di Perugia le ha chiesto di contribuire alla stesura del Regolamento comunale sui Beni Comuni, attualmente in via di approvazione.
Altri casi hanno riguardato le richieste di consulenza provenienti dal Comune di Umbertide e relative alla disciplina delle strade vicinali e degli usi civici del fungatico e del tartufatico, o ancora il supporto fornito a un comitato di cittadini del quartiere Pigneto di Roma contro il progetto di apertura – con relativo detrimento dello spazio pubblico – di un nuovo *fast food* in Piazza Nuccitelli Persiani.

I pareri in materia di incenerimento dei rifiuti

Come anticipato poc'anzi, la vicenda dell'incenerimento dei rifiuti – con i relativi danni a salute e ambiente - ha impegnato la clinica legale di Perugia nella formulazione di una serie di pareri legali nonché nell'elaborazione di un quesito referendario volto all'abrogazione delle norme nazionali che prediligono lo strumento inceneritore.
Il primo parere, del maggio 2016, viene sollecitato dal Comitato "*No inceneritore Terni*" riguardo l'inceneritore A.R.I.A. S.r.l., sito nel capoluogo umbro. Il comitato intendeva impedire un eventuale esito positivo dell'Autorizzazione Integrata Ambientale ("A.I.A.") richiesta alla Regione Umbria da A.R.I.A Srl al fine di poter trattare ulteriori categorie di rifiuti. In generale, poi, si chiedeva di analizzare la situazione complessiva dell'area industriale in cui si colloca l'inceneritore di Terni, anche sotto il profilo dei rischi per la salute umana e per l'ambiente.
L'articolato parere ha in primo luogo esaminato la collocazione topografica dell'inceneritore

e le relative problematiche. L'impianto di incenerimento, oltre ad essere ubicato a soli 5 km dal centro abitato e in una zona ad alto rischio sismico, si trova in prossimità del Fiume Nera e di pozzi di captazione idrica per consumo umano, rendendo concreto ed effettivo il rischio di contaminazione idrica dei pozzi e d'inquinamento di suolo, sottosuolo e falda. Il territorio del ternano, inoltre, deve già scontare l'elevato costo ambientale del rinomato polo siderurgico-metallurgico (ora denominato "*Acciai Speciali Terni S.p.a.*") e di un altro inceneritore, il Terni Biomassa S.r.l, situato a poche centinaia di metri dall'inceneritore A.R.I.A. Premesso che studi epidemiologici condotti in paesi sviluppati hanno più volte evidenziato una correlazione tra patologie tumorali ed esposizione ad agenti inquinanti come quelli prodotti da inceneritori e attività industriali, la clinica di Perugia ha opportunamente esaminato, in sinergia con l'ISDE, i più recenti studi sulla popolazione umbra e sulla sua salute,[1] i quali evidenziano come nel territorio della Conca Ternana vi sia un effettivo aumento dei casi di tumore rispetto al resto del territorio umbro. In particolare, risulta un eccesso di mortalità per tumore al polmone, soprattutto in riferimento alle donne, e per tumore alla vescica, in riferimento agli uomini.

Ravvedendo abbastanza chiaramente il rischio di danni seri e irreparabile per il territorio della Conca Ternana e per la sua popolazione – danni scaturanti dal combinato disposto di molteplici fattori inquinanti – la clinica ha posto in rilievo l'applicabilità del principio di precauzione per tutelare e bilanciare i valori in gioco (vita e salute da un lato, liberà di impresa dall'altro)[2]. Tale principio colloca in una posizione privilegiata, ai primi posti della scala di valori dell'ordinamento, la tutela della salute, dell'ambiente e della sua salubrità, con la relativa compressione dell'iniziativa economica e della discrezionalità amministrativa, che dovranno svolgersi escludendo il rischio, anche potenziale, di cagionare danni a tali diritti fondamentali.

La base normativa nazionale del principio di precauzione, sorto nell'ambito del diritto internazionale e del diritto europeo, è stabilita con portata generale da due norme del

1. Un primo studio è stato presentato nel convegno *VII AS* del giugno 2015 a Roma. Le elaborazioni sono basate sui dati di mortalità in possesso, su quelli ricavati dal registro tumori dell'Università di Perugia, su quelli reperibili sul sito dell'ARPA Umbria relativi all'inquinamento ambientale nel 201, sui risultati delle campagne 2012-2013 della zona SIN di Terni di campionamento e sulle analisi effettuate dai Laboratori dell'Istituto Zooprofilattico dell'Umbria e Marche e da quello dell'Abruzzo e Molise.

2. Il principio di precauzione viene per la prima volta esplicitamente riconosciuto nel corso della *Conferenza delle Nazioni Unite sull'Ambiente e lo Sviluppo* (*UNCED*) di Rio de Janeiro nel 1992. Ilpunto 15 della Dichiarazione di Rio recita: "*Per proteggere l'ambiente, gli Stati debbono applicare intensamente misure di precauzione a seconda delle loro capacità. In caso di rischio di danni gravi o irreversibili, la mancanza di un'assoluta certezza scientifica non deve costituire un pretesto per rimandare l'adozione di misure efficaci volte a prevenire il degrado ambientale*". Il principio verrà poi inserito nel preambolo della *Convenzione sulla diversità biologica* del 1992, nonché all'articolo 3 della *Convenzione sui cambiamenti climatici* del 1992. A livello europeo, il principio di precauzione viene annoverato fra i principi fondamentali della politica comunitaria in materia ambientale, affiancato dal principio di prevenzione, da quello di correzione, preferibilmente alla fonte, dei danni causati all'ambiente e dal principio "chi inquina paga" (art. 174 del Trattato della Comunità Europea).

D.Lgs. n. 152/2006 (c.d. "*Codice dell'Ambiente*"), e precisamente l'art. 3-*ter* – aggiunto dall'art. 1 del D.Lgs.16 n. 4/2008 – e l'art. 301, commi 1° e 2°. La prima richiama il principio a fondamento dell'azione di tutela dell'ambiente da parte di "*tutti gli enti pubblici e privati e dalle persone fisiche e giuridiche pubbliche o private*". La seconda, in dichiarata applicazione del principio di precauzione di cui all'art. 191, paragrafo 2, TFUE, detta specifiche disposizioni per l'attuazione del principio di precauzione in relazione al danno ambientale. In particolare, infatti, si dispone che "*in caso di pericoli, anche solo potenziali, per la salute umana e per l'ambiente, deve essere assicurato un alto livello di protezione*" e che l'applicazione del principio "*concerne il rischio che comunque possa essere individuato a seguito di una preliminare valutazione scientifica obiettiva*".

Disposto questo quadro, e richiamata anche la corposa giurisprudenza amministrativa in tema di precauzione, il parere ha poi messo in rilievo come l'impianto ternano non disponga dell'Autorizzazione Unica, provvedimento che costituisce titolo ad utilizzare tale genere di impianti al di sopra di predeterminate soglie di potenza.[3] In definitiva, dunque, la clinica ha sconsigliato la concessione dell'autorizzazione richiesta dalla società alla Regione, caldeggiando comunque – e in ogni caso – più approfondite analisi tecniche e cliniche su tutti gli aspetti di criticità sopra menzionati.

Nel corso del 2017 l'impegno della clinica perugina in materia di salute pubblica e smaltimento dei rifiuti si è spostato sul piano nazionale. La clinica ha assistito l'Associazione "Movimento Legge Rifiuti Zero per l'Economia Circolare" nel ricorso al TAR Lazio volto ad ottenere l'annullamento del D.P.C.M. del 10/8/2016, il quale individua una serie di arie sul territorio italiano su cui costruire nuovi inceneritori e soddisfare così il "fabbisogno residuo di incenerimento nazionale". La norma era stata emessa in attuazione dell'art. 35 del Decreto Legge n. 133/2014 (cd. Sblocca Italia), che appunto delegava al governo un simile provvedimento considerando gli inceneritori "*infrastrutture e insediamenti strategici di preminente interesse nazionale*" che "*attuano un sistema integrato e moderno di gestione di rifiuti urbani e assimilati, garantiscono la sicurezza nazionale nell'autosufficienza, consentono di superare e prevenire ulteriori procedure di infrazione per mancata attuazione delle norme europee di settore e limitano il conferimento di rifiuti in discarica*".

Dopo aver già coadiuvato l'associazione nella formulazione di un quesito referendario volto ad abrogare il succitato art. 35, la clinica ha quindi emesso un nuovo parere in merito alla compatibilità dell'atto impugnato con la normativa dell'Unione Europea e con l'ordinamento italiano.

Alla base dell'art. 35 il governo italiano ha posto, come visto, la necessità di evitare ulteriori sanzioni europee rispetto alla gestione interna dei rifiuti. Il parere della clinica ribalta

3. Ex art. 12 del D.Lgs. n. 387/2003 (di attuazione della direttiva 2001/77/CE, relativa alla promozione dell'energia elettrica prodotta da fonti energetiche rinnovabili nel mercato interno dell'elettricità) ed art. 10.1 del D.m. n. 47987/2010 (Linee guida statali per l'autorizzazione degli impianti alimentati da fonti rinnovabili).

questa prospettiva evidenziano come la realizzazione di queste stesse misure si ponga in contrasto con il principio di precauzione. Il principio, sottolinea il parere prodotto, è uno strumento funzionale alla gestione del rischio nei casi in cui emergano possibili effetti negativi sull'ambiente o sulla salute degli esseri umani e degli esseri viventi in generale, nonostante l'incertezza dei dati. I presupposti sono essenzialmente la presenza di un rischio; la presenza di una valutazione scientifica; la mancanza di una certezza che permetta di escludere ragionevolmente i rischi individuati.

Ma ad essere chiamato in causa dalla clinica nel caso di specie è anche il cd. principio di gerarchia, il quale stabilisce un preciso ordine di priorità fra gli strumenti di trattamento dei rifiuti, assegnando allo smaltimento un ruolo residuale. La normativa europea in materia, rappresentata principalmente dalla richiamata Direttiva 98/2008/CE adotta sul punto della gerarchia dei rifiuti un approccio particolarmente preciso e restrittivo, affermando che la riduzione delle conseguenze negative della produzione e gestione dei rifiuti costituisce "l'obiettivo principale di qualsiasi politica in materia" (n. 6); che il recupero e la riutilizzazione dei rifiuti devono essere favoriti per preservare le risorse naturali (art. 8); e, infine, che la gerarchia dei rifiuti medesimi, in quanto "migliore opzione ambientale nella normativa e politica dei rifiuti", sopporta un numero preciso di eccezioni, da interpretarsi in senso rigidamente restrittivo, coincidenti con "motivi di fattibilità tecnica, praticabilità economica e protezione dell'ambiente" (Considerandum n. 31).

L'ordine gerarchico di matrice comunitaria è recepito nel nostro ordinamento interno all'art. 179 del Codice dell'ambiente (Dlgs 152/2006), il quale recita:

1. *La gestione dei rifiuti avviene nel rispetto della seguente gerarchia:*
   a) prevenzione;
   b) preparazione per il riutilizzo;
   c) riciclaggio;
   d) recupero di altro tipo, per esempio il recupero di energia;
   e) smaltimento.

Il parere ha dunque ravvisato nel massiccio piano di investimento nazionale sugli inceneritori (soprattutto in quanto non accompagnato da paralleli piani di prevenzione e gestione integrata) una illegittima alterazione dell'ordine di priorità imposto dal principio di gerarchia, e dunque una violazione delle norme comunitarie in materia. In aggiunta, si è considerato come ulteriore motivo di illegittimità dell'atto impugnato la mancata sottoposizione a Valutazione ambientale strategica (VAS) del piano di costruzione e ampliamento degli inceneritori, come sarebbe richiesto dalla normativa europea (direttiva 42/2001/CE) e dal Dlgs 152/2006.

Le vicende qui esposte sono ancora in via di sviluppo, anche se si ravvisa l'ostinazione del governo nazionale e degli enti pubblici locali verso gli intenti censurati dalla clinica e dai suoi clienti. Si spera comunque che l'impegno degli studenti e dei docenti dell'istituzione

universitaria riesca ad amplificare la voce delle comunità che si è deciso di supportare.

Conclusioni

Il bilancio di questi primi anni di attività della *Law Clinic* "Salute, Ambiente e Territorio" può dirsi positivo sotto diversi profili.

I partecipanti hanno potuto sviluppare le loro competenze attraverso momenti di confronto e discussione, imparando a gestire l'imprevedibile e ad arginare le eventuali difficoltà del rapporto con i clienti. La clinica ha avuto modo di proiettarsi in maniera propositiva sul territorio in cui opera, rendendo accessibile al suo esterno il sapere giuridico che produce e anzi ponendolo a disposizione della comunità. Anche laddove si antepongono i benefici didattici alla missione di ampliamento dell'accesso alla giustizia, e quindi si accolgono ad esempio domande provenienti da enti locali, la scelta dei casi è tale per cui il vero destinatario del lavoro risulta comunque essere l'interesse generale della collettività. Nell'attività relativa all'incenerimento dei rifiuti, poi, ci si è impegnati a tutelare il diritto alla salute e alla salubrità dell'ambiente in maniera decisa, cercando al contempo di formare una breccia nell'imperante individualismo nei confronti dell'accesso alla giustizia, laddove la tutela collettiva può essere invece un valido strumento per rimediare alla crisi della rappresentanza politica. La clinica, in altre parole, vuole contribuire alla recente riscoperta della dimensione sociale della salute, oltre cioè lo stretto binomio diritto sociale/servizio pubblico. Come dimostrato già dal caso Ilva, quando il diritto alla salute si sposta dalla dimensione individuale a quella collettiva assume un forte potere destituente nella sua capacità di generare dispositivi di controllo/limite dei modi di produzione (4).

Infine, l'offerta formativa del Dipartimento di Giurisprudenza di Perugia si è arricchita di un modello didattico nuovo e dinamico, capace di smentire le critiche mosse all'apparente incapacità delle facoltà di diritto di preparare al mondo del lavoro e alle sfide della modernità. Parallelamente, si è acceso finalmente un faro sul valore sociale della ricerca di base, i cui risultati sono al tempo stesso la premessa e l'esito dell'attività clinica.

BIBLIOGRAFIA

1. Rodotà S. Il diritto di avere diritti, Bari: Laterza 2012; p. 166.
2. Marella MR, Rigo E. Le cliniche legali, i beni comuni e la globalizzazione dei modelli di accesso alla giustizia e di lawyering, in Rivista Critica del Diritto Privato 2015, n. 4.
3. Cruciani L. Sperimentare il comune nelle facoltà di diritto: le law clinics. In: Marella MR: (a cura di), Oltre il pubblico e il privato. Per un diritto dei beni comuni. Verona: Ombre Corte, 2012.
4. Marella MR. La funzione sociale oltre la proprietà. Rivista Critica del Diritto Privato 2013; n. 4,

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Sistema Salute, 61, 4 2017: pp. 72-90

Altri contributi

L'autoformazione alla cura di sé attraverso il metodo del «diario di salute». Risultati di un'esperienza pilota su un gruppo di «giovani adulti emergenti»

Self-training about self-care through the "health diary" method. Results of a pilot experience carried on a group of "emergent young adults"

Pierpaola Pierucci

Assegnista di ricerca in sociologia della salute, Laboratorio "Paracelso", Dipartimento Studi Umanistici, Università di Ferrara

Parole chiave: educazione alla salute, cura di sé, diario di salute, giovani adulti emergenti, apprendimento nel corso della vita.

RIASSUNTO

Obiettivi: il progetto pilota ha riguardato la sperimentazione del metodo del «diario di salute» quale strumento di apprendimento auto-riflessivo e auto-formativo favorente la cura di sé (*Self-care*).

Metodi: per la realizzazione dell'indagine, di tipo qualitativo, è stata usata una scheda-diario per orientare il gruppo di studenti universitari circa i temi rispetto ai quali auto-osservarsi per la scrittura del diario, al termine della quale ogni diarista ha prodotto una relazione autoriflessiva finale sul periodo osservato, riguardante i cambiamenti (o meno) nella propria percezione e nel proprio atteggiamento verso la salute, la cura di sé e sulle eventuali intenzioni di attuare un *progetto di benessere* per il futuro. Durante la sperimentazione del diario, inoltre, sono stati svolti due incontri di monitoraggio sul metodo e, a tre mesi di distanza dalla conclusione, un follow up di verifica. La fascia d'età prescelta per la ricerca-azione è stata quella dei «giovani adulti emergenti» (18-25 anni), in considerazione della scarsità di studi e interventi di educazione alla salute/cura di sé rivolti a questa età di transizione verso l'adultità.

Risultati: dalla sperimentazione emerge una crescita della consapevolezza e delle capacità auto-osservative e riflessive da parte dei diaristi, con ricadute sulla salute/cura di sé sia in termini di percezione (salute non solo fisico-organica, ma anche psico-socio-relazionale) che di progettualità (intenzioni migliorative) e pratiche

Autore per corrispondenza: prcppi@unife.it

di autocura (azioni).
Conclusioni: il metodo del diario di salute dimostra di essere una pratica di apprendimento autoriflessivo di *Self-care* in grado di attivare la disponibilità al cambiamento e di orientare il soggetto verso la ricerca e l'attuazione di nuovi approcci e modalità comportamentali utili al proprio benessere.

Key words: health education, self-care, health diary, emergent young adults, lifelong learning

SUMMARY
Objectives: the pilot project was based on "health diary" method experimentation, as self-reflex ion and self-training learning tool, in order to favor self-care.
Methods: for realizing the quality type survey, has been used a diary card in order to orientate the university students group about themes as self-observation for writing their diaries: at the end of this job each diary writer has issued a self reflective report on its observation period concerning changes (or not) on perception and attitude to health, self-care and eventual intention of acting a *health project* for the future. Furthermore, during the diary experimentation has been managed two methods monitoring meetings, and three months after a follow-up test. The selected age range for the study is the "emergent young adults" (18-25) in consideration of poor study and educational trainings on health and self-care oriented focused on this age of transition to adult status.
Results:: from this experimentation comes out a growth on awareness and self-observation capacity from diary writers, impacting on health and self-care perception (health intended, not only as physical-organic but psycho-social-relational also) attitude for plans (intention to improve) and self-care practice (actions).
Conclusion: health diary method shows to be a self-training learning practice for self-care, able to activate changing availability, orienting subject to research , new approaches execution and behavior modality useful to its welfare

Introduzione

Nel 1977 Ivan Illich in "Nemesi medica" (1: p. 290) definiva la salute come «la capacità di adattarsi a un ambiente che cambia, la capacità di crescere, di invecchiare, di guarire, in caso di necessità di soffrire e di aspettare la morte in pace. La salute tiene in considerazione il futuro, cioè suppone l'angoscia, e contemporaneamente le risorse interiori per vivere con l'angoscia e superarla». Il concetto che emerge da questa citazione è quello di una salute di cui ogni persona, *se formata* e *resa abile a farlo*, può farsi carico nel corso della propria esistenza in virtù di relazioni adattative rispetto ai passaggi d'età e agli eventi che il futuro potrebbe riservare. Partendo da questa definizione, la sfida a cui sono chiamati oggi i metodi di educazione alla salute è lo spostamento da una prospettiva lineare-istruttiva, centrata sulla conoscenza di corretti stili di vita e sull'evitamento di comportamenti dannosi, ad una prospettiva evolutiva-adattiva focalizzata sull'*apprendimento permanente* di saperi e capacità pratiche in grado di sostenere gli individui nella *cura di sé nel corso dell'intera vita* (2).
La svolta si rende necessaria a fronte del fatto che, rispetto all'originario mandato della promozione della salute (3) di rendere le persone capaci di imparare per tutta la loro

esistenza a tutelare e migliorare la loro salute e quella collettiva, le strategie messe in atto a livello internazionale e nazionale sono state prevalentemente di tipo *pre-veniente dei rischi e dei comportamenti non salutari* piuttosto che *pro-mozionali della salute*. Ciò che soprattutto ha difettato rispetto al programma promozionale enunciato a Ottawa nel 1986, come sostiene Ingrosso (4-5), è stata la capacità di tradurre la conoscenza in *pratica* e di realizzare un *investimento sui singoli soggetti* affinché possano sentirsi «artigiani» della cura di sé nelle varie età e condizioni di vita.

Le lacune da colmare si collocano, quindi, su due differenti livelli di intervento:

1) l'elaborazione di *nuovi modelli di educazione/autoformazione alla salute* che possano consentire al soggetto di incidere significativamente sul proprio benessere organico, psicologico e socio-relazionale; 2) la *durata della formazione*, che deve riguardare l'intero ciclo di vita delle persone e deve prevedere l'aggiornamento continuo delle conoscenze e competenze pratiche.

Rispetto al primo punto, dalla fine degli anni Novanta sono venuti emergendo vari orientamenti educativi, come quello delle abilità per la vita (*Life Skill Education)* (6-7), della capacità degli individui di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie (*Health Literacy*) (8-9), della strategia di fronteggiare gli eventi critici della vita (*coping*) come pure di adattarsi ai mutamenti dei contesti e dei passaggi di età (*resilienza*) che hanno arricchito e mutato il panorama degli obiettivi e dei metodi educativi (10).

Sulla stessa lunghezza d'onda di questi metodi si situa anche l'orientamento della cura di sé (*Self-care)* (11) che assume, nella società attuale, un posto di rilievo per due ordini di motivi interdipendenti:

a) in quanto prospetta una *responsabilizzazion*e del soggetto all'«auto-cura» e alla «cura» dell'altro da sé (5);
b) in quanto si pone nella prospettiva di sviluppare un*'etica della cura* contrapposta al narcisismo delle nostre «società degli individui» (12-13) e al senso di solitudine ed incertezza dell'uomo post-moderno (14).

Da qui la necessità di ripensare l'educazione alla salute in termini di autoformazione e pratica della cura nell'intento di sviluppare capacità di auto-ascolto, riflessività e progettualità e di contrastare l'orientamento individualizzante contemporaneo.

Circa la *durata della formazione* l'aver prediletto un'alfabetizzazione volta alla modifica di singoli comportamenti a rischio ha reso l'educazione alla salute frammentata rispetto ai contenuti (centrata su aspetti della salute fisica e solo raramente psicologica e socio-relazionale), al target (bambini e adolescenti) e al periodo degli interventi (tempo scolastico).

Resta inevaso l'obiettivo della promozione della salute di «mettere in grado le persone di imparare durante tutta la vita» (*lifelong learning*) e «di prepararsi ad affrontare le sue diverse tappe e di saper fronteggiare le lesioni e le malattie croniche» (*lifewide learning*). Non solo, dunque, un apprendimento *per tutto l'arco della vita*, ma anche *in tutti i contesti di vita.*

È l'apprendimento continuo che dovrebbe poter diventare uno stile di vita (15) e non il singolo comportamento in sé. Come tale, essere sostenuto dalla combinazione educativa di una pluralità di attori ed essere esteso nel tempo, soprattutto, nei passaggi topici del ciclo di vita. L'educazione deve mirare ad attivare nell'individuo capacità di auto-osservazione e riflessività per progettualità di vita sana e buona fornendo poi al soggetto le risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi individuati ed eventualmente affiancandolo con consigli metodologici opportuni.

Educare alla cura di sé i «giovani adulti emergenti»: dallo stato dell'arte alla sperimentazione del metodo del diario di salute

In riferimento a questo scenario e ai nodi da dipanare si colloca l'esperienza pilota del metodo dei diari di salute su un gruppo di giovani adulti emergenti promossa e condotta dal gruppo di ricerca del Laboratorio "Paracelso" dell'Università di Ferrara.

La scelta del target *giovani adulti emergenti* è stata motivata dalla sostanziale carenza di studi, a livello locale ed internazionale, su una fascia d'età che, per la delicatezza della fase di vita vissuta, dovrebbe essere particolarmente coinvolta nei progetti di educazione alla salute. È questa, infatti, l'età posta nel mezzo tra la fine dell'adolescenza e l'inizio dell'età adulta, una transizione che apre la via a scelte di vita impegnative, al disegno di un futuro del quale assumersi la responsabilità decisionale oltre al peso dell'incertezza dell'esito.

Arnett (16) definisce questa fase quella dell'«adulto emergente» caratterizzata dalla *tensione* del giovane a diventare adulto, ad assumersi le proprie responsabilità, a scegliere tra le tante opportunità di vita e ad impegnarsi attivamente per raggiungere quelle prescelte. Questo periodo evolutivo, compreso all'incirca tra i 18 e i 25 anni, è particolarmente denso di incertezze ed esplorazioni del S**é** per la determinazione di una strutturata identità adulta, caratteristiche che, come in adolescenza, seguitano ad esporre il giovane al pericolo di coinvolgimento in comportamenti dannosi per la propria salute ed incolumità.

Diverse le ricerche che ne danno evidenza. Da uno studio quantitativo condotto in Italia nel 2011 (17) sulla consapevolezza tra gli studenti della Bocconi di Milano su problematiche legate alla salute e alla prevenzione, è emerso un quadro di complessiva coscienza circa le tematiche indagate (alimentazione, disagio psichico, sesso, consumo di stupefacenti e alcool) rispetto alla quale, tuttavia, permaneva l'assunzione di alcuni comportamenti a rischio quando si era in compagnia e in occasioni speciali.

A confermare questo risultato c'è anche un'altra ricerca del 2012, di carattere qualitativo, che ha indagato le motivazioni che sottostanno al consumo di alcolici tra gli universitari italiani (18), tra cui risultano esserci la credenza di poter gestire le emozioni negative, la ricerca di emozioni forti (*sensation seeking)* (19) e la condivisione con il gruppo dei pari di una rappresentazione del divertimento quale momento di fuoriuscita rispetto alla normalità del vivere quotidiano ("sballo").

Spostando l'osservazione dalla prevenzione dei comportamenti a rischio alla promozione degli stili di vita, gli studi condotti portano alla luce una situazione altrettanto problematica. A titolo di esempio si riporta un'indagine del 2015 (20) sulle abitudini alimentari di un gruppo di giovani studenti dell'Ateneo ferrarese differenziati sulla base del vivere lontano o vicino alla propria famiglia. Dal confronto tra i due gruppi emerge una vistosa differenza tra chi gode del supporto familiare, grazie al quale riesce a mantenere abitudini alimentari e stili di vita più salutari e chi, invece, vivendone lontano, dichiara di incontrare maggiori difficoltà nell'adottare una dieta sana ed equilibrata.
La criticità che emerge da questa rassegna **è**, dunque, la scarsa attenzione educativa per questa fase d'esordio alla vita adulta, nella quale, più che in adolescenza, può avvenire il consolidamento di pratiche salutari e di vita buona. I giovani adulti emergenti, a tutt'oggi, risultano essere i "*soggetti invisibili*" dei programmi di educazione alla salute/cura di sé sia per ciò che concerne le strategie di coping per la prevenzione dei comportamenti problematici che per quanto riguarda la promozione attiva del benessere. Sulle strategie proattive di coping è importante ricordare i risultati di uno studio italiano svolto sui «*giovani adulti* » universitari (21), che dimostrano come tali strategie riflessive siano in grado di ridurre l'attuazione di comportamenti rischiosi e fungano sia da fattore di protezione rispetto a scelte lesive per la salute che da punto di appoggio per strategie volte alla promozione della salute.
Se questo è il problema, quali i possibili metodi per educare i giovani alla cura di se stessi? È da questo interrogativo iniziale che ha preso origine l'idea di sperimentare il diario di salute quale strumento per attivare meccanismi di auto-osservazione ed auto-riflessione in grado di far intraprendere nuove strade e nuove progettualità di *benessere* e, come sostenuto di recente da Andreoli (22), di *bendessere*, cioè dell'imparare a vivere il meglio possibile ad ogni età e secondo i propri bisogni. L'età prescelta dei 18-25enni, definita da Arnett degli «adulti emergenti», è stata da noi (ri)denominata in «*giovani adulti emergenti*» per poter meglio evidenziare la differente assunzione delle responsabilità e del ruolo di adulto che, nel primo caso, sembra evocare una fase *già in essere,* seppur iniziale, mentre, nel secondo, sembra meglio richiamare una fase *in procinto di essere.*
È ormai ampiamente riconosciuta la forte valenza curativa della scrittura di sé e vari sono i contesti di applicazione, dal pedagogico al clinico, della narrazione autobiografia. Scrivere di se stessi è un atto *maieutico*, in quanto equivale a costruire una propria visione di se stessi e, al contempo, *catartico* perché stimolando a riflettere genera senso di sé e consapevolezza. Tra le varie forme di narrazione autobiografica il diario è, probabilmente, la più praticata dai giovani delle varie generazioni d'età soprattutto per gestire i profondi mutamenti fisici e psicologici che iniziano con l'adolescenza e che proseguono nel passaggio all'età adulta. Nel diario la narrazione è focalizzata sul presente, sugli accadimenti del quotidiano per i quali si sente il bisogno di esprimersi per elaborarne sensazioni ed emozioni, per

bonificarsi dai disagi e dalle sofferenze dell'esistere. Si tratta di una scrittura organizzata e continuativa attraverso la quale creare uno spazio dedicato a se stessi e prendersi del tempo per auto-osservarsi, definire orizzonti di trasformazione e progettualità.
Il diario, applicato al contesto della salute, diventa pratica auto-educativa alla *cura di sé*, veicolo tramite cui stimolare nel soggetto, quanto più cresce in età ed autonomia, lo sviluppo della capacità auto-osservativa e riflessiva per prendersi cura di sé non solo perché terapeuticamente necessario, ma per il proprio *benessere/bendessere* nel corso della vita.
L'esperienza del diario di salute qui presentata è stata resa possibile grazie all'adesione di un gruppo di 40 studenti fra i 18 e i 25 anni, quindi *giovani adulti emergenti*, frequentanti l'insegnamento di Sociologia Generale del Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università di Ferrara. Il gruppo dei diaristi è stato impegnato nella scrittura del diario per un mese (inizio novembre - inizio dicembre 2016), durante il quale sono stati svolti due incontri di monitoraggio e, a tre mesi dalla fine della sperimentazione (marzo 2017), un incontro di follow up.
Il disegno generale del metodo del diario è stato articolato su cinque differenti fasi:

- *osservativa*: tenuta periodica del diario
- *riflessiv*a: analisi finale circa il proprio atteggiamento verso il benessere e la salute
- *progettuale*: intenzioni di miglioramento per il futuro
- *attuativa*: attuazione del progetto di cambiamento
- *di verifica*: valutazione degli effetti

Sulla base di questo disegno, i ragazzi hanno dapprima scritto il proprio diario e redatto - al termine del mese - una relazione finale, nella quale hanno dovuto esaminare gli andamenti e i contenuti della narrazione mettendone in evidenza "riflessivamente" i cambiamenti operati e le criticità permanenti sia in merito alla propria percezione di salute/benessere sia nelle azioni concrete di cura di sé. La valutazione degli effetti, già parte della riflessione finale, è stata approfondita nell'incontro di follow up.

Obiettivi e metodologia della sperimentazione

La sperimentazione dei diari di salute si inserisce nell'ottica di trovare nuove strategie educativo-formative abilitanti a far crescere competenze di auto-cura dei soggetti, che non sono né innate né acquisibili tramite la sola ricezione di informazioni su stili di vita salutari. Ciò che difetta, soprattutto in età giovanile, non è infatti l'informazione, ma l'accostare al *sapere* una *riflessività personale* che possa tradursi in capacità di sentirsi padroni della propria vita e continuare a sviluppare la cura di sé per l'intero ciclo di vita.
La somministrazione del diario di salute ad un gruppo di giovani adulti emergenti universitari è stata realizzata con l'obiettivo di sollecitare la loro motivazione ad interrogarsi e trovare strade di miglioramento a fronte di un percorso auto-osservativo ed auto-formativo qual è appunto la narrazione di se stessi.

Metodologicamente la sperimentazione si è avvalsa di una scheda-diario orientativa delle tematiche sulle quali focalizzare l'attenzione, auto-osservarsi e riflettere. Gli items proposti nella scheda sono stati articolati attorno a due cardini principali quali le capacità personali di base ed il supporto alla cura di sé, da cui la seguente proposta:

- capacità auto-osservative/riflessive
  (*stato di salute rilevato e percepito a livello di equilibrio corporeo-organico, psichico, socio-relazionale e di scambi e benessere ambientale);*
- capacità di adattamento ed autogestione
  (*comportamenti agiti consapevolmente per la propria salute*);
- capacità critica
  (*comportamenti disattesi* e/o *dannosi);*
- supporto alla cura di sé
  (*fonti informative*, *figure sanitarie, figure non sanitarie, operatori non convenzionali).*

Rispetto alla narrazione autobiografica pura, libera nella selezione del *che cosa* raccontare della propria storia personale, i diari sono stati elaborati sulla scorta del modello qualitativo dell'intervista semi-strutturata (*scheda-diario*) per consentire al gruppo di ricerca di poter raccogliere una serie di informazioni mirate alle finalità della sperimentazione e facilitare gli studenti nel compito della scrittura. A quest'ultimo riguardo hanno giocato un ruolo centrale anche i due incontri di monitoraggio organizzati ad una settimana dall'inizio della stesura del diario e a ridosso della sua consegna assieme alla relazione finale.
Il primo incontro è stato focalizzato sul "metodo" ed è servito per fugare i dubbi circa la compilazione della scheda-diario e per offrire un momento di condivisione e di confronto collettivo rispetto all'esperienza intrapresa e alle difficoltà incontrate in questa fase iniziale. È stato un fattore di rinforzo della motivazione alla scrittura del diario e un fattore abilitante la pratica dell'auto-osservazione e della riflessione circa la cura di sé.
Nella logica della *facilitazione degli apprendimenti*, del *supporto al cambiamento* e del *sostegno al soggetto* il secondo incontro ha riguardato la fase della "riflessività". Si è trattato di un incontro volto a far emergere nei diaristi uno sguardo auto-analitico sul percorso svolto nell'ottica di una progettualità di self-care. L'elaborato finale ha rappresentato il veicolo tramite cui i diaristi potevano riflettere su loro stessi, interrogarsi rispetto alle azioni operate e alle opportunità non realizzate, esplorare diverse possibilità di risposta ai propri problemi e cercare di individuare obiettivi di benessere da raggiungere in una prospettiva di lifelong e di dialogo con il contesto.

Risultati

Come già detto, i diari raccolti sono stati complessivamente quaranta con una produzione di oltre 400 pagine di narrazione e circa 200 pagine di elaborati riflessivi. Per l'analisi dei testi si è ricorsi all'uso di programmi per la ricerca qualitativa quale *Atlas.ti* e i risultati

emersi verranno presentati sulla base della sequenza di scrittura che ha coinvolto il nostro gruppo di giovani adulti emergenti: in primis il diario di salute e poi la relazione finale.
Questo percorso analitico consentirà di presentare i contenuti principali dei diari e di porre in rilievo le possibili differenze - *percettive, motivazionali, progettuali* - rispetto agli elaborati conclusivi e all'incontro di follow-up a tre mesi dal termine della sperimentazione.

«I Diari di salute»

Utilizzando la griglia fornita dai temi della scheda-diario si è provveduto alla codifica di tutti i diari di salute, dalla cui elaborazione sono stati ricavati anche i grafici qui proposti.
Una prima evidenza che emerge dalla rielaborazione dei testi riguarda l'item: "*Stato di salute rilevato e percepito a livello di equilibrio corporeo-organico, psichico, socio-relazionale e di scambi e benessere ambientale"* (vedere tabella 1 a fine articolo), rispetto al quale i nostri diaristi mostrano di avere una percezione della propria salute maggiormente protesa verso la dimensione *fisico-organica*, associata spesso ad alcuni specifici stili di vita come i comportamenti alimentari e di movimento, e verso quella *psicologica*, connessa soprattutto al difficile compito di strutturazione dell'identità di adulto.
Meno avvertita la dimensione della salute in senso *relazionale* e decisamente sullo sfondo resta quella del *benessere ambientale*.
In riferimento al rilievo che la dimensione organica assume nella rilevazione/percezione delle proprie condizioni di salute si può interpretare la *capacità di cura di sé* che i diaristi sentono di avere per il ripristino della salute corporea (es. in caso di malesseri stagionali) o il riequilibrio del benessere organico a fronte di eccessi alimentari e/o di comportamenti dannosi (es. fumo di sigaretta, consumo di alcolici) assunti nel week-end e/o nelle serate tra amici.
Tale capacità si traduce spesso nella messa in atto di strategie di *autocura* (vedere tabella 2 a fine articolo) per disfunzioni organiche ritenute di ordinaria amministrazione (es. assunzione di antidolorifici, antipiretici, antinfiammatori) e, in caso di problematiche più importanti, con il ricorso ad interventi *medico-sanitari*, raramente di tipo non convenzionale.
Alle strategie di autocura/cura terapeutica si accompagna, in modo più consistente, una cura di sé di natura *promozionale,* seppur ridotta agli stili alimentari e all'esercizio fisico e, in alcuni casi, alla partecipazione a corsi orientati a migliorare il proprio equilibrio psico-fisico: «a*ndare a karate mi fa sentire bene, so che per un'ora posso staccare da tutto e scaricare tutto quello che mi è successo durante la giornata/settimana e allo stesso tempo mi rilassa*» (DS24).
In fatto di disattenzioni e omissioni rispetto alla propria salute sia le ragazze che i ragazzi dichiarano una sostanziale difficoltà nel correggere alcuni comportamenti a rischio, tra

cui il più citato dai diaristi è l'uso del tabacco: «*Purtroppo sono abituata a fumare non in modo esagerato ma quelle 2/3 sigarette al giorno quando studio o alle pause se ne vanno, so che non serve, fa male, ormai chi non lo sa, ma il mio "IO" mi dice "ok quei 10 minuti te li puoi concedere e una sigaretta ci sta*"» (DS3) e, in altri casi, l'abuso di alcool nelle uscite serali con gli amici. L'influenza del gruppo amicale nel disattendere la tutela degli stili di vita è dichiarata da entrambi i generi: «*[..] nel week end avendo più tempo libero per la mia vita sociale il contatto con amici e nuove conoscenze sociali mi portano spesso, nonostante i buoni propositi di ridurre, ad abusare di più di alcool e fumo oltre i limiti consentiti. Purtroppo nell'ambito che frequento quotidianamente c'è un'elevata percentuale di persone che abusano di queste due minacce per la salute*» (DS13).

Similmente al periodo dell'adolescenza anche per i giovani adulti emergenti il gruppo dei pari, come emerso da molti altri studi (17-18), è un significativo fattore demotivante/deterrente l'agire personale in modo salutare.

Un'altra conferma rispetto ai risultati ottenuti da precedenti indagini riguarda le fonti di raccolta delle informazioni in materia di salute (23, 24). Dai diari, infatti, compare che il mezzo privilegiato di *health literacy* è il web (vedere tabella 3 a fine articolo), che è divenuto ormai l'ambiente comunicativo, formativo ed informativo privilegiato dalle nuove generazioni, ma non solo. La rete è il luogo di ricerca delle informazioni sanitarie e la scelta delle possibili risposte ricade, soprattutto, su siti specifici e forum di discussione. In particolare, la consultazione di Internet viene fatta per comprendere meglio i trattamenti sanitari o gli effetti di farmaci, ma anche per tentare delle auto-diagnosi: «*Cercando su Google le cause di un dolore al cuore, in relazione all'ansia e stress, non ho trovato spiegazioni precise, perché ci possono essere molti motivi e cause ed è difficile comprendere le differenze tra i sintomi*» (DS35). Dai diari si evince, comunque, un buon grado di consapevolezza che la fonte web non può considerarsi certa ed attendibile non solo in materia di salute/benessere ma, a maggior ragione, in presenza di sintomi. A quest'ultimo riguardo internet può addirittura rivelarsi sorgente di ulteriore preoccupazione anziché di corretta informazione.

Resta quindi fondamentale il rapporto di fiducia con il proprio medico di famiglia e altri sanitari: « […] *dopo diverso tempo sono dovuto andare dal dottore per un ecografia che ritenevo molto importante. Erano mesi che mi documentavo in rete ma senza averne mai avuto il coraggio di parlarne alle persone a cui tenevo di più. Dopo diversi mesi di ricerca mi sono armato di coraggio e sono andato. L'incontro mi ha aiutato a tranquillizzarmi*» (DS15).

Sempre in merito alla salute fisica un altro aspetto che caratterizza i diaristi è quello di una forte attenzione verso la *cura del corpo* sotto il profilo prestazionale (corpo in forma) ed estetico (immagine). Nella cornice dell'attuale società salutista rispetto alla quale si ha il dovere di essere sani ed esteticamente conformi ai modelli proposti dai mass media, il corpo diventa strumento di una rappresentazione di se stessi, che, se conforme ai canoni

estetici della magrezza e della performance fisica, produce un senso di sostanziale benessere, ma, diversamente, diventa fonte di disagio psichico e relazionale.
La cura per il proprio corpo è percepita dal nostro gruppo quale elemento di intersezione ed interdipendenza tra salute fisica, psicologica e relazionale con risultanze che vanno da uno stato di benevolenza e accettazione di sé al suo opposto: « […] *mi rendo conto di mangiare effettivamente molto poco, e per questo spesso cado in "abbuffate salvifiche, se così si possono definire dal momento che non mando giù. […]Mia mamma non fa altro che dirmi che sono magra, che "in carne è meglio", che non mi sta dietro. Deve capire che così mi vado bene e che non voglio ingrassare altrimenti finisce come lo scorso anno che, toccati i 56 kg, ho iniziato a vergognarmi di me stessa, a non piacermi e sono ricaduta nell'anoressia*» (DS19).
Tra le maggiori difficoltà nell'assumere un comportamento alimentare equilibrato c'è l'adattamento al nuovo contesto, quello universitario, che molti dei diaristi dichiarano essere fattore di affaticamento fisico (pendolarismo, frequenza delle lezioni, ecc.) e fonte di stress ed ansia (studio, preoccupazione per gli esiti, ecc.). Lo stare fuori casa, come già evidenziato (17), rappresenta per i nostri studenti un ostacolo per il mangiare sano e l'attività motoria con ricadute sul fisico, ma soprattutto sulla dimensione psicologica: « […] *Prima dell'inizio delle lezione all'Università riuscivo ad andare in palestra o fare camminate all'aria aperta, purtroppo ora non riesco più a fare nulla delle cose che riuscivo a fare prima. La mia alimentazione è cambiata, è ricca di grassi, non riuscendo più a mangiare a casa sono costretta a recarmi in mensa universitaria o in fast-food. Non mi piaccio più mi vedo ingrassata, di conseguenza non sto bene né mentalmente né fisicamente*» (DS31).
Gli aspetti emotivi hanno occupato gran parte dei diari, portando alla luce le difficoltà e le preoccupazioni tipiche di questa fase di transizione verso l'età adulta. I disagi più evidenti sono quelli legati, da un lato, all'accettazione di se stessi, con disfunzioni di tipo alimentare se non veri e propri disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia) e, dall'altro, alla gestione dell'ansia, che costituisce un elemento di forte perturbazione interiore rispetto alla quale i ragazzi si considerano, però, poco capaci di tecniche/pratica di autocura.
In questi casi il *supporto alla cura di sé* arriva dalle figure significative del proprio contesto di vita quotidiana (familiari, amici, partner, insegnanti, ecc.) e, quando necessario, anche da quelle professionali (psicologo), che sono tra i principali consiglieri ed operatori di fiducia in caso di bisogni di salute non gestibili autonomamente (vedere tabella 4 a fine articolo).
Tra i familiari a cui più frequentemente si chiede e/o si riceve aiuto c'è, come presumibile, la figura materna, ma rilevante è anche il ruolo giocato dai nonni e, in qualche caso, dai fratelli/sorelle. Per quanto riguarda la codifica "insegnanti" principalmente sono personal trainer o allenatori sportivi; una delle valvole di sfogo considerate dai diaristi più utili ed efficaci per contenere lo stress e i disagi psichico-emotivi c'è, infatti, l'attività sportiva.

La dimensione relazionale è un altro caposaldo dello stato di salute rilevato e percepito. L'ingresso all'università rappresenta un nuovo contesto di socializzazione, uno spazio dove creare nuovi legami amicali, dove integrarsi e scoprire parti del proprio io inespressi fino ad allora: « […] è *stato bello. Per una volta mi sono sentita una ragazza come le altre, non troppo strana e diversa. Non credevo che sarei mai riuscita a familiarizzare con qualcuno»* (DS2). Le nuove amicizie si aggiungono a quelle dell'infanzia e dell'adolescenza, che rappresentano, soprattutto in questa età di passaggio, un supporto emotivo importante per condividere i tanti lati del quotidiano: paure, esperienze, prospettive, dolori: «*sabato scorso* è venuta a mancare la nonna del mio migliore amico (…) *che per questo è tornato da Los Angeles. Egoisticamente sono contento perché ho potuto rivederlo ma enormemente dispiaciuto per il lutto che l'ha colpito e per la scomparsa di questa bellissima persona alla quale anch'io ero affezionato*» (DS13).

Altrettanto importante è il legame di coppia. Questo è vissuto nella grande maggioranza dei casi in modo sereno ed assume la doppia valenza di "cura dell'altro da me" e "cura per me": «*[…]mi fa piacere prendermi cura di chi amo, anche solo preparando qualche cibo che so che gli piace, mi fa stare bene, mi sento di fare qualcosa di bello per entrambi*» (DS22). Quando le relazioni affettive, familiari e sentimentali, sono però più difficili, il malessere psico-fisico è una costante quotidiana, che incide marcatamente sulla cura di sé: «è da tempo che coi miei le cose non vanno, litigi e musi lunghi sono all'ordine del giorno. *Non è sempre stato così (…). Mi sento giù, mi alzo triste, mi vesto senza alcuna attenzione. Sono arrabbiata anche col mio ragazzo, che non mi capisce*» (DS8). Emerge da questa citazione quanto, in una visione di *Self-care*, sia più che mai fondamentale prestare attenzione alla cura delle relazioni interpersonali e dell'affettività quali gradienti indispensabili per la promozione del benessere psicosociale di ogni persona.

Come detto all'inizio di questa analisi, il benessere che si genera dalla cura degli spazi di vita quotidiana e dall'essere parte di un contesto (domestico, urbano, naturalistico, ecc.) è scarsamente vissuto e percepito dai nostri diaristi. Poche le attenzioni verso questa dimensione del benessere personale con una lieve differenza per ciò che riguarda la cura degli ambienti casalinghi, dovuta più alla necessità di rispettare le regole di una buona convivenza con la famiglia o i propri coinquilini che non al senso di benessere che ne scaturisce.

Differente è la percezione del *valore curativo che deriva dall'ambiente naturale*. In questo caso il grado di consapevolezza e la percezione dei benefici psico-fisici che possono derivare dal rapporto con la natura sono presenti in molti dei diari raccolti.

«Le relazioni finali»

Al termine del mese di scrittura, agli studenti è stato richiesto di elaborare una relazione conclusiva quale strumento di riflessione sull'esperienza fatta e sugli effetti che il metodo

del diario di salute poteva aver avuto sulla cura di sé. Si è trattato di un passaggio fondamentale della sperimentazione, perché tramite l'elaborato finale i diaristi hanno avuto l'opportunità di rileggere a distanza di tempo le singole pagine della propria storia, osservare con occhi diversi il percorso fatto e riflettere su una progettualità di *self-care* di lungo periodo.
A differenza dei diari i cui codici di analisi erano già strutturati nella scheda-diario, nel caso delle relazioni finali le codifiche sono state individuate dalla sola lettura dei testi.
Durante il lavoro di lettura si è potuto desumere dai vari scritti il «percorso evolutivo», inteso in termini di *crescita personale, benefici curativi del Sé* ed *intenzioni di miglioramento,* che i nostri studenti dichiarano di aver fatto attraverso il metodo del diario di salute.
Sulla base di queste tre dimensioni sono stati individuati per ciascuna i seguenti «code»:

1. *crescita personale*
   - *autonomia (*sentirsi protagonisti, capaci di poter "fare")
   - *consapevolezza* (attenzione al Sé in relazione al contesto)
   - *riflessività* (capacità auto-analitica, auto-osservativa)
   - *responsabilità* (essere artefici della propria salute/benessere)
   - *socialità* (apertura verso gli altri)
2. *benefici curativi del Sé:*
   - *cura per se stessi* (diario quale veicolo bonificante/rigeneratore)
   - *espressività* (diario quale "amico" a cui esprimere liberamente emozioni e sentimenti)
3. *intenzioni di miglioramento:*
   - *progettualità* (pianificazione di azioni e percorsi utili per la propria salute)

In questo modo è stato possibile tratteggiare quelli che sono stati gli *effetti percettivi* (di se stessi e della salute/cura di sé) e *motivazionali* (rispetto al "fare") scaturiti dall'esperienza del diario di salute. La tabella 5 (vedere a fine articolo) ne propone la sintesi evidenziando quelli che prevalgono.
Come si può vedere dal grafico ***riflessività*** e ***consapevolezza*** sono gli aspetti maggiormente caratterizzanti la crescita personale che i nostri studenti sentono di aver fatto: «*quello appena trascorso è sicuramente uno dei mesi più intensi ma al contempo gratificanti che io abbia mai affrontato. In appena un mese sento di aver raggiunto un livello di crescita personale considerevolmente maggiore rispetto a quello consolidatosi a distanza di anni*» (RF3).
Riflessività e consapevolezza sono i primi pilastri del processo auto-educativo/formativo, sono i mezzi attraverso i quali poter meglio comprendere se stessi, i propri comportamenti, le scelte operate: «[…] *un punto positivo di questa esercitazione è l'impegno di prendermi del tempo, anche se poco, per osservarmi, riflettere su me stessa e cercare di capirmi meglio, capire come gestisco le varie situazioni, gli stimoli esterni e le mie reazioni*» (RF34).

L'impegno all'apprendimento autoriflessivo agisce cognitivamente sulla possibilità di trasformare gli aspetti personali che intervengono nella cura di sé: «*prima del diario non mi ascoltavo tanto, non ascoltavo il mio volere e ciò di cui avevo bisogno per arrivare a un equilibrio di benessere generale. Ora invece posso dire di aver acquisito una consapevolezza maggiore rispetto alle mie emozioni che mi ha portato a gestire un pò meglio il mio disturbo d'ansia*» (RF27) e sulla possibilità di entrare in una relazione più consapevole con se stessi: «grazie al diario ho concentrato l'attenzione su me stessa, riconoscendo i miei bisogni*, accettando i miei limiti ed imparando a valorizzare tanto i miei pregi quanto i miei difetti*» (RF17).
Il processo di riflessività ed acquisizione di consapevolezza diventano, poi, un'importante leva per l'assunzione di *responsabilità* e lo sviluppo dell'*autonomia personale*.
Dagli elaborati emerge, infatti, un cambiamento di approccio rispetto ad una salute inizialmente percepita come un dato per scontato, acquisito per nascita: «*scrivere il diario è una cosa del tutto rivoluzionaria per me, dato che ho sempre pensato che essendo giovane la salute è quasi un dato di fatto, è praticamente dovuta*» (RF38) o, tutt'al più, come obiettivo perseguibile grazie al supporto di altre persone : «*[…]grazie a questa esperienza ho capito che prendersi cura di sé, farlo da soli, senza il bisogno di cercare e trovare qualcuno che lo faccia al posto nostro, ci fa capire che siamo una persona importante, che abbiamo delle necessità uniche che solo noi possiamo riconoscere e rispettare*» (RF26), ad una salute di cui si può e si deve essere artefici: «*Ho capito che devo costruire io il mio percorso, la mia salute, cosa che potrebbe essere banale, ma che all'inizio avevo sottovalutato […]*» (RF30).
Avvertirsi come primi responsabili della propria cura e sentirsi in grado di poterlo fare autonomamente rafforza l'autostima ed il senso di autoefficacia, con ricadute positive sulla *socialità*. Sia nelle relazioni che durante gli incontri di monitoraggio questo tema si è rivelato di forte effetto per il gruppo dei diaristi in considerazione della fase evolutiva che li riguarda e che amplifica, da un lato, le insicurezze verso se stessi ma anche in relazione agli altri.
Diverse le testimonianze a tale riguardo sia da parte degli studenti lontani da casa, che da quanti dichiarano disturbi di tipo alimentare, notoriamente impattanti rispetto alla dimensione del benessere socio-relazionale oltre che fisico-psicologico: «*Tendenzialmente ho una certa difficoltà a relazionarmi con gli altri che penso di poter far risalire alla percezione che ho di me e all'idea che penso gli altri abbiano di me. […]* (*Con questa esperienza*) *non vivo più con passività le relazioni, ma mi pongo come individuo presente anche se il mio senso di "insufficienza" alcune volte riemerge*» (RF2).
Oltre a questi effetti connessi alla crescita personale, dalle relazioni finali sono emerse due modalità qualificanti il diario di salute quale soggetto curante (*cura per se stessi*), «alter ego» a cui affidare le proprie emozioni (*espressività*) ed assumere così il distacco necessario per osservarle meglio, rimetterle in ordine e cercare di delineare nuovi modi di rapportarsi a sé, agli altri e al mondo: «*Come ultima cosa voglio concludere dicendo che la ragazza che*

ha iniziato a scrivere questo diario, ha finito per ritrovare se stessa scrivendo» (RF4).
Da ultimo, non certo per importanza, le intenzioni di miglioramento, la *progettualità*.
In tutti gli elaborati finali è presente l'intenzionalità a fare, la volontà a mantenere stili di vita già salutari o a realizzare obiettivi di cura di sé non ancora posti in essere.
Nella gran parte dei casi si tratta di progetti miranti al benessere organico, rispetto al quale i diaristi individuano pratiche di cura come smettere di fumare, alimentarsi meglio e/o fare movimento. Più difficile l'azione pratica nei riguardi del benessere mentale, che, pur rappresentando un altrettanto rilevante intento, sembra disporre di meno strumenti operativi di auto-cura rispetto a quella del fisico.
Il metodo del diario di salute è uno di questi strumenti: «*ho alcuni "fatti" irrisolti della mia vita che non sono ancora riuscita a superare e nemmeno a scrivere oggi, vorrei cercare di portare avanti questo strumento per superare certi ostacoli che mi affliggono il cuore e la mente con la speranza di non guardarmi più indietro*» (RF9).
L'atteggiamento orientato alla progettualità che si ricava dalle relazioni è, senza dubbio, rivolto ad una cura di sé in senso psico-fisico e socio-relazionale, come ben sintetizza questa citazione: «*per il futuro mi sono proposto di continuare comunque ad osservare ciò che mi accade e di continuare a dare importanza alla mia salute mentale, personale, sociale e corporea*» (RF1*).* Del tutto assente, invece, l'attenzione verso la cura dei contesti di vita quotidiana e dell'ambiente naturale a conferma di quanto già emerso nella precedente analisi dei diari. In questo caso la motivazione ad interrogarsi per descrivere nuovi scenari della cura di sé *anche come cura del contesto* non sembra aver avuto particolari evoluzioni.

Conclusioni

Ad epilogo di questa ricerca si è ritenuto di offrire un'analisi anche in riferimento alla *disponibilità al cambiamento* che emerge dalle affermazioni dei diaristi nelle relazioni finali. Per lo scopo è stato adottato il modello transteoretico di Prochaska - DiClemente (25), che suggerisce che un individuo passi attraverso un crescente grado di disponibilità verso il cambiamento prima di intraprendere il cambiamento stesso.
Gli stadi del cambiamento proposti dal modello sono cinque:

1. *pre-contemplazione* (non si pensa di cambiare);
2. *contemplazione* (si pensa di cambiare);
3. *determinazione* (ci si prepara a cambiare);
4. *azione* (si cambia);
5. *mantenimento* (si mantiene il cambiamento).

In seno agli interventi di educazione alla salute questo modello è stato spesso applicato per la valutazione del cambiamento di uno specifico comportamento a rischio come la disassuefazione dal tabagismo, dall'uso di eroina, ecc. Nel nostro caso la finalità è di cogliere non il cambiamento, ma il *grado di disponibilità al cambiamento* che emerge dal gruppo.

Dalla tabella 6 (vedere a fine articolo)si vede che il posizionamento dei nostri diaristi è maggiore (67,5%) negli stadi della *contemplazione*, *determinazione* ed *azione*, che rappresentano rispettivamente l'intenzione (20%), la motivazione (22,5%) ed il "fare" vero e proprio (25%), mentre il restante 32, 5% del gruppo è in *precontemplazione.*
Lo scarto tra le due posizioni è nella differente percezione della necessità di apportare modifiche rispetto alla cura di sé. Nello stadio *precontemplativo*, infatti, si collocano i diaristi che, dichiarando di avere un buon livello di attenzione alla propria salute (sana alimentazione, sport, controlli sanitari, buona vita di relazione, ecc.), non esprimono nelle relazioni il bisogno di apportare modifiche sostanziali al proprio approccio di cura, mentre *sono motivati* nel perpetuarlo. Differente il caso di chi si posiziona negli stadi successivi, che, dichiarando un più disattento/difficile livello di attenzione alla propria salute (omissioni, influenza dei pari, disagi psichici, relazionali, ecc.), si rende disponibile al cambiamento (*contemplazione*), trova la giusta motivazione per operarlo (*determinazione*) e si attiva per realizzarlo (*azione*).
Il quadro emerso dall'applicazione del modello transteoretico sembra confermare, come emerso dalla nostra analisi dei testi, il valore del diario di salute quale pratica autoeducativa di *Self-care* in grado di attivare la disponibilità al cambiamento e, nello stesso tempo, quale mezzo per orientare la persona verso la ricerca e l'attuazione di nuove modalità di approccio utili al proprio benessere.
Trattandosi di una sperimentazione la ricerca svolta non è ovviamente priva di limiti da migliorare, tra cui alcuni limiti di natura metodologica. Il nostro gruppo di diaristi, infatti, pur non essendo un campione in senso statistico, non è bilanciato per genere di appartenenza e coinvolge solo i «giovani adulti emergenti» studenti universitari. È auspicabile che le future applicazioni del metodo dei diari di salute possano essere *rappresentative* di questa fascia d'età ed equilibrate sia nel genere che nella tipologia studenti-lavoratori. Ciò consentirebbe una verifica più ampia ed esaustiva dei risultati presentati, che sembrano già deporre a favore delle risorse educative alla cura di sé di una pratica innovativa qual è appunto il diario di salute.

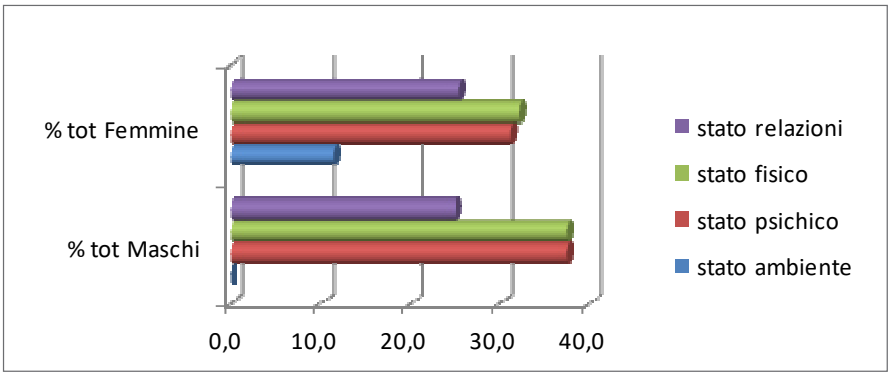


Tabella 1- Stato di salute rilevato e percepito

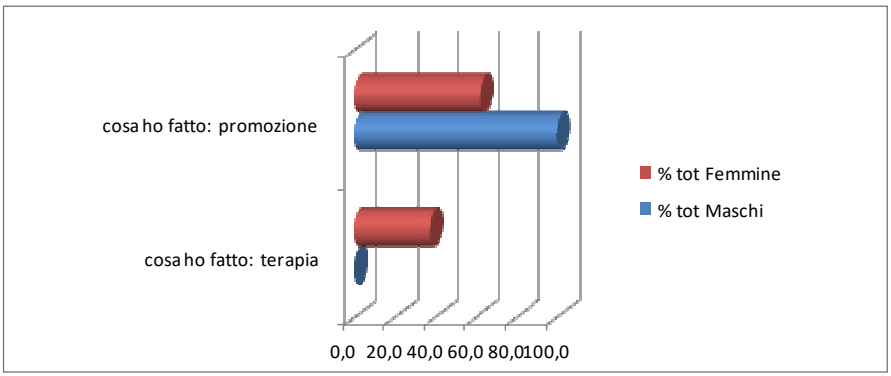


Tabella 2- Cosa ho fatto direttamente e consapevolmente per la mia salute

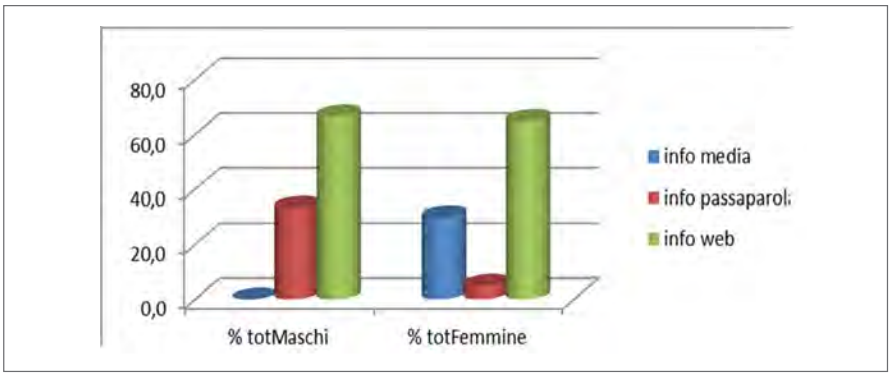


Tabella 3- Quali informazioni ho assunto

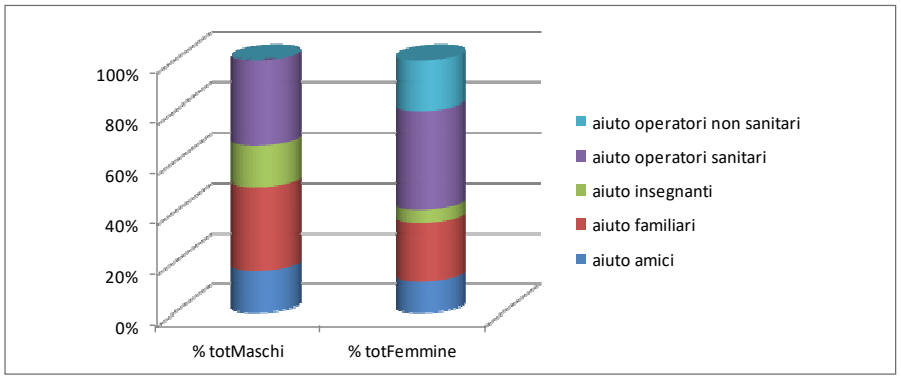


Tabella 4- Chi mi ha aiutato, con chi ho collaborato

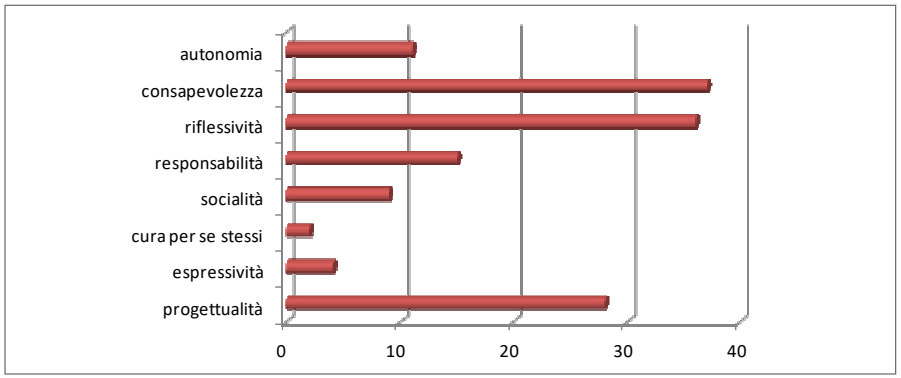


Tabella 5- Gli effetti del metodo del diario di salute

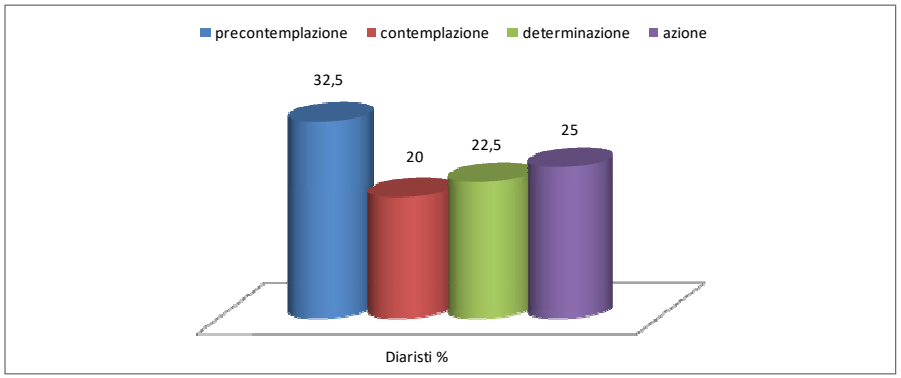


Tabella 6- Disponibilità al cambiamento

BIBLIOGRAFIA

1. Illich I. Nemesi medica. L'espropriazione della salute. Ed. it. Milano: Mondadori; 2004.
2. WHO Ottawa Charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion. The move towards a new public health. Geneva; 1986.
3. Ingrosso M. Attualità e riorientamento della Promozione della salute nello scenario sociale contemporaneo. Sistema Salute 57, 3, 2013: pp. 249-264.
4. Ingrosso M. L'educazione alla salute come lifelong learning. Riflessioni dentro e oltre la crisi contemporanea: Sistema Salute 60, 1, 2016: pp. 28: 40.
5. Ingrosso M. La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di sociologia della cura. Roma: Aracne; 2016.
6. Bertini M, Braibanti P, Gagliardi MP. I programmi di Life Skills Education (LSE) nel quadro della moderna Psicologia della salute. Psicologia della Salute 1999: 2.
7. WHO Skills for health: An important entry-point for health promoting/child-friendly schools. Geneva; 2004.
8. Kickbusch I, Maag D. Lo sviluppo della Health Literacy nelle moderne società della salute. In Ingrosso M, a cura, "Fra reti e relazioni: percorsi nella comunicazione della salute", Salute e Società 2007: 1.
9. Nutbeam D. Health Literacy as public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000, 15 (3).
10. Ryff CD. et el. Varieties of Resilience in MIDUS. Social and Personality Psicology Compass, 6, II, 792-806.
11. Ingrosso M. Educazione alla cura e promozione della salute. Educazione sanitaria e Promozione della salute 2011: 4.
12. Elias N. La società degli individui, tr.it. Bologna: Il Mulino; 1990.
13. Bauman Z. La società individualizzata. Come cambia la nostra esperienza, tr. it. Bologna: Il Mulino; 2002.
14. Bauman Z. La società dell'incertezza, tr. it. Bologna: Il Mulino; 1999.
15. Aleandri G. Educazione permanente nella prospettiva del lifelong e lifewide learning. Roma: Armando; 2011.
16. Arnett JJ. Emerging Adulthood: the winding road fom the late teens through the twenties. New York: Oxford; 2004.
17. Osservatorio nazionale sulla salute della donna (On.da), Progetto Sapere Salute. Indagine sulla consapevolezza tra gli studenti Bocconi dei temi legati alla salute e alla prevenzione. Presentazione Report di ricerca - 19 Settembre 2011.
18. Vivo E, Mazzoni D, Monterverdi P, Cicognani E. Stili di assunzione e motivazioni all'uso di alcol in un gruppo di studenti universitari italiani. Psicologia della Salute 2012; 1:133-155.
19. Zuckerman M. Sensation Seeking: beyond the optimal level of arousal. Hillsdale: Lawrence Herlbaum Associates; 1979.
20. Bergamini M. et al. Assessment of lifestyle and eating habits among undergraduate students in northern Italy, Ann Ist Super Sanità 2015 | Vol. 51, No. 2: 154-161.
21. Zambianchi M, Ricci Bitti P.E. Strategie proattive di coping, comportamenti di rischio e protettivi per la salute nell'adulto emergente. Sistema Salute 2013: 57, 1.
22. Andreoli V. La nuova disciplina del bendessere. Vivere il meglio possibile. Padova: Marsilio; 2016.
23. Ingrosso M, Peccenini M. L'evoluzione dei periodici del benessere fra mercato e servizio. In Ingrosso M., a cura, "Fra reti e relazioni: percorsi nella comunicazione della salute", Salute e Società 2007: 1.

24. Marchetti E. Medicina e benessere nel Web: un'indagine su duecento siti web italiani. In Ingrosso M., a cura, "La salute comunicata. Ricerche e valutazioni nei media e nei servizi sanitari", Milano: Angeli; 2008: pp. 38-72.
25. Prochaska OJ, Norcross CJ, DiClemente CC. Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward, New York: Avon Books; 1994.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Integrazione della vigilanza e della promozione della salute, della sicurezza e dell'ergonomia nei luoghi di lavoro nell'esperienza senese

La Buona Pratica di Casole d'Elsa e il POLO per la Promozione della Salute, della Sicurezza e dell'Ergonomia nelle Micro, Piccole e Medie Imprese della Provincia di Siena

Integration of the Vigilance and the Promotion of Health, Safety and Ergonomics in the Workplaces in Siena

The Casole d'Elsa Good Practice and the POLO for the Promotion of Health, Safety and Ergonomics in the Micro, Small and Medium sized Enterprises of the Siena Province

Corrado Barone*, Massimo Bartalini*, Alessandro Fattorini*, Fabio Strambi*, Giuseppe Michele Masanotti**

** U.F. PISLL Azienda USL Sud Est- Toscana, POLO per la Promozione della Salute, della Sicurezza e dell'Ergonomia nelle Micro, Piccole e Medie Imprese della Provincia di Siena*
*** Università di Perugia, ENWHP (European Network for Workplace Health Promotion)*

Parole chiave: promozione della salute nei luoghi di lavoro, buone prassi, ergonomia, vigilanza nei luoghi di lavoro, sicurezza cantieri edili

RIASSUNTO

Obiettivi: dimostrare, attraverso l'esperienza condotta in provincia di Siena, che l'integrazione fra interventi di repressione, vigilanza e controllo sul rispetto delle leggi in materia di prevenzione nei luoghi di lavoro, e attività di assistenza alle imprese, datori di lavoro e lavoratori, per la promozione della sicurezza, della salute e dell'ergonomia è possibile ed efficace.

Metodi: il coordinamento delle azioni di vigilanza sul rispetto delle leggi di prevenzione nei luoghi di lavoro

Autore per corrispondenza: fabiostrambi@gmail.com

è stato garantito, come previsto dalla normativa vigente, dalla Sezione Permanente (organismo provinciale istituito dalla regione Toscana in conformità dall'art. 2, comma 3, del DPCM 21.12.2007) che ha anche collaborato alle attività di assistenza, formazione e informazione alle imprese avendo come interlocutore il POLO per la Promozione della Salute, Sicurezza ed Ergonomia nelle Micro Piccole e Medie Imprese, PMMI, della Provincia di Siena. Nel POLO, costituito nel 2006 su finanziamento della regione Toscana, sono rappresentate, in un Comitato di Indirizzo e Verifica, le amministrazioni locali, l'Azienda USL, la Scuola Edile di Siena, la Regione Toscana, il Network Europeo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro e gli attori sociali, organizzazioni sindacali dei lavoratori e associazioni dei datori di lavoro.
Risultati: **i**n oltre 10 anni la presenza del POLO ha promosso e facilitato la realizzazione di numerose iniziative a sostegno della promozione della salute nei luoghi di lavoro come ad esempio: applicazione del "Metodo Feedback" ad alcune delle macchine più pericolose utilizzate nell'industria, in edilizia e in agricoltura (seghe circolari e fresatrici per la lavorazione del legno, carrelli elevatori a forche, telehandler, smerigliatrici angolari, mietitrebbiatrici, trattori agricoli e, ultimamente, vendemmiatrici); iniziative di informazione e formazione, soprattutto per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, sui principali aspetti di prevenzione, promozione della salute, sicurezza ed ergonomia; attività per la Promozione della Salute nei luoghi di lavoro, in collaborazione con ENWHP (http://www.move-europe.it), i cui delegati tra l'altro sono stati ospitati a Siena nel 2015, e che ha portato anche alla recente adesione di due grandi aziende senesi al progetto regionale WHP (http://www.regione.toscana.it/lavoraresicuri/whp) con sviluppo dei temi relativi al contrasto al fumo e alla corretta alimentazione (http://www.pranzosanofuoricasa.it/it/news/20-evento-alla-mensa-trigano-spa); applicazione della Buona Prassi "La Buona Pratica di Casole d'Elsa" in 32 cantieri edili, la cui efficacia è stata dimostrata con un monitoraggio costante e puntuale nel corso di oltre 16 anni.
Conclusioni: l'esperienza del POLO ha permesso di realizzare un modello organizzativo e d'intervento partecipativo per il miglioramento delle condizioni dei luoghi di lavoro, costituendo tra l'altro un collegamento tra la realtà senese e altre realtà regionali, italiane ed europee. Ciò è stato possibile solo con l'integrazione degli interventi di vigilanza, condotti attraverso la Sezione Permanente, con le iniziative di assistenza e promozione della salute della sicurezza e dell'ergonomia nei luoghi di lavoro. La costituzione del POLO può essere considerata un esempio per la prevenzione dei rischi lavorativi e per la promozione del benessere delle lavoratrici e dei lavoratori in un contesto di sviluppo produttivo di qualità.

Key words: Health promotion in workplaces, good practice, ergonomics, vigilance at workplaces, construction site safety

SUMMARY
Objectives: to demonstrate, through the experience in the province of Siena, that the integration of vigilance and control with prevention/promotion of health, safety ad ergonomics in the workplace is possible and effective.
Methods: coordination of vigilance and control with the activities of assistance, training and information to the companies were guaranteed by the Sezione Permanente and the POLO for the Promotion of Health, Safety and Ergonomics in the PMIs of the Province of Siena. The POLO, was established in 2006 and financed by the Tuscany region. In this committee are present: the Local Government, the Local health Agency, the Siena Regional School for construction, the Tuscany Region, the European Network for the Promotion of Health and all social stakeholders: local trade unions, employers' associations.
Results: over 10 years, POLO has facilitated the implementation of numerous initiatives in support of health promotion in workplaces such as: application of the "Feedback Method" to machines used in industry, construction and in agriculture (woodworking machines, forklifts, telehandlers, combine harvester, etc.);

Information and training initiatives, especially for workers' representatives for security, on the main aspects of prevention, promotion of health, safety and ergonomics; Activities in the field of health promotion in the workplace, in collaboration with ENWHP, whose delegates were hosted in Siena in 2015, which led also to the adhesion at the WHP regional project (http://www.regione.toscana.it/lavoraresicuri/whp) of two major enterprises (http://www.regione.toscana.it/lavoraresicuri/whp) . With the development of projects related to smoking and nutrition (http://www.pranzosanofuoricasa.it/it/news/20-evento-alla-mensa-trigano-spa); application in 32 building sites of the Good Practice "Good Practice of Casole d'Elsa", whose effectiveness has been demonstrated with constant monitoring over 16 years.
Conclusions: the POLO experience made it possible to create an effective organizational model based on the participation of all stakeholders to improve the health and safety in the workplaces and gave the possibility to link Siena with other regional, Italian and European realities. This experience can be considered as an example for the prevention of occupational hazards, the promotion of well-being of workers in a context of quality production.

Introduzione

Affrontare le problematiche connesse alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro presenta da sempre notevoli difficoltà per vari aspetti, come la variabilità delle situazioni lavorative, l'introduzione di nuove tecnologie, i mutamenti sociali e produttivi. La tutela dell'integrità psicofisica delle lavoratrici e dei lavoratori in Italia è stata principalmente affidata, fin dall'emanazione delle prime leggi in materia, alla vigilanza da parte di Enti pubblici dedicati. Con il recepimento delle direttive sociali europee sono cambiati i principi ispiratori dell'intera normativa ed è stata attribuita una maggiore responsabilità ai vari soggetti della prevenzione aziendale, soprattutto ai datori di lavoro ma anche ai lavoratori e ai loro rappresentanti. Tale cambiamento ha determinato un notevole impatto sulle realtà lavorative, soprattutto sulle piccole e medie imprese, spesso impreparate a sostenere il nuovo carico di impegni sia in termini di risorse economiche che di capacità organizzative e di conoscenze tecniche.
In questo lavoro viene presentata la sperimentazione condotta in provincia di Siena per integrare gli interventi “repressivi” di vigilanza/controllo con l'attività di assistenza/promozione della salute, della sicurezza e dell’ergonomia nei luoghi di lavoro. Per il tessuto produttivo italiano e in particolar modo per quello della provincia di Siena, caratterizzato dalla presenza di unità produttive di piccola e piccolissima dimensione, è stata ed è ancora evidente la necessità di integrare gli aspetti della vigilanza e del controllo sul rispetto delle norme con l'assistenza alle imprese, intesa come sistema tecnico sociale, principio peraltro già sancito dalla riforma sanitaria del 1978. Si evidenziano, in particolare, gli aspetti di novità introdotti nella costituzione e nell'attività della Sezione Permanente, già Comitato ex art 27 del d.lgs. 626/94, per descrivere i motivi che hanno portato alla nascita e allo sviluppo delle attività del POLO per la Promozione della Salute, della Sicurezza e dell'Ergonomia nelle Micro Piccole e Medie Imprese della provincia di Siena

sulla base dei risultati conseguiti con l'applicazione della "*Buona Pratica di Casole d'Elsa"* riconosciuta come Buona Prassi dalla Commissione Consultiva Permanente ex art.6 d.lgs 81/2008 (http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/salute-e-sicurezza/focus-on/Buone-prassi/Documents/Buone-prassi-22022013-CasoleElsa.pdf).

Vigilanza nei luoghi di lavoro

Nel nostro paese, la vigilanza sull'applicazione della legislazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro è svolta dall'Azienda Sanitaria Locale (art 13, comma 1, del D.Lvo 81/2008) ma, anche altre strutture pubbliche hanno compiti di controllo in materia di salute e sicurezza sul lavoro e già il D.Lvo 626/94 (1) prevedeva all'art 27, l'istituzione di Comitati Regionali di Coordinamento *"…al fine di realizzare uniformità di interventi…."*. La Regione Toscana, con Delibera 474 del 1998, ha istituito oltre al Comitato Regionale di Coordinamento, anche articolazioni decentrate non previste dalla norma e coincidenti con l'estensione territoriale delle varie AUSL. In provincia di Siena tale articolazione, coordinata dall'allora Azienda USL 7 e di seguito indicata come Comitato ex art 27, prevedeva, oltre alla partecipazione dell'INAIL, della Direzione Provinciale del Lavoro (DTL), del Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco (VV.FF.), dell'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL), anche la partecipazione di un rappresentante della Conferenza dei Sindaci e di uno della Prefettura di Siena. Anche se non previsto dalla delibera regionale del 1998, in provincia di Siena, si è deciso di aprire alla Prefettura la partecipazione al Comitato ex art. 27, in ragione della sensibilità e dell'impegno da essa dimostrato sulla sicurezza nei luoghi di lavoro anche attraverso l'istituzione del Nucleo Tecnico Operativo il cui coordinamento era stato affidato dal Prefetto all'allora Ispettorato del Lavoro. In tal modo si è realizzato, in provincia di Siena, un coordinamento di tutte le strutture pubbliche interessate, a vario titolo, alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Il Comitato territoriale ex art 27, istituito a livello di ogni Azienda USL aveva, come indicato dalla stessa delibera della regione Toscana, il compito di:

- attuare operativamente gli indirizzi stabiliti dal Comitato regionale;
- formulare proposte in merito a istanze varie, provenienti da soggetti diversi, in ordine all'applicazione delle norme sulla sicurezza dei luoghi di lavoro, aventi rilevanza su tutto il territorio regionale e nazionale;
- favorire lo sviluppo delle informazioni e delle relazioni fra soggetti diversi dell'Amministrazione Pubblica e utenti, anche attraverso specifiche iniziative.

Coerentemente con la forte connotazione partecipativa che lo sviluppo del sistema di prevenzione nei luoghi di lavoro ha avuto in provincia di Siena, fin dagli anni '70, il Comitato ex art. 27 si è organizzato con periodici e regolari incontri con le parti sociali, per un confronto e una consultazione sulla programmazione, attuazione e verifica

dell'efficacia degli interventi di vigilanza.
In seguito, il DPCM 21.12. 07 (2) ha ridefinito all'art. 1 sia i compiti che la composizione dei Comitati Regionali di Coordinamento ex art 27, estendendo la partecipazione anche ai rappresentanti dei datori di lavoro e dei lavoratori (la scelta senese di aprire il Comitato territoriale ex art. 27 al confronto con le forze sociali era stata in qualche modo lungimirante e precorritrice); tale impostazione è stata poi confermata dall'art. 7 del D.Lvo 81/2008 (3).
Come previsto dall'art. 2, commi 2 e 3, del DPCM 21.12. 07, la Regione Toscana con la delibera 588/2008 (4) ha istituito l'Ufficio Operativo Regionale che *"…provvede a definire i piani operativi di vigilanza e prevenzione per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro*", piani che vengono attuati dagli organismi provinciali, definiti "Sezioni Permanenti"**.**
La "Sezione Permanente", composta dai rappresentanti dell'Azienda USL, della Direzione Territoriale del Lavoro (oggi Ispettorato Territoriale del Lavoro), dell'INAIL, dell'INPS e del Comando Provinciale dei VV.FF, in provincia di Siena, partendo dall'esperienza di collaborazione maturata negli anni precedenti con il Comitato di Coordinamento ex art 27, ha confermato la scelta di consentire la partecipazione di un rappresentante della Conferenza dei Sindaci e di uno della Prefettura, mantenendo un costante rapporto di confronto e collaborazione con le forze sociali anche attraverso nuove modalità più avanti specificate.
La costituzione della Sezione Permanente in provincia di Siena ha permesso quindi di affermare in tutta la sua rilevanza e centralità il controllo sull'applicazione delle leggi e la repressione dei reati sia attraverso il coordinamento degli interventi, che le varie strutture pubbliche, in modo autonomo, hanno nel tempo attuato, sia individuando nuovi interventi e attività di vigilanza integrati e congiunti. Non solo di programmi di vigilanza si è trattato, ma quando necessario sono stati progettati e attuati anche interventi di assistenza, informazione e formazione.
Per meglio rispondere a tali esigenze la Sezione Permanente di Siena ha deciso di costituire i seguenti gruppi di lavoro, ognuno dei quali si occupa di specifici argomenti:

- Infortuni sul lavoro, coordinato dall'INAIL di Siena;
- Malattie professionali correlate al lavoro e assenteismo, coordinato dalla Azienda USL di Siena;
- Area tematica occupati/ mercato del lavoro/ tipologie produttive, coordinato dalla Azienda USL di Siena;
- Antincendio, coordinato dal Comando provinciale dei Vigili del Fuoco di Siena;
- Interventi di vigilanza in edilizia, coordinato dall'Ispettorato Territoriale del Lavoro di Siena.

Infatti, neppure coordinando tutte le forze disponibili presso le diverse strutture pubbliche afferenti alla Sezione Permanente sarebbe stato possibile raggiungere tutte le micro, piccole e medie realtà produttive della provincia di Siena: 25.870 imprese attive iscritte

nel registro imprese della CCIAA al IV trimestre 2014 (http://www.starnet.unioncamere.it/Demografia-delle-imprese_6A454B274). Una volta raggiunte queste realtà, rimaneva e rimane comunque difficile indurre, attraverso un sopralluogo o una verifica ispettiva che poteva rimuovere eventuali ed evidenti violazioni della norma, l'adozione di stabili comportamenti positivi e la definizione di programmi concreti di prevenzione, favorendo un diverso e proattivo atteggiamento delle imprese verso la promozione della salute, della sicurezza e dell'ergonomia sul lavoro. Sempre attuale è infatti il problema di come aiutare le imprese nell'applicazione delle norme, troppo spesso pensate per le medie e grandi aziende, rispettando, nel contempo, le esigenze produttive. Questi limiti sono stati evidenziati in modo drammatico nei primi mesi dell'anno 2000, quando nel settore edile della provincia di Siena, allora in piena espansione, si sono registrati numerosi infortuni mortali (5) in pochi mesi, uno dei quali relativo a un minore caduto da un solaio di una casa di campagna in ristrutturazione, nel territorio del Comune di Casole d'Elsa.

"La Buona Pratica di Casole d'Elsa" e il POLO per la Promozione della Salute, Sicurezza ed Ergonomia nelle PMMI della Provincia di Siena

Per ridurre in modo efficace i rischi dei lavoratori edili, nell'estate del 2000, è stata sviluppata la collaborazione di tutti i soggetti coinvolti nella prevenzione nei luoghi di lavoro e nella tutela della salute dei lavoratori, mediante la progettazione e l'attuazione della Buona Prassi *"La Buona Pratica di Casole d'Elsa"*(6), all'interno di un grande cantiere di ristrutturazione di numerosi antichi casali agricoli, la cui realizzazione era stata vincolata, da parte del Sindaco di Casole d'Elsa, anche su sollecitazione dei sindacati del settore edile, alla predisposizione di un piano straordinario di prevenzione da condursi con il ruolo centrale dell'U.F. PISLL di Zona e la collaborazione delle parti sociali.

Dall'esperienza maturata con "*La Buona Pratica di Casole d'Elsa"* e per cercare di rispondere alle sempre più pressanti richieste di assistenza da parte delle imprese e dei lavoratori, nel 2006 è stato istituito il "POLO per la Promozione della Salute, Sicurezza ed Ergonomia nelle PMMI della Provincia di Siena" (di seguito chiamato POLO), con la firma di un apposito Protocollo d'intesa tra l'Amministrazione Provinciale di Siena, l'Azienda USL 7, la Scuola Edile di Siena, la Regione Toscana, il Network Europeo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro, e le parti sociali. Il POLO è stato costituito sulla base di uno specifico finanziamento regionale ottenuto nell'ambito del "Patto per lo Sviluppo Qualificato e Maggiori e Migliori Lavori in Toscana" del 2004, all'interno dell'Area Progettuale 12 "Salute e Sicurezza nei Luoghi di lavoro".

Il POLO è strutturato con un Comitato d'Indirizzo, Coordinamento e Verifica, di cui fanno parte tutti i firmatari del protocollo d'intesa, presieduto dall'Amministrazione Provinciale di Siena (ad oggi dal comune di Siena), e con un Comitato Tecnico Scientifico, con collocazione e direzione presso la U.F. PISLL Alta Val d'Elsa dell'Azienda USL di Siena, di cui fa parte

anche il delegato italiano del Network Europeo per la Promozione della Salute sul Lavoro, ENWHP, che oggi è rappresentato da un docente dell'Università di Perugia.
Lo scopo principale del POLO è individuare le problematiche inerenti la salute e la sicurezza sul posto di lavoro, di valutarne l'importanza e stabilire delle priorità d'intervento per la promozione della salute e del benessere delle lavoratrici e dei lavoratori. Essenziale è la collaborazione con Enti e Istituti di ricerca italiani ed europei, tanto che il POLO costituisce un punto di riferimento privilegiato per i rapporti con l'ETUI (Istituto del Sindacato europeo - European Trade Union Institut - http://www.etui.org), ErgoMach (https://ergomach.wordpress.com/), KAN (Commissione per la prevenzione sul lavoro e la normazione tedesca), CEN (Comitato Europeo per la Standardizzazione) e con il Network Europeo per la Promozione della Salute nei luoghi di lavoro – ENWHP (http://www.enwhp.org/) di cui è partner.
Gli obiettivi da perseguire con la costituzione del POLO, riportati nel testo del Protocollo d'intesa firmato nel 2006, sono:

- favorire la promozione della salute ed il miglioramento delle condizioni ergonomiche e di sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori;
- migliorare la collaborazione fra i vari soggetti aderenti e l'integrazione delle loro diverse competenze, nel rispetto dei reciproci ruoli istituzionali, per un più efficace intervento di promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- approfondire la conoscenza dei rischi e dei danni lavorativi, attraverso attività di ricerca svolta anche in collaborazione con strutture pubbliche e private di ricerca e di consulenza a livello provinciale, regionale, nazionale ed internazionale;
- attivare studi e indagini su aspetti critici e problematiche emergenti;
- individuare e favorire l'adozione di standard minimi, di procedure di sicurezza e di "Buone Pratiche" sul posto di lavoro;
- migliorare la conoscenza e l'applicazione delle norme di igiene e sicurezza, soprattutto nei cantieri edili;
- migliorare gli interventi formativi per i vari attori del sistema di prevenzione aziendale, per i consulenti professionisti esterni e per gli studenti;
- diffondere le conoscenze sui rischi e danni lavorativi e sui sistemi di prevenzione adottati dalle imprese (particolarmente in quelle edili) in relazione agli argomenti oggetto di ricerca;
- acquisire conoscenze ed esperienze condotte a livello regionale, nazionale, europeo, ed internazionale, anche da parte di centri di ricerca e di università, per la loro diffusione;
- diffondere i risultati conseguiti a livello locale, regionale, nazionale ed internazionale;
- favorire la formazione del personale anche mediante la frequenza presso centri e strutture di ricerca, di assistenza e/o realtà produttive significative a livello provinciale,

regionale nazionale ed internazionale (prevedendo anche lo scambio di personale a fini di formazione);
- sostenere e sviluppare l'attività di medicina del lavoro di primo e secondo livello svolta da parte dell'Azienda USL e in particolare delle UU.FF. PISLL e rivolta ai lavoratori, alle imprese ed ai medici di base e competenti;
- favorire la crescita qualitativa delle prestazioni sanitarie di medicina del lavoro, di primo livello, sui luoghi di lavoro.

Recentemente la Regione Toscana, nei decreti n. 13317 del 7.12.16 e n. 1565 del 15.02.17 che riguardano la realizzazione del progetto regionale "WHP 9 - Aziende che promuovono salute" inserito nel Piano di Prevenzione regionale 2014/2018, ha confermato la collaborazione del POLO in quanto partner del Network Europeo WHP.

Integrazione della vigilanza sul rispetto delle norme con la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, nell'esperienza senese

L'impegno per portare a "sistema" i diversi interventi finalizzati alla tutela e alla promozione della salute, della sicurezza e dell'ergonomia in tutti i luoghi di lavoro, ha trovato in provincia di Siena un terreno favorevole per un approccio partecipativo, frutto di:
- un antico impegno su questi argomenti da parte delle forze sociali, in primo luogo dei lavoratori e delle loro organizzazioni sindacali;
- una sensibilità delle amministrazioni pubbliche che fra le prime in Toscana e in Italia hanno permesso la nascita dei servizi pubblici di prevenzione nei luoghi di lavoro e lo sviluppo di piani mirati di prevenzione, ben prima della Riforma Sanitaria;
- un'apertura mentale e una visione strategica delle diverse strutture pubbliche che deputate al controllo del rispetto delle norme, non si sono a quello limitate, ma hanno saputo impegnarsi per il conseguimento dell'obiettivo primario della prevenzione.

L'istituzione della Sezione Permanente, con il compito del coordinamento delle strutture di controllo, e la presenza del POLO, come riferimento per le attività di assistenza e promozione della salute, hanno permesso di stabilire una relazione complessiva e sistemica fra vigilanza/repressione e assistenza/promozione, assumendo come obiettivi condivisi la prevenzione dei rischi lavorativi, il benessere delle lavoratrici e dei lavoratori in un contesto di sviluppo produttivo di qualità.

Risultati

Non è possibile in questa pubblicazione presentare tutti gli interventi condotti e i risultati conseguiti per la tutela, prevenzione e promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro in provincia di Siena. Vengono di seguito esaminati alcuni esempi utili per comprendere i risultati dell'impegno profuso nell'integrazione fra gli aspetti di vigilanza/

repressione e assistenza/promozione. Particolare attenzione sarà dedicata all'attività di "vigilanza congiunta" della Sezione Permanente di Siena, al POLO e alla Buona Prassi: "*La Buona Pratica di Casole d'Elsa*".

Le attività della Sezione Permanente di Siena

Aspetto centrale e indicatore significativo dell'attività della Sezione Permanente è la "vigilanza integrata", condotta da operatori appartenenti ai diversi Enti che fanno parte della Sezione Permanente. L'attività di vigilanza, condotta in raccordo con l'Ufficio Operativo regionale, è stata svolta sia in modalità definita "*congiunta*" – che prevede la contemporanea presenza degli operatori appartenenti alla diverse strutture pubbliche durante ogni sopralluogo – sia in modalità "*coordinata*" che prevede un coordinamento fra le varie strutture pubbliche sia in termini di scelta dei luoghi da ispezionare, evitando duplicazione negli interventi, negli indirizzi e nelle modalità della vigilanza. Nella tabella 1 vengono riportati i dati relativi al monitoraggio delle attività di vigilanza della Sezione Permanente di Siena relative al 2015.

	EDILIZIA	AGRICOLTURA	ALTRI COMPARTI
Numero totale di UU.LL. Ispezionate (dato riportato nella scheda nazionale-ex scheda B)	**630**	**190**	**485**
Numero totale di cantieri ispezionati (dato riportato nella scheda nazionale-ex B)	**356**		
Numero totale di ispezioni in vigilanza coordinata	**391**	**224**	**501**
Numero totale di ispezioni in vigilanza congiunta *	**27**	**18**	**3**

*** Ispezioni condotte in modo congiunto tra vari enti (USL, DTL, INAIL, INPS, VVFF, Carabinieri, Corpo Forestale, altri enti)**

Tabella 1- Rilevazione delle attività di vigilanza coordinata/congiunta Azienda USL 7 di Siena – Anno 2015

Le attività del POLO per la Promozione della Salute, Sicurezza ed Ergonomia nelle PMMI della Provincia di Siena

Il POLO, in virtù della partecipazione delle rappresentanze sociali, la collaborazione con le Amministrazioni Locali, con gli Enti deputati alla vigilanza nei luoghi di lavoro e con Istituti ed Enti tecnico scientifici a livello sia regionale che nazionale ed europeo, ha potuto sostenere e condurre numerose iniziative, studi e progetti, i principali dei quali sono di seguito sintetizzati.

Applicazione del "Metodo Feedback"

Il "Metodo Feedback" (9; https://ergomach.wordpress.com/information-and-solutions/good-solutions-from-end-users-feedback/) è stato progettato e sperimentato per utilizzare l'esperienza lavorativa degli utilizzatori delle macchine al fine di:

- ricostruire le modalità di esecuzione del lavoro;
- individuare elementi concreti di prevenzione per il miglioramento degli standard costruttivi;
- fornire suggerimenti ai progettisti e costruttori;
- fornire alle aziende utilizzatrici elementi per l'adeguata gestione in sicurezza delle macchine stesse e per la formazione dei lavoratori al loro uso corretto.

Il "Metodo Feedback" è stato approvato e pubblicato come technical report: CEN/TR-16710-1 - Ergonomics methods - Part 1: Feedback method - A method to understand how end users perform their work with machines (10).

Il "Metodo Feedback" è stato applicato con il sostegno del POLO e con il coinvolgimento di partner europei quali ETUI, KAN, gruppi di lavoro (WGs) del CEN e rappresentanti dei lavoratori e delle imprese. È stato così possibile condurre ricerche e sperimentazioni in diversi paesi membri (Tab. 2) in collaborazione con diversi istituti (Tab. 3 e Fig.1) su varie macchine, quali seghe circolari e fresatrici per la lavorazione del legno, carrelli elevatori a forche, telehandler, smerigliatrici angolari, mietitrebbiatrici, trattori agricoli (11) e, ultimamente, vendemmiatrici trainate. L'applicazione del "Metodo Feedback" ha permesso di produrre specifici report per gli Enti di normazione e definire consigli per progettisti, produttori e utilizzatori.

Tipo di macchina	Paesi partecipanti	Aziende coinvolte	Utilizzatori consultati	Gruppi di lavoro attivati	N° macchine visionate	Anni		
Seghe circolari e fresatrici per legno	I	14	28	4	58	2000-2001		
Carrelli elevatori	D, F, FIN, I, UK	45	60	11	1658	2003-2004		
Smerigliatrici angolari	I	19	19	3	85	2005		
Telehandler	D, FIN, I, S, UK	35	35	5	39	2006-2008		
Mietitrebbiatrici	D, DK, I, UK	46	110	6	117	2009-2011		
Trattori agricoli	I	74	160	7	87	2012–2016		
Vendemmatrici Trainate	I	16	34	0	17	2016–2017		

Tabella 2- "Metodo Feedback" - Tipologie di macchina (Anni 2000-2016)

I risultati ottenuti nel corso degli anni sono stati presentati nel seminario internazionale di Colle Val d'Elsa dell'ottobre 2016 dal titolo "Il Metodo Feedback: uno strumento per migliorare la salute e la sicurezza sul lavoro, l'ergonomia delle macchine e le norme tecniche"*(http://www.gonews.it/2016/10/10/metodo-feedback-arriva-convegno-esperti-tutta-europa/)*

Amministrazioni/pubbliche autorità
HSE, Health and Safety Executive, United Kingdom
GroLa BG, Großhandels- Berufsgenossenschaft, Deutschland
KAN, Kommission Arbeisshutsz und Nurmung, Deutschland
Ministère de l'emploi, de la République Française
Ministry of Social Affairs and Health of Finland
A. USL 1 Massa e Carrara; A. USL 4 Prato; A. USL10Firenze; A. USL 7 Siena, A. USL 8 Arezzo, A.USL 9 Grosseto
Regione Toscana
Università degli Studi di Firenze
INAIL (ex ISPESL) Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro

Organizzazioni Sindacali e strutture tecniche
ETUI, European Trade Union Institute, Belgium
EFFAT, European Federation Food Agriculture and Tourism, Belgium
ACIMALL, Associazione Costruttori Italiani Macchine Lavorazione Legno.
EPSU, European Federation of Public Service Unions, Belgium;
FagligtFaellesForbund, United Federation of Danish Workers, Denmark
LO, Landsorganisationen Sverige, Sweden
SEKO, Union for Service and Communications Employees**,** Sweden
SindNova, Roma
Unite the Union, Britain and Ireland union, United Kingdom and Ireland

Tabella 3- Partners "Metodo Feedback" - Anni 2000-2016

Figura 1- Mappa dei partners del "Metodo Feedback"

Informazione e formazione

Numerose sono state le iniziative di formazione e informazione dei lavoratori, RLS ed imprese sostenute dal POLO sui principali aspetti della prevenzione e di promozione della salute, sicurezza ed ergonomia sulle tematiche emergenti anche tramite convegni e seminari. Si segnala l'iniziativa di formazione/intervento per sensibilizzare le imprese, i tecnici loro consulenti, gli RSPP e gli RLS sulla problematica della movimentazione manuale dei carichi in edilizia (http://www.geosiena.it/documenti/movimentazionemanualecarichi.pdf). L'iniziativa si è sviluppata alternando lezioni frontali, lavori di gruppo e interventi diretti sui luoghi di lavoro di tecnici e medici dei servizi pubblici di vigilanza, Responsabili dei servizi di prevenzione e protezione (RSPP), datori di lavoro e dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) che hanno collaborato per la definizione delle fasi lavorative con maggior rischio, per la valutazione del rischio e per la individuazione di interventi di prevenzione attuabili. È stata quindi esaminata l'efficacia nel tempo degli interventi di prevenzione adottati, tramite rivalutazione del rischio, utilizzando gli stessi metodi negli stessi luoghi (https*://www.youtube.com/watch?v=sV5mEWIhE9g*). L'esperienza è stata pubblicizzata tramite la stampa di opuscoli in diverse lingue (12). Da sempre il sostegno alla figura del RLS è stato tra gli obiettivi prioritari del POLO e prova ne è la serie di seminari informativi organizzati a Siena nel corso degli anni, nell'ambito della rete regionale degli RLS (*http://www.regione.toscana.it/-/rappresentanti-dei-lavoratori-per-la-sicurezza*).

Promozione della salute nei luoghi di lavoro

Nel corso di oltre dieci anni di attività l'impegno centrale del POLO si è sviluppato in iniziative di Promozione della Salute nei Luoghi di lavoro. Si ricorda che già nel 2009 in collaborazione con ENWHP è stato organizzato il seminario per i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, RLS, sulle esperienze condotte sia nell'ambito degli interventi del POLO che in realtà nazionali ed europee. Temi specifici sono stati poi approfonditi nel 2012 con il seminario RLS su Alcol e lavoro. Ai seminari hanno partecipato non solo lavoratori e RLS ma anche gli altri i soggetti della prevenzione, compresi i Medici Competenti e i Datori di Lavoro.

Il POLO ha da sempre fornito il massimo supporto ai progetti regionali condotti dall'U.F. PISLL della Azienda USL, tra cui preme ricordare "Ricerca attiva delle malattie correlate al lavoro" e "Sperimentazione di un ambulatorio rivolto ai coltivatori diretti". Proprio per conoscere le esperienze attuate in materia di Promozione della Salute in altri territori è stato organizzato nel 2016 un corso dedicato all'illustrazione degli strumenti per pianificare, implementare, monitorare e valutare progetti di promozione della salute in un luogo di lavoro. Durante tale iniziativa, attuata ancora in collaborazione con il Network Europeo WHP, è stato portato a conoscenza degli operatori della prevenzione e

dei medici competenti anche il modello di promozione della salute attuato presso l'ASL di Bergamo (https://retewhpbergamo.org/).
L'esperienza maturata con il POLO è stata presentata anche ai componenti del Network Europeo WHP e, a fine 2015, una delegazione della Romania è stata ospitata per far conoscere le iniziative per la Promozione della salute nei luoghi di lavoro attuate in provincia di Siena. Recentemente due grandi aziende senesi hanno aderito, tramite il POLO, al progetto regionale WHP 9 e si stanno impegnando per il contrasto al fumo e per una corretta alimentazione (http://www.pranzosanofuoricasa.it/it/news/20-evento-alla-mensa-trigano-spa) .
L'iniziativa che però massimamente ha avuto il sostegno del POLO è stata ed è l'attuazione e la diffusione della Buona Prassi: "*La Buona Pratica di Casole d'Elsa"* nel settore edile.

La Buona Prassi "La Buona Pratica di Casole d'Elsa"

Le ragioni che hanno portato alla progettazione e realizzazione della "*Buona Pratica di Casole d'Elsa*" sono già state presentate e pertanto si procede di seguito a una descrizione sintetica degli obiettivi, dei contenuti, dei risultati conseguiti e delle prospettive di diffusione. Il significativo spazio dedicato a questa Buona Prassi è dovuto al fatto che tale specifica esperienza è alla base della costituzione del POLO ed ha rappresentato una spinta decisiva verso l'integrazione delle attività di vigilanza con quelle di assistenza alle imprese e promozione della salute, della sicurezza e dell'ergonomia anche nelle realtà produttive più piccole.

Obiettivi

Tra i principali obiettivi che vengono perseguiti con l'applicazione della Buona Prassi sono da ricordare la riduzione dei rischi per la salute e la sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori, l'eliminazione del lavoro irregolare, il miglioramento dell'organizzazione del lavoro facilitando l'applicazione delle norme di legge, l'applicazione dei principi di ergonomia e di promozione della salute, il monitoraggio dei risultati per la verifica dell'efficacia delle soluzioni e l'attuazione di ulteriori eventuali interventi di prevenzione e di promozione.

Metodi

Il coinvolgimento di tutti i soggetti che sono interessati alla realizzazione dell'opera edile viene ratificato, nel modello della "*Buona Pratica di Casole d'Elsa"* con la sottoscrizione di un apposito protocollo d'intesa, i cui contenuti sono riportati nel sito del Ministero del Lavoro (http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/salute-e-sicurezza/focus-on/Buone-prassi/Documents/Buone-prassi-22022013-CasoleElsa.pdf).

In sintesi il protocollo d'intesa prevede:

- l'adozione per tutti i lavoratori di un cartellino di riconoscimento, registrato dal Comune, che garantisca la regolarità del rapporto di lavoro, la formazione sugli aspetti di igiene e sicurezza sul lavoro, la conoscenza del lavoro specifico, l'idoneità sanitaria;
- l'idoneità tecnico-professionale di tutte le imprese che svolgono i lavori e l'adeguatezza dei piani di sicurezza e coordinamento e dei piani operativi di sicurezza;
- il coinvolgimento dei lavoratori, attraverso gli RLS e le organizzazioni sindacali, per gli aspetti relativi alla promozione della salute ed alla sicurezza nel cantiere;
- la raccolta dei dati sanitari dei lavoratori;
- specifici interventi di formazione e informazione dei lavoratori;
- l'applicazione dei principi di promozione della salute nei luoghi di lavoro;
- il monitoraggio dei dati del cantiere attraverso l'utilizzo di un apposito data base on-line.

Risultati

Per i positivi risultati conseguiti "La Buona Pratica di Casole d'Elsa" ha ricevuto il "Good Practice Award 2001" dall'Agenzia Europea di Bilbao per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro (https://osha.europa.eu/en/publications/reports/103)(13).

Con il sostegno del POLO "*La Buona Pratica di Casole d'Elsa*" è stata adottata in numerosi cantieri ed è stata riconosciuta come "Buona Prassi" dalla Commissione Consultiva Permanente per la Salute e Sicurezza sul Lavoro prevista dall''art. 6 del D.Lvo 81/08 (14). Il Network Europeo per la Promozione della Salute sul Lavoro (ENWHP), ne ha riconosciuto la validità, concedendole il proprio sostegno (15) (http://www.move-europe.it).

Nel 2011 la diffusione della buona pratica è diventata un progetto della Regione Toscana condotto nell'Area Vasta Sud da parte delle ex Aziende USL 7 di Siena, USL 8 di Arezzo e USL 9 di Grosseto.

Com'è noto, per ogni intervento preventivo è opportuno predisporre un'adeguata valutazione dell'efficacia dei risultati conseguiti. Per quanto riguarda la "*Buona Pratica di Casole d'Elsa"* è prevista la raccolta e l'analisi dei dati relativi ai singoli cantieri al fine di valutare l'efficacia dell'intervento attuato. In particolare, utilizzando un apposito data base compilabile on-line, sono state raccolte e analizzate le informazioni sulla tipologia e gravità degli infortuni accaduti, sulle ore lavorate (sono stati calcolati gli indici infortunistici dei cantieri), sullo stato di salute dei lavoratori e sulle iniziative di promozione della salute.

Nel corso di oltre 16 anni sono stati 32 i cantieri in cui è stata applicata la "*Buona Pratica di Casole d'Elsa";* cantieri con caratteristiche diverse sia dal punto di vista produttivo che organizzativo (tab. 4): cantieri pubblici o privati, cantieri rilevanti o di modeste dimensioni, nuove costruzioni o ristrutturazioni.

Ristrutturazione del Castello di Casole (SI)	*2000*
Costruzione RSA di Poggibonsi (SI)	*2002*
Costruzione RSA diTorrita di Siena (SI)	*2002*
Ristrutturazione del tetto del duomo di San Gimignano (SI)	*2004*
Costruzione scuola media a Siena	*2006*
Ristrutturazione Ospedale di Montalcino (SI)	*2006*
Ristrutturazione Teatro del Popolo di Colle Val d'Elsa (SI)	*2007*
Ristrutturazione della Chiesa Madonna delle Nevi di Sinalunga (SI)	*2007*
Restauro del museo S. Maria della Scala a Siena	*2007*
Costruzione del palazzo della Provincia di Siena	*2008*
Ristrutturazione dell'Ospedale "Burresi" di Poggibonsi (SI)	*2009*
Lavori nei cantieri appaltati da Siena Casa	*2010*
Costruzione dell'edificio nell'Area ex Socini a Siena	*2010*
Costruzione impianto a biomasse a Montevarchi (AR)	*2012*
Costruzione del nuovo tracciato della Siena-Grosseto	*2013*
Costruzione dell'Ospedale di Grosseto	*2013*
Ristrutturazione degli edifici ex Ilva a Follonica (GR)	*2013*
Costruzione di un centro commerciale a Grosseto	*2013*
Costruzione di un magazzino di spedizioni a Terranova B.ni (AR)	*2013*
Costruzione di un impianto di potabilizzazione a Cortona (AR)	*2013*
Ristrutturazione di una scuola elementare a Sansepolcro (AR)	*2013*
Ristrutturazione residenza universitaria a Arezzo	*2014*
Costruzione capannone LG Levane a Bucine	*2014*
Ristrutturazione della fortezza di Poggibonsi (SI)	*2014*
Ampliamento del liceo scientifico di Colle Val d'Elsa (SI)	*2014*
Costruzione della centrale di teleriscaldamento di Radicondoli (SI)	*2014*
Costruzione della case popolari di Montepulciano (SI)	*2014*
Recupero e ristrutturazione pensione ex Verdeluna	*2014*
Interventi di riduzione del rischio idraulico del Fiume Pecora	*2015*
Realizzazione argine remoto del Fiume Albegna	*2015*
Costruzione fabbricato sede di casa di moda	*2016*
Costruzione fabbricato CSAI	*2016*

Cantieri della Provincia di Siena

Cantieri della Provincia di Arezzo

Cantieri della Provincia di Grosseto

Cantiere della Provincia di Siena e di Grosseto

Tabella 4- Elenco dei cantieri in cui è stata applicata "La Buona Pratica di Casole d'Elsa"

Cantieri oggetto di sperimentazione	**35**
Imprese e lavoratori autonomi interessati	**340**
Lavoratori coinvolti	**932**
Cantieri in provincia di Siena	**17**
Ore lavorate in totale nei cantieri	527963
Infortuni registrati	8
Indice di frequenza (per 1000 addetti)*	26,6
Cantieri in provincia di Grosseto	**7**
Ore lavorate in totale nei cantieri	545527
Infortuni registrati#	3
Indice di frequenza (per 1000 addetti)*	9,6
#compreso 1 infortunio mortale è avvenuto nel 2015	
Cantieri in provincia di Arezzo	**10**
Ore lavorate in totale nei cantieri	276659
Infortuni registrati	0
Indice di frequenza (per 1000 addetti)*	0
Cantiere SS 223 – Strada Siena Grosseto	
Ore lavorate in totale nei cantieri	1286123
Infortuni registrati	46
Indice di frequenza (per 1000 addetti)*	62,90
Indice di frequenza totale (per 1000 addetti)*	**38,05**
Indice di frequenza totale (per 1000 addetti)* cantiere SS223	**62,9**
Indice di frequenza totale (per 1000 addetti)* escluso cantiere SS223	**14,3**

Tabella 5- Dati raccolti nei cantieri di applicazione della Buona Prassi "La Buona Pratica di Casole d'Elsa" (dal 1.1.2000 al 31.12.2016)

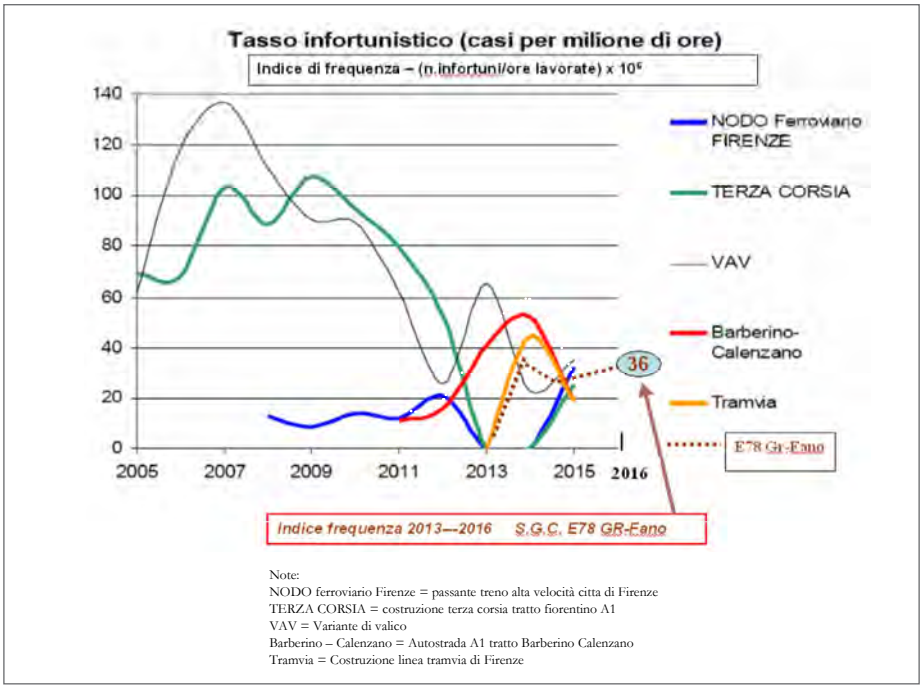
Dal 2013 è stato interessato il cantiere di una grande opera stradale, la costruzione della nuova strada Siena-Grosseto, S.S. 223 che, prevedendo l'escavazione di gallerie e la realizzazione di importanti viadotti, ha richiesto l'adozione di particolari tecniche costruttive, per la presenza di specifici rischi per i lavoratori.
I dati raccolti, inseriti nello specifico data-base da parte delle strutture e dei tecnici dei cantieri in cui è stata applicata la buona pratica, sono sintetizzati in Tab.5.
Nel corso degli anni l'applicazione della buona pratica ha interessato oltre 300 imprese e 900 lavoratori, impegnati per oltre 1.800.000 ore. Con questa rilevante attività lavorativa era impensabile non registrare alcun infortunio sul lavoro: dal 2000 fino a tutto il 2016, sono stati osservati 46 casi di infortunio sul lavoro, quasi tutti di lieve entità. Purtroppo nel 2015 si è verificato in un cantiere un caso di infortunio mortale per il quale sono ancora in corso accertamenti per verificare la reale dinamica.
Com'è noto le cause che portano al verificarsi degli eventi mortali non sono sempre facilmente prevedibili e prevenibili e anche in questo caso sono stati intrapresi interventi

per mettere in atto eventuali interventi correttivi. Le procedure riportate nel protocollo d'intesa della Buona Pratica prevedono infatti che nel caso d'infortunio sul lavoro, venga eseguita un'analisi dell'evento per indicare i possibili interventi di prevenzione da parte delle imprese, con il coinvolgimento dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e con la collaborazione di tutti i firmatari dei protocolli d'intesa.
Pur nella consapevolezza delle difficoltà dal punto di vista statistico di un confronto corretto con i dati e gli indici infortunistici per il settore delle costruzioni, soprattutto per i singoli cantieri, si è sempre ritenuto utile fin dalle prime esperienze della Buona Pratica, procedere al calcolo di tali indici per offrire un elemento di riflessione sull'efficacia dei risultati conseguiti. Calcolando l'indice di frequenza degli infortuni sul lavoro con i criteri indicati dall'INAIL (16) possiamo notare che nel corso degli anni l'indice registrato dei cantieri in cui è stata applicata la buona pratica è inferiore a quello del settore edile per le province di Siena, Arezzo e Grosseto.
Tale valore è ancora inferiore se si esclude dal calcolo il cantiere della costruzione della nuova strada Siena-Grosseto (S.S. 223); questo cantiere, essendo una grande opera stradale con costruzione di gallerie e viadotti, presenta un rischio specifico di infortunio più elevato rispetto all'edilizia tradizionale e per questo è poco paragonabile ai dati generali registrati del settore delle costruzioni. Per questo motivo, si riporta un confronto con i dati raccolti in altri cantieri di altre grandi opere, dal quale emerge che l'indice di frequenza calcolato per il cantiere della S.S. 233 è in media inferiore a quello registrato negli altri cantieri analoghi (Fig. 2).
Particolare attenzione è stata dedicata alla prevenzione delle malattie professionali, coinvolgendo i medici competenti delle imprese che lavorano nei cantieri in cui viene applicata la buona prassi. Numerosi sono stati gli incontri e le iniziative attuate in collaborazione con i medici competenti all'interno dei cantieri per favorire la raccolta del maggior numero di informazioni sanitarie sui lavoratori. Anche queste informazioni sono state inserite nel data base della Buona Pratica, dove è stata predisposta una specifica sezione, compilabile on line, per il monitoraggio e l'analisi dei dati (http://usl7.intellimaker.it/).
Iniziative di informazione e formazione sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro sono state organizzate per i lavoratori dei cantieri della buona pratica, anche per favorire il rispetto dell'impegno, formalizzato nel protocollo d'intesa firmato per ogni singolo cantiere, di *"favorire l'introduzione di misure che facilitino l'adozione di corretti stili di vita oltre che verificare che in tutto il cantiere, comprese le mense e refettori aziendali, non siano presenti alcolici e che vengano rispettate le normative relative al divieto di fumo ed all'impiego di sostanze stupefacenti".*

Bilancio e prospettive dell'applicazione della Buona Prassi

Il monitoraggio dei dati e la valutazione dei risultati conseguiti nel corso degli anni

Figura 2- Confronto dei dati del cantiere della Siena Grosseto (S.S. 223) con altri cantieri di grandi opere



sono elementi fondamentali per consolidare qualsiasi esperienza di prevenzione e valutarne l'efficacia. Anche per quanto riguarda le buone prassi, riconosciute e validate dalla Commissione Consultiva Permanente di cui all'articolo 6 del D.Lvo 81/08, deve essere prevista una valutazione sul mantenimento della loro efficacia nel tempo e sulla loro reale diffusione in più realtà lavorative. Dall'applicazione di ogni buona pratica in diversi contesti produttivi e non solo per brevi periodi è possibile individuare gli eventuali ulteriori elementi da introdurre o correzioni da attuare per mantenere la stessa buona pratica efficace e adeguata ai cambiamenti socio produttivi e di contesto che possono determinarsi.

Proprio il monitoraggio puntuale dei risultati ottenuti negli anni ha permesso di esprimere un giudizio positivo sulla sua efficacia.

L'applicazione della Buona Pratica ha dimostrato che anche nei cantieri edili, se si investe in prevenzione, coinvolgendo tutti i soggetti a vario titolo impegnati nei lavori, non solo si riduce il rischio di infortuni per i lavoratori ma si migliora la progettazione, l'organizzazione del lavoro e la qualità del prodotto finale, riducendo i costi di produzione. Discorso a parte deve e dovrà essere fatto per gli infortuni mortali.

Le caratteristiche di questa buona prassi stanno permettendone l'applicazione a situazioni lavorative diverse come il settore agricolo, anche per contrastare i fenomeni sempre più

diffusi di caporalato (http://www.lanazione.it/siena/cronaca/operai-degrado-1.2971535); proprio la provincia di Siena conta realtà produttive in cui sempre più la qualità elevata del prodotto dovrà coniugarsi con la promozione della salute nei luoghi di lavoro e già aziende e consorzi di produttori si stanno orientando in questa direzione (La Nazione del 20.3.2017 – www.datastampa.it), con la firma di protocolli d'intesa che nel 2015 hanno anticipato i contenuti di analoghi accordi siglati sia livello nazionale (https://www.politicheagricole.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10154) che regionale (http://www.regione.toscana.it/ca_ES/web/toscana-notizie/dettaglio-notizia/-/asset_publisher/mk54xJn9fxJF/content/caporalato-grazie-ad-un-intesa-piu-armi-contro-lo-sfruttamento/).

Conclusioni

La vigilanza sul rispetto delle norme inerenti la tutela della salute e della sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori non può e non deve prescindere da un coordinamento fra tutti gli Enti preposti al controllo. In provincia di Siena già da molti anni la programmazione degli interventi avviene in sintonia tra tutti i soggetti coinvolti. Il controllo del rispetto delle norme, pur rimanendo uno strumento irrinunciabile, un pilastro della prevenzione, non è in grado da solo di risolvere tutte le problematiche connesse alla tutela della salute dei lavoratori. Con *"La Buona Pratica di Casole d'Elsa"* si è cercato di affiancare alle tradizionali attività di vigilanza specifici interventi di assistenza, che coinvolgessero tutti i soggetti interessati alla promozione della salute e della sicurezza sul lavoro. L'esperienza del POLO per la Promozione della Salute, della Sicurezza e dell'Ergonomia nelle Micro, Piccole e Medie Imprese della Provincia di Siena ha costituito un valido sostegno per queste iniziative. Il POLO ha rappresentato nel corso di oltre un decennio, un collegamento tra la realtà senese e altre realtà regionali, italiane ed europee. Il sostegno all'applicazione e alla diffusione del "Metodo Feedback" rappresenta un chiaro esempio di come i risultati ottenuti in singoli territori, se efficaci, possano determinare un beneficio per tutte le lavoratrici e tutti i lavoratori.

Il POLO ha potuto costituire un ponte con l'Europa sia con il "Metodo Feedback" che con altre iniziative come la recente definizione dello specifico progetto regionale "WHP 9 – Aziende che promuovono salute", inserito nel Piano di Prevenzione regionale 2014/2018. Il POLO infatti potrà sostenere l'adesione delle aziende toscane, qualificatesi come "Imprese che promuovono salute", anche al Network Europeo ENWHP di cui il POLO è partner.

Recenti modifiche legislative hanno portato a una ridefinizione dei ruoli e delle strutture di riferimento del POLO, ma il sostegno dell'Ente Locale sinora garantito dall'Amministrazione Provinciale viene e verrà assicurato dal Comune di Siena, il cui sindaco è il Presidente della Conferenza dei Sindaci senese, che ci permetterà così di confermare l'esistenza e l'attività del POLO e superare anche altre criticità del momento e in particolare:

- la riorganizzazione delle aziende UU.SS.LL. della Regione Toscana che ha fatto

confluire l'Azienda USL 7 di Siena, storicamente sede del POLO, nell'Azienda Toscana Sud Est che comprende anche le ex Aziende USL di Grosseto e di Arezzo.
- la nascita del nuovo soggetto dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro, che ha sostituito le Direzioni Territoriali del Lavoro e che accoglie anche il personale di vigilanza sul lavoro di INAIL e INPS.

In questi anni, con il sostegno del POLO, si è anche sperimentata con successo la collaborazione e integrazione degli interventi fra i vari soggetti della prevenzione delle tre province di Siena, Arezzo e Grosseto, prefigurando così la nuova strutturazione organizzativa di Area Vasta che nell'ambito sanitario è rappresentata dall'Azienda USL unica del Sud Est della Toscana.

Esempio ne sono anche i positivi risultati conseguiti mediante i progetti regionali per l'applicazione sia del "Metodo Feedback" alle trattrici agricole (le macchine responsabili del maggior numero di infortuni mortali sul lavoro nel corso degli ultimi anni in Toscana), che della Buona Prassi: "*La Buone Pratica di Casole d'Elsa*" nei cantieri edili.

Viene così confermato il successo della sperimentazione condotta per la costituzione del POLO per la Promozione della Salute, Sicurezza ed Ergonomia nelle PMMI della Provincia di Siena sulla base dello specifico finanziamento regionale concesso nell'ambito del "Patto per lo Sviluppo Qualificato con Maggiori e Migliori Lavori in Toscana" del 2004.

Alcune parole chiave/punti di forza emersi dall'esperienza del POLO meritevoli di menzione e che possono costituire punto di riferimento essenziale per ogni futura politica di prevenzione e promozione della salute, della sicurezza, dell'ergonomia e del benessere in ogni luogo di lavoro e in particolare nel territorio dell'Azienda USL Sud Est Toscana: modello organizzativo e d'intervento partecipativo, inclusivo e non esclusivo, chiarezza nella specificità dei ruoli, massima integrazione delle conoscenze e condivisione degli obiettivi, trasparenza nella verifica dei risultati, apertura al contributo conoscitivo e alla verifica delle conoscenze con l'esterno e soprattutto con il livello nazionale e internazionale, europeo. Infine elemento irrinunciabile e centrale è la continua verifica con la realtà lavorativa dalla quale potrà giungere il riscontro, il feedback, su quanto siano stati efficaci gli interventi attuati, quanto rimanga ancora da fare e in quale direzione.

La prevenzione nei luoghi di lavoro non è un risultato definitivo conseguibile una volta per tutte, ma soprattutto non è un risultato conseguibile da singoli soggetti.

Un POLO di riferimento, di raccordo, può essere un valido strumento per aiutare ognuno dei soggetti interessati a essere più efficace, meno autoreferente, più umile ma anche probabilmente più utile all'interesse pubblico ed in questo caso, soprattutto, a quello delle lavoratrici e dei lavoratori.

BIBLIOGRAFIA

1. D.Lgs.19 settembre 1994, n. 626 (Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE, 99/92/CE, 2001/45/CE, 2003/10/CE, 2003/18/CE e 2004/40/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro).
2. D.P.C.M. 21 dicembre 2007 - Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro.
3. D.Lgs 9 aprile 2008 n. 81. Testo Unico di salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro" (Attuazione dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007 n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro).
4. Regione Toscana – Delibera Giunta Regionale n. 588 del 28.7.2008 - Istituzione del Comitato regionale di coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro e dell'Ufficio Operativo regionale. Artt. 1 e 2 DPCM 21 dicembre 2007 e Art. 5 D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81.
5. Barone C., Fattorini A., Strambi F. Numeri e proposte per la prevenzione degli infortuni sul lavoro – Gli infortuni sul lavoro nel mondo, in Europa, in Italia ed in Alta Val d'Elsa". Poggibonsi: Azienda USL 7. 2001;
6. Barone C., Fattorini A., Strambi F. "La buona pratica nella ristrutturazione edilizia di Casole d'Elsa premiata dall'Agenzia Europea di Bilbao. Azienda USL 7, Poggibonsi: Azienda USL 7. 2002;
7. Regione Toscana Decreto 13317 del 7.12.2016 "Approvazione del programma WHP (Workplace Health Promotion) "Programma regionale di promozione della salute negli ambienti di lavoro 2016-2018" in attuazione del PRP 2014-2018".
8. Regione Toscana Decreto 1565 del 15.2.2017 "Modifiche al Decreto 13317 del 7.12.2016 "Approvazione del programma WHP (Workplace Health Promotion) "Programma regionale di promozione della salute negli ambienti di lavoro 2016-2018";
9. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22316885**;**
10. http://www.din.de/en/wdc-beuth:din21:248767207
11. https://www.etui.org/Topics/Health-Safety-working-conditions/Safety-of-machinery-directives-and-standards/Machinery-Legislation/ETUI-Seminar-Machinery-safety-in-agriculture-better-ergonomics-for-better-working-conditions/The-technical-recommendations-from-the-Feedback-study-on-agricultural-tractors
12. Bartalini M, Cucini M, Draicchio F, Fattorini A, Mastrominico E, Silvetti A, Strambi F, Vigni C. Azioni per la valutazione del rischio nella movimentazione manuale dei carichi in edilizia. Siena: Ente Senese Scuola Edile. 2012
13. Strambi F. Protocol for safe building renovation. Accident prevention in practice 2001 www.osha.eu.int. Luxembourg: European Agency for safety and Health at work..2001.41-43 p.
14. http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/salute-e-sicurezza/focus-on/Buone-prassi/Documents/Buone-prassi-22022013-CasoleElsa.pdf;
15. http://www.move-europe.it/file%20pdf/BuonePrassi04072012Casole.pdf;
16. http://bancadaticsa.inail.it/bancadaticsa/Documentazione/AREA%20RISCHIO_def.pdf.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Sistema Salute, 61, 4 2017: pp. 112-125

Terapia cognitivo-comportamentale dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: studio comparativo tra trattamento clinico non intensivo e intensivo

Cognitive-behavioral therapy for eating disorders (ED): comparison of non-intensive and intensive clinic treatment

Vincenza Gianfredi[1], Jessica Jannì[2], Daniele Nucci[3], Giovanni Minutolo[4], Mattia Acito[2], Milena Villarini[2]

1. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia
2. Dipartimento di Scienze Farmaceutiche (Unità di Sanità Pubblica), Università degli Studi di Perugia
3. Unità Semplice Dipartimentale di Endoscopia Digestiva, Istituto Oncologico Veneto IOV – IRCCS, Padova, Italia
4. Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP), Reggio Calabria

RIASSUNTO

Introduzione: il DSM-V rinomina i disturbi del comportamento alimentare (DCA) in "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" definendoli come: «disturbi caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione oppure da comportamenti inerenti l'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale». A questo capitolo appartengono: Pica o disturbo da alimentazione incontrollata; disturbo da ruminazione; disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo; anoressia nervosa; bulimia nervosa; disturbo del binge eating; disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione, e il disturbo della nutrizione o alimentazione senza specificazione. La terapia di soggetti affetti da DCA richiede un approccio integrato e multidisciplinare, che deve essere flessibile e personalizzato, in funzione dell'età, del tipo

Autore per corrispondenza: milena.villarini@unipg.it

di DCA, della gravità, del decorso, della fase del disturbo, in grado di offrire dal trattamento ambulatoriale fino al ricovero ospedaliero.
Metodi: nel presente studio sono state comparate la terapia cognitivo comportamentale(CBT) ambulatoriale rispetto a quella intensiva in pazienti con diagnosi di anoressia nervosa, che si sono rivolte al centro Aidap (Associazione Italiana Disturbi dell'alimentazione e del Peso) operante a Reggio Calabria.
Risultati: i risultati ottenuti mostrano un incremento statisticamente significativo del BMI nel trattamento intensivo, così come una riduzione dell'esercizio fisico eccessivo. Mentre per il trattamento non intensivo si registra una riduzione del numero di volte in cui le pazienti hanno ridotto le porzioni o che hanno praticato il food checking.
Conclusioni: la terapia cognitivo-comportamentale associata ai DCA sia nel trattamento ambulatoriale non intensivo che in quello intensivo è di grande aiuto nel recupero del peso corporeo e delle sani abitudini alimentari. La tipologia di trattamento da preferire è dunque dipendente dalle fasi di malattia, dalle condizioni fisiche, mentali e nutrizionali, nonché dalle preferenze della paziente stessa.

SUMMARY
Introduction: the DSM-V renames eating disorders (ED) in "Disorders of nutrition and diet," defined as "disorders characterized by persistent discomfort power or from behaviours inherent power that results in an altered consumption or absorption of food and which significantly affect the physical health or psychosocial functioning." In this chapter there are included: Pica or binge eating disorder; rumination disorder; disorder avoidant / restrictive food intake; anorexia nervosa; bulimia nervosa; binge eating disorder; disorder of nutrition with other specification, and the disturbance of nutrition without specification. The treatment of ED requires an integrated and multidisciplinary approach, which must be flexible and based on age, type of ED, severity and grade of the disorder; and it could be range from ambulatory treatment up to hospital admission.
Methods: in this study were compared cognitive behavioural therapy (CBT) to intensive treatment among patients with anorexia nervosa in the Aidap Center (Associazione Italiana Disturbi dell'alimentazione e del Peso) operating in Reggio Calabria.
Results: the results show a statistically significant increase in BMI in the intensive treatment group, as well as a reduction in excessive physical exercise. In the non-intensive treatment there was a reduction in the number of times that patients have reduced portions or have practiced the food checking.
Conclusions: cognitive-behavioral therapy both in intensive and non-intensive treatment is fundamental to improve the recovery of body weight and healthy eating habits. The type of treatment to be preferred it is therefore dependent on the stage of the disease, physical condition, mental and nutritional as well as the preferences of the patients themselves.

Introduzione

I DCA, in particolar modo l'anoressia nervosa (AN) e la bulimia nervosa (BN), sono classicamente descritti in giovani donne occidentali. Si stima infatti, che la prevalenza dell'AN e BN a 12 mesi, sia per le donne rispettivamente dello 0,4% e dell'1-1,5% mentre non è nota la prevalenza negli uomini essendo questi poco colpiti dalla malattia (1). Sia per l'AN che per la BN il rapporto femmine-maschi è di circa 10:1. I DCA colpiscono classicamente durante la prima adolescenza o la prima età adulta, e solitamente

l'evento scatenante è un evento stressante (1).
I fattori di rischio associati a queste patologie sono distinti in: fattori individuali e fattori ambientali (1, 2). I fattori individuali comprendono anche fattori genetici, è noto infatti un tasso di concordanza compreso tra 0,39 e 0,74 tra gemelli omozigoti (3). Tra i fattori individuali si ricordano anche le caratteristiche temperamentali. Si riscontra infatti una maggiore insorgenza in soggetti affetti da disturbi d'ansia, comportamenti ossessivi o perfezionisti. Ancora importante ruolo svolge l'insoddisfazione verso il proprio corpo (4, 5), l'aver intrapreso precedentemente una dieta dimagrante (6, 7) e aver subito traumi fisici, psicologici o abusi sessuali (8). Precedenti studi hanno mostrato un'incidenza del 29% di abusi sessuali in pazienti con DCA, e la presenza di tali disturbi nel 57% dei pazienti che avevano subito abusi sessuali (9, 10). I fattori ambientali invece comprendono il rapporto conflittuale con i genitori (11), ideali culturali per cui la magrezza è considerata un valore, alcune professioni come modella o atleta e l'influenza esercitata dai dei mass media.
In accordo con le raccomandazioni (National Institute of Clinical Excellence) NICE 2004 i soggetti affetti da DCA devono essere diagnosticati precocemente, al fine di poter intervenire tempestivamente ed evitare le complicanze più gravi della malattia (12). Il decesso è più frequentemente associato alle conseguenze mediche dei DCA, secondariamente a suicidio con tassi nell'AN di 12 su 100.000 per anno (1). Il tasso di mortalità è il più alto tra i disturbi psichiatrici, in crescita del 19% entro 20 anni dalla diagnosi. Sebbene le caratteristiche cliniche di presentazione siano spesso comuni e sovrapponibili ai diversi tipi di DCA (13), risultando in una diagnosi piuttosto complessa, i nuovi criteri diagnostici del DSM-V, permettono di identificare in maniera univoca ogni singolo DCA, nonostante questi abbiano in comune una serie di caratteristiche comportamentali. Ciò è di fondamentale importanza per il decorso e la scelta terapeutica (1).

Novità del DSM-V

Il DSM-V è il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali pubblicato nella sua ultima versione dall'American Psychiatric Association (APA) nel 2013 dopo un processo di circa 14 anni di revisione. Il DSM-V utilizza un linguaggio comune per i clinici coinvolti nella diagnosi dei disturbi mentali e include concisi e specifici criteri che facilitano un'oggettiva valutazione dei sintomi. Nell'ambito dei disturbi mentali trattati nel DSM-V, si ritrovano anche i "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione", noti nel precedente DSM-IV come "Disturbi dell'alimentazione". Il razionale alla base di tale modifica risiede nel fatto che all'interno del gruppo "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" sono state incluse la pica e il disturbo della ruminazione, precedentemente compresi nel capitolo "Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia e nell'adolescenza". Altre importanti modifiche adottate nel DSM-V, per quanto concerne i disturbi del comportamento alimentare sono:

l'eliminazione del requisito clinico di amenorrea per la diagnosi di anoressia nervosa; riduzione della frequenza minima richiesta di abbuffate e comportamento compensatorio inappropriato da due a una volta alla settimana per la diagnosi di bulimia nervosa; riduzione da due a una volta alla settimana negli ultimi 6 mesi di abbuffate e comportamento compensatorio inappropriato per la diagnosi di binge-eating.
Nel DSM-V è stata effettuata una riduzione delle variabili di importanza clinica per la diagnosi (sistema multi-assiale) passando da cinque a tre assi. Questo cambiamento dovrebbe permettere una migliore e più agevole comparazione con il sistema mono-assiale dell'ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision), utilizzato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità OMS.

Obiettivi

Scopo dello studio è stato quello di confrontare l'efficacia di due metodi di terapia cognitivo comportamentale (CBT), una di tipo ambulatoriale, l'altra di tipo intensivo. Nella terapia ambulatoriale le pazienti erano libere di gestire i propri pasti, seppur con un adeguato supporto psicologico e nutrizionale offerto settimanalmente, mentre in quella intensiva le pazienti erano invitate a consumare il pasto in maniera assistita in presenza di operatori sanitari. Lo scopo finale è stato quello di verificare se dopo 3 e 6 mesi di CBT i miglioramenti (nel comportamento alimentare e dei parametri antropometrici) ottenuti nelle pazienti sottoposte a trattamento standard (non intensivo) differivano significativamente da quelli ottenuti nelle pazienti trattate intensivamente.

Materiali e metodi

Per lo studio sono stata reclutate 38 pazienti di sesso femminile, di età compresa trai 13 e i 46 anni, che spontaneamente si sono presentate presso il centro Aidap di Reggio Calabria, al fine di iniziare un percorso terapeutico per DCA, nello specifico anoressia e bulimia nervosa. Le pazienti partecipanti allo studio hanno ricevuto e firmato un consenso informato al trattamento dei dati. In base al tipo di trattamento seguito (ambulatoriale non intensivo o ambulatoriale intensivo), le pazienti sono state divise in due gruppi da 19 soggetti ciascuno. Tutti i soggetti reclutati sono stati seguiti per 6 mesi e la rilevazione dei parametri clinici e antropometrici, è stata effettuata in tre tempi: al momento del reclutamento (T_0), dopo 3 mesi (T_1) e dopo 6 mesi (T_2) di terapia cognitivo-comportamentale. Ogni paziente è stata sottoposta ad una visita nutrizionale effettuata da un medico, durante la quale sono state effettuate valutazioni anamnestiche sulle condizioni di salute generali e valutazioni cliniche (pressione arteriosa, glicemia, colesterolemia ecc). È stata inoltre effettuata una valutazione della composizione corporea (massa grassa, massa magra, acqua totale) con la metodica dell'impedenziometria. Dal punto di vista antropometrico sono stati rilevati i seguenti parametri: altezza, peso, indice di massa cor-

porea (BMI), circonferenza vita, circonferenza coscia, circonferenza braccio. Alle pazienti è stato chiesto di compilare, sia al baseline che ad ogni follow-up, alcuni questionari(14) ampiamente utilizzati per monitorare l'andamento del programma. Le domande si riferiscono ai sette giorni antecedenti la visita e pongono l'attenzione su parametri classificati come oggettivi e soggettivi. I parametri oggettivi indagati sono stati: *peso, abbuffate oggettive, induzione del vomito, uso di lassativi, uso di diuretici, eccessivo esercizio fisico, salto dei pasti, riduzione delle porzioni, evitamento cibi, food checking, body checking, evitamento esposizione del corpo o parti di esso.* I parametri soggettivi invece riguardavano: *preoccupazione del peso, preoccupazione forma del corpo, preoccupazione e controllo dell'alimentazione, abbuffate soggettive, sentirsi grasse.* Pur trattandosi in entrambi i casi di valutazioni personali gli ultimi parametri definiti soggettivi differiscono da quelli definiti oggettivi perché mirano a mettere in evidenza quanto la paziente giudica il valore della propria vita e della propria persona in base a peso, forma e alimentazione. La valutazione è stata effettuata attribuendo un numero compreso tra 0 e 4 (dove 0=mai; 1=raramente; 2=qualche volta; 3=spesso; 4=sempre) per gli eventi emozionali e con un numero indicante la quantità negli ultimi sette giorni, per gli eventi pratici (riduzioni delle porzioni, uso di lassativi, diuretici).

Analisi statistica dei dati

L'analisi statistica presentata in questo studio confronta i dati antropometrici rilevati al tempo T0, T1 e T2, I e II follow-up di pazienti con DCA in trattamento cognitivo-comportamentale sia intensivo che standard. Le variabili che hanno presentato una distribuzione parametrica sono state confrontate utilizzando il test *t* di Student. I confronti del tipo pre/post dei dati non parametrici sono stati condotti utilizzando il test U di Mann-Whitney. Il test del $\chi 2$ è stato utilizzato per il confronto delle frequenze e percentuali. È stata, inoltre, effettuata un'analisi di regressione lineare per valutare la relazione tra il tempo di trattamento e i diversi parametri monitorati utilizzando il test di Spearman. L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando il software statistico SPSS e livelli di probabilità $< 0,05$ sono stati considerati statisticamente significativi.

Risultati

Lo studio ha reclutato complessivamente 38 donne di età compresa tra i 10 e i 35 anni, suddivise in due gruppi da 19 partecipanti ciascuno. Tutti i soggetti avevano ricevuto diagnosi di AN. L'età media del gruppo in trattamento intensivo era di 19,08(±4,73) mentre il gruppo in trattamento non intensivo aveva un'età media di 17,42(±7,63). Nel complesso le pazienti in terapia intensiva hanno mostrato, nell'arco dei 6 mesi di trattamento, un aumento medio di peso pari a circa 5,5 kg, mentre le pazienti con trattamento non intensivo hanno mediamente aumentato il proprio peso di poco meno di 1 Kg.

	Trattamento Intensivo			Trattamento Standard		
BMI	**<18,5**	**≥18,5-<25**	**≥25**	**<18,5**	**≥18,5-<25**	**≥25**
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Baseline	47,4 (9)	47,4 (9)	5,3 (1)	55 (11)	45 (9)	0 (0)
I follow-up	42,1 (8)	52,6 (10)	5,3 (1)	52,6 (10)	47,4 (9)	0 (0)
II follow-up	21,1 (4)	73,7 (14)	5,3 (1)	30 (6)	70 (14)	0 (0)

Tabella 1- Valori percentuali dei soggetti al baseline, I follow up, II follow up nei due gruppi di trattamento

	Trattamento	
	Intensivo	**Standard**
Induzione vomito		
Baseline	31,6%	15,0%
I follow-up	16,7%	0,0%
II follow-up	26,3%	7,1%
Abbuffata oggettiva		
Baseline	26,3%	35,0%
I follow-up	22,2%	0,0%
II follow-up	21,1%	0,0
Abbuffata soggettiva		
Baseline	42,1%	30,0%
I follow-up	23,5%	5,9%
II follow-up	15,8%	0,0%
Uso di lassativi		
Baseline	26,3%	5,0%
I follow-up	17,6%	0,0%
II follow-up	10,5%	0,0%
Uso di diuretici		
Baseline	5,3%	0,0%
I follow-up	0,0%	5,9%
II follow-up	0,0%	0,0%

Tabella 2- Percentuale di soggetti che hanno dichiarato di praticare l'induzione del vomito, l'abbuffata oggettiva e soggettiva, di utilizzare lassativi e diuretici come condotta di compenso durante il periodo di studio

Pur evidenziandosi un miglior recupero a seguito del trattamento intensivo, il confronto tra i risultati ottenuti con le due tipologie di approccio, non risulta mai statisticamente significativo. Relativamente ai valori di BMI (Tabella 1), si evidenzia un aumento lineare sia a seguito del trattamento intensivo che di quello non intensivo. Tale incremento risulta però, più marcato a seguito del trattamento ambulatoriale intensivo che mostra una correlazione con il tempo di trattamento statisticamente significativa (coeff. di Pear-

son = 0,290; p = 0,029). Analizzando i dati ottenuti durante il periodo di studio si nota come la percentuale di soggetti che ristabiliscono un BMI ≥18.5 (normopeso) aumenta sia nel trattamento non intensivo che intensivo (rispettivamente 70 e 73,7%). Inoltre in entrambi i trattamenti si registra una riduzione seppur non statisticamente significativa della percentuale di soggetti che hanno dichiarato di praticare abbuffate oggettive e soggettive, il numero di soggetti che hanno dichiarato di indursi il vomito, così come il numero di volte in cui il soggetto ha praticato l'induzione del vomito (Tabella 2). Risulta anche una riduzione della percentuale di soggetti e il numero di volte in cui le pazienti hanno dichiarato di aver ricorso all'uso dei lassativi in entrambi i gruppi analizzati, seppur senza una differenza statisticamente significativa tra i gruppi (Tabella 2). Stesso risultato è stato ottenuto per quel che concerne l'uso dei diuretici (Tabella 2). Dallo studio è infatti emerso che solo una bassa percentuale di pazienti fa uso di diuretici per favorire la perdita di peso, infatti al momento dell'arruolamento solo il 5,3% dei soggetti che hanno scelto il trattamento intensivo e nessuno di quelli che hanno preferito il trattamento standard hanno dichiarato di fare uso di diuretici.
Diversa, invece è la pratica dell'esercizio fisico eccessivo, che è una caratteristica clinica osservata in quasi il 50% delle pazienti in terapia intensiva ed in circa il 40% delle pazienti in trattamento standard (Tabella 3). Durante i periodi di follow-up si è osservata una riduzione statisticamente significativa di tale pratica nelle donne in trattamento intensivo (ρ di Spearman = -0,230, p = 0,018) mentre nei soggetti in trattamento non intensivo si è osservata una drastica diminuzione al I follow-up.
Inoltre per quel che concerne l'abitudine di saltare i pasti, si è osservato durante i follow-up che la metà delle donne sia in trattamento intensivo che in trattamento non intensivo ha abbandonato questa pratica, anche se in entrambi i gruppi si è osservato un decremento più significativo al primo follow-up ed una ripresa al secondo follow-up (Tabella 3). Statisticamente significativo risulta essere anche il numero di volte in cui le pazienti hanno ridotto le porzioni di cibo nella settimana precedente la visita. Per le pazienti in trattamento standard la riduzione sembra essere ancora più decisa rispetto a quanto osservato nelle pazienti in trattamento intensivo ed anche in questo caso si osserva una correlazione significativa con il tempo di trattamento (ρ di Spearman=-0,321 p=0,026). Inoltre la percentuale di soggetti che hanno dichiarato di evitare alcuni cibi diminuisce in entrambi i trattamenti già al I follow-up (Tabella 3) e continua a diminuire seppur lievemente anche al II follow-up (trattamento intensivo ρ di Spearman=-0393 p=0,004; trattamento non intensivo ρ di Spearman=-0,361 p=0,012).
Il Food checking è uno dei comportamenti di controllo del peso maggiormente messo in atto nella popolazione reclutata, particolarmente evidente dai valori di baseline riscontrati sia dalle pazienti che hanno poi intrapreso il percorso intensivo che in quelle che hanno scelto il trattamento non intensivo (Tabella 4). Durante i follow-up si è osservato

	Trattamento Intensivo	Standard
Attività fisica eccessiva		
Baseline	47,4%	40,0%
I follow-up	35,3%	11,8%
II follow-up	15,8%	21,4%
	Trattamento Intensivo	**Standard**
Salto del pasto		
Baseline	88,9%	70,0%
I follow-up	29,4%	31,3%
II follow-up	47,4%	35,7%
	Trattamento Intensivo	**Standard**
Evitamento cibi		
Baseline	94,1%	72,2%
I follow-up	52,9%	31,3%
II follow-up	47,4%	28,6%

Tabella 3- Percentuale di soggetti che hanno dichiarato di effettuare esercizio fisico eccessivo, di saltare i pasti e di evitare alcuni tipi di cibo durante il periodo di studio

	Trattamento Intensivo	Standard
Baseline		
Mai	0,0%	10,0%
Raramente	0,0%	0,0%
Qualche volta	0,0%	5,0%
Spesso	10,5%	5,0%
Sempre	89,5%	80,0%
I follow-up		
Mai	5,6%	22,2%
Raramente	0,0%	16,7%
Qualche volta	27,8%	22,2%
Spesso	27,8%	33,3%
Sempre	38,9%	5,6%
II follow-up		
Mai	5,3%	30,8%
Raramente	5,3%	15,4%
Qualche volta	26,3%	7,7%
Spesso	42,1%	15,4%
Sempre	21,1%	30,8%

Tabella 4- Percentuale di soggetti che hanno dichiarato di praticare food checking durante il periodo di studio

un miglioramento che sembra essere più marcato nelle pazienti in trattamento non intensivo. Per quel che concerne il body checking, la sensazione di essere grasse così come la preoccupazione per il peso, per la forma del proprio corpo e per l'alimentazione diminuiscono in entrambi i gruppi analizzati, senza differenze statisticamente significative. Inoltre la qualità della vita percepita dalle pazienti risulta essere fortemente influenzata sia dal peso, che dalla forma del corpo in entrambi i gruppi, rispettivamente 73,7% nel gruppo in trattamento intensivo e 65% nel gruppo in trattamento non intensivo al baseline e del 84, 2% nel gruppo in trattamento intensivo e 65% nel gruppo in trattamento non intensivo al baseline. Questi valori si riducono poi drasticamente al secondo follow up passando rispettivamente al 36,8% nel gruppo in trattamento intensivo e 30,8% nel gruppo in trattamento non intensivo per quanto riguarda il peso, mentre per la forma del corpo passa al 36,8% nel gruppo in trattamento intensivo e 30,8% nel gruppo in trattamento non intensivo.

Discussione

Dallo studio effettuato sulla terapia cognitivo-comportamentale nella bulimia ed anoressia nervosa in trattamento ambulatoriale standard ed intensivo l'aspetto che colpisce maggiormente è la differenza della scelta del trattamento in base all'età. Come già ampiamente spiegato, nello studio condotto in collaborazione con il centro Aidap, le pazienti sono state suddivise in due gruppi e trattate con terapia cognitivo comportamentale, in un caso di tipo ambulatoriale non intensivo nell'altro intensivo per un periodo di 6 mesi. Seppur sulla base della valutazione clinica e del parere dei sanitari, il trattamento da seguire è stato concordato con le pazienti, principalmente per permettere alle stesse di trovare una propria identità, e di esprimere i propri pensieri, interessi, sentimenti ed emozioni(15).

Pertanto, nel gruppo in studio è risultato che al trattamento standard, che prevede il consumo del pasto presso la propria abitazione, hanno avuto accesso la maggior parte (40%) delle pazienti giovanissime (10-15 anni), mentre il trattamento intensivo ha visto una elevata partecipazione (33,3%) di pazienti con età compresa tra 21 e 25 anni. Questo potrebbe essere dovuto sia ad una possibile sottovalutazione della gravità della malattia da parte delle giovanissime pazienti (che risultano comunque maggiormente in grado di migliorare il proprio BMI rispetto alle pazienti adulte)(13), sia ad un'alta prevalenza di stato di attaccamento conflittuale madre-figlia in pazienti con DCA come suggerito dalle più recenti evidenze di studi di tipo narrativo (narrative-based studies)(16-18). Inoltre, dati di letteratura mostrano come gli adolescenti con DCA tendono inaspettatamente ad idealizzare i propri genitori e visualizzare le proprie madri come grandi facilitatori di indipendenza(19). Di contro, studi condotti su pazienti adulti mostrano come la relazione madre-figlia sia particolarmente problematica, caratterizzata da amore, ma allo stesso

tempo atteggiamenti di austerità, negazione e di inversione dei ruoli (17, 20). Tutto questo porterebbe ad una manifestazione esagerata di sentimenti di rabbia e una richiesta insistente di comprensione da parte del caregiver, che sfocia in una sensazione di inadeguatezza dei genitori nei confronti delle figlie adulte(19).
Infine la scelta di un trattamento intensivo probabilmente ha permesso alle pazienti più adulte di sentirsi maggiormente supportate nel momento di grande difficoltà e dolore rappresentato dall'assunzione del cibo ed incoraggiate a perseguire comportamenti adeguati ad un'alimentazione corretta, bilanciata e varia che mira al ripristino ad al mantenimento di un buono stato di salute.
Riguardo gli altri parametri presi in esame (peso, BMI, abbuffata oggettiva e soggettiva, induzione del vomito, uso improprio di lassativi e/o diuretici, attività fisica eccessiva, salto del pasto, riduzione delle porzioni, evitamento cibi, food checking, body checking, evitamento di esporre il corpo o parti di esso, sensazione di essere grasse, preoccupazione per il peso, la forma del corpo e l'alimentazione, eccessiva valutazione della propria vita in base a peso, forma del corpo ed alimentazione) non vi è una sostanziale differenza nei risultati ottenuti dai due diversi approcci terapeutici, ma entrambi i trattamenti sembrano essere ugualmente efficaci nel contrastare i disturbi dell'alimentazione, e questo è testimoniato anche dal fatto che la CBT sia offerta con modalità intensive o non intensive, ha ormai assunto un ruolo d'elezione nel trattamento di queste patologie.
L'andamento altalenante di alcuni parametri come il peso può essere spiegato dallo sviluppo di edemi periferici, più frequentemente riscontrati al momento della sospensione dell'abuso di diuretici e lassativi(1). Mentre le oscillazioni della maggior parte degli altri parametri monitorati, che diminuiscono al T1 per poi aumentare nuovamente al T2 in entrambi i trattamenti, sono giustificate dal fatto che la terapia non è ancora giunta al termine e quindi anche il processo di guarigione e di accettazione della stessa da parte delle pazienti risulta difficoltoso. Infatti, nonostante le pazienti all'inizio della terapia siano convinte di voler guarire, condizione imprescindibile per la buona riuscita del trattamento, bisogna tener conto che il percorso è comunque tortuoso e che la patologia caratterizzata da svariati aspetti psicologici non permette sempre al soggetto di mantenere una certa lucidità e di evitare piccole ricadute e riprese di atteggiamenti negativi per la guarigione. Infatti, le pazienti, seppur si sottopongono volontariamente all'attenzione del medico, lo fanno per il disagio relativo alle conseguenze somatiche e psicologiche del digiuno, piuttosto che per la preoccupazione del dimagrimento di per sé (21).
La scelta del tipo di terapia da adottare deve essere ricondotta ad almeno tre ambiti: salute fisica e nutrizionale, condizioni psicologiche, condizioni psichiatriche (22) e deve essere differenziata a seconda delle fasi della malattia: acuta, dopo recupero del peso e cronica (APA 2006 livello I)(23). Vi sono evidenze di efficacia per diversi tipi di psicoterapie quali la terapia cognitivo-analitica, la terapia cognitivo comportamentale (Cognitive Beha-

vioral Therapy-CBT), la psicoterapia interpersonale (Interpersonal Psychotherapy-IPT), terapie focali psicodinamiche e interventi familiari esplicitamente focalizzati sul disturbo alimentare. La scelta del tipo di psicoterapia dovrebbe tener conto, oltre alla valutazione dello stato clinico della paziente (22), anche delle preferenze del paziente e, ove appropriato, dei familiari (NICE 2004 grado C)(12). Vi è qualche evidenza che in pazienti adolescenti, con breve durata di malattia, la terapia basata sulla famiglia, nella quale i genitori sono considerati una risorsa nel trattamento e nella cura del figlio affetto da AN e che prevede che i genitori giochino un ruolo attivo nel rialimentare il proprio figlio malato, assumendosene le responsabilità, possa essere più efficace di altri tipi di intervento psicologico nell'indurre un miglioramento sintomatologico a breve termine (24, 25). L'intervento psicoterapeutico deve essere accompagnato da una regolare valutazione delle condizioni fisiche che includa la misurazione del peso corporeo e di specifici parametri in grado di segnalare un eventuale aumento del rischio per la salute fisica (NICE 2004 grado C)(6).

Prevenire i Disturbi del Comportamento Alimentare

A causa dell'eziologia multifattoriale tipica dei DCA, i quesiti circa la possibilità di una prevenzione efficace sono ancora aperti(26). Tuttavia, i tipi di prevenzione possibili rimangono anche in questo caso tre: primaria, secondaria e terziaria. Classicamente la prevenzione primaria si pone come obiettivo quello di ridurre i fattori di rischio che sono appunto alla base dello sviluppo del quadro sindromico. Ruolo strategico in questa fase è svolto dall'educazione sanitaria ma soprattutto alimentare; così come il contrasto agli ideali socioculturali di magrezza eccessiva, o alla disinformazione circa diete poco o per nulla equilibrate. La prevenzione secondaria si basa principalmente sulla diagnosi tempestiva, tale da permettere una migliore efficacia della terapia e un contrasto alla cronicità del disturbo (27). Ci sono infatti evidenze scientifiche che mostrano come un trattamento precoce possa avere maggiore possibilità di successo (28, 29). Diagnosticare precocemente un DCA, non è sicuramente facile e richiede un approccio multidisciplinare che deve coinvolgere genitori, insegnanti, medici di medicina generale o pediatri di libera scelta, e che deve anche rendere facili le potenziali richieste di aiuto da parte delle ragazzine. Mentre, la prevenzione terziaria si fonda sulla prevenzione delle complicanze, comprese le forme più gravi come la morte o il suicidio. Tuttavia, quando si parla di prevenzione, è necessario porre molta attenzione al tipo di strategie da adottare, soprattutto quando il target dell'intervento è caratterizzato da bambini o adolescenti, che quindi si trovano a vivere una fase delicata del proprio sviluppo emotivo. Solo recentemente sono stati messi a punto alcuni programmi di prevenzione finalizzati a stimolare la discussione intorno ai messaggi inviati dai mass-media (30). Tuttavia, l'efficacia di tali programmi non è stato ancora completamente accertata.

Conclusioni

Riassumendo, sia il trattamento ambulatoriale intensivo che non intensivo si pongono tre principali obiettivi: rimuovere la psicopatologia del DCA (basata sul modo disturbato di mangiare, basso peso, comportamenti estremi di controllo del peso, preoccupazione per l'alimentazione), correggere i meccanismi che mantengono la psicopatologia, assicurare la continuità dell'efficacia del trattamento nel tempo. Il raggiungimento di tali obiettivi è di grande aiuto nel recupero del peso corporeo e delle sane abitudini alimentati a breve e lungo termine. In particolare i risultati dello studio mostrano un incremento statisticamente significativo del BMI nel trattamento intensivo, così come una riduzione dell'esercizio fisico eccessivo. Mentre per il trattamento non intensivo si registra una riduzione del numero di volte in cui le pazienti hanno ridotto le porzioni o che hanno praticato il food checking. Questo ancora una volta sottolinea l'importanza di scegliere insieme al paziente il trattamento che meglio si modella alle necessità del paziente.

È necessario formulare un accordo chiaro fra i clinici coinvolti su chi ha la responsabilità di monitorare i diversi aspetti della cura del paziente nel tempo. Tale accordo dovrebbe essere condiviso in modo partecipato con il paziente e, ove appropriato o necessario, con i familiari (NICE 2004)(12).

Lo scopo primario di un trattamento dei DCA è recuperare le normali condizioni nutrizionali. È infatti difficile ottenere modificazioni comportamentali, cognitive, emotive in una persona che sta subendo gli effetti psicologici del deperimento. I sintomi da digiuno comprendono infatti delle modificazioni cognitive, tra cui una diminuzione della capacità di concentrazione e di pensiero astratto, che non favoriscono la partecipazione ad una psicoterapia, così come le modificazioni emotive quali ansia, depressione, irritabilità, e l'esclusiva attenzione rivolta al cibo e all'immagine del corpo.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. DSM - V Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Raffaello C, editor2014.
2. De Virgilio G, Coclite D, Napoletano A, Barbina D, Dalla Ragione L, Spera G, et al. Conferenza di consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti. (Rapporti ISTISAN 13/6). Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2013.
3. Yilmaz Z, Hardaway JA, Bulik CM. Genetics and Epigenetics of Eating Disorders. Advances in genomics and genetics. 2015;5:131-50. PubMed PMID: 27013903. Pubmed Central PMCID: 4803116.
4. Cui H, Moore J, Ashimi SS, Mason BL, Drawbridge JN, Han S, et al. Eating disorder predisposition is associated with ESRRA and HDAC4 mutations. The Journal of clinical investigation. 2013 Nov;123(11):4706-13. PubMed PMID: 24216484. Pubmed Central PMCID: 3809805.
5. Eleanor H. Wertheim, Jody Koerner, Susan J. Paxton. Longitudinal Predictors of Restrictive Eating

and Bulimic Tendencies in Three Different Age Groups of Adolescent Girls. Journal of Youth and Adolescence. 2001;30(1):69-81.
6. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. Psychological bulletin. 2002 Sep;128(5):825-48. PubMed PMID: 12206196.
7. Gloria R. Leon, Jayne A. Fulkerson, Cheryl L. Perry, Pamela K. Keel, Kelly L. Klump. Three to Four Year Prospective Evaluation of Personality and Behavioral Risk Factors for Later Disordered Eating in Adolescent Girls and Boys. Journal of Youth and Adolescence. 1999;28(2):181-96.
8. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Beuhring T, Resnick MD. Disordered eating among adolescents: associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. The International journal of eating disorders. 2000 Nov;28(3):249-58. PubMed PMID: 10942910.
9. Tamás Treuer, Magdaléna Koperdák, Sándor Rózsa, János Füred. The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. European Eating disorder Review. 2005;13(2):106-11.
10. Wonderlich SA, Rosenfeldt S, Crosby RD, Mitchell JE, Engel SG, Smyth J, et al. The effects of childhood trauma on daily mood lability and comorbid psychopathology in bulimia nervosa. Journal of traumatic stress. 2007 Feb;20(1):77-87. PubMed PMID: 17345648.
11. Rheanna N. Ata, Alison Bryant Ludden, Megan M. Lally. The Effects of Gender and Family, Friend, and Media Influences on Eating Behaviors and Body Image During Adolescence. Journal of Youth and Adolescence. 2007;36(8):1024-37.
12. National Institue for Health and Care Excellence. Eating disorders in over 8s: management 2004. Available from: nice.org.uk/guidance/cg9.
13. Calugi S, Dalle Grave R, Sartirana M, Fairburn CG. Time to restore body weight in adults and adolescents receiving cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa. Journal of eating disorders. 2015;3:21. PubMed PMID: 26019868. Pubmed Central PMCID: 4445817.
14. Dalle Grave R, De Kolitsher L, Calugi S. La scheda di monitoraggio AIDAP. Uno strumento scientifico per la gestione del peso. Press P, editor. Verona2016.
15. Luxardi GL, Tisiot C. Anoressia, Bulimia & Co. Fuori dal tunnel Prata di Pordenone2009.
16. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Steele M, Steele H, Treasure J. Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. The British journal of medical psychology. 2001 Dec;74(Pt 4):497-505. PubMed PMID: 11780797.
17. Ringer F, Crittenden PM. Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association. 2007 Mar;15(2):119-30. PubMed PMID: 17676680.
18. Barone L, Guiducci V. Mental representations of attachment in eating disorders: a pilot study using the Adult Attachment Interview. Attachment & human development. 2009 Jul;11(4):405-17. PubMed PMID: 19603303.
19. Gander M, Sevecke K, Buchheim A. Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. Frontiers in psychology. 2015;6:1136. PubMed PMID: 26321974. Pubmed Central PMCID: 4530258.
20. Delvecchio E, Di Riso D, Salcuni S, Lis A, George C. Anorexia and attachment: dysregulated defense and pathological mourning. Frontiers in psychology. 2014;5:1218. PubMed PMID: 25389412. Pubmed Central PMCID: 4211560.
21. Blodgett Salafia EH, Jones ME, Haugen EC, Schaefer MK. Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. Journal of eating disorders. 2015;3:32. PubMed PMID: 26380085. Pubmed Central PMCID: 4570226.
22. Donini LM, Cuzzolaro M, Spera G, Badiali M, Basso N, Bollea MR, et al. [Obesity and Eating Disor-

ders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document]. Eating and weight disorders : EWD. 2010 Mar-Jun;15(1-2 Suppl):1-31. PubMed PMID: 20975326. Documento di Consensus. Obesita e Disturbi dell'Alimentazione Indicazioni per i diversi livelli di trattamento.
23. Joel Yager, Michael J. Devlin, Katherine A. Halmi, David B. Herzog, James E. Mitchell III, Pauline Powers, et al. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders 2006.
24. Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. The Cochrane database of systematic reviews. 2010 (4):CD004780. PubMed PMID: 20393940.
25. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. Archives of general psychiatry. 2010 Oct;67(10):1025-32. PubMed PMID: 20921118. Pubmed Central PMCID: 3038846.
26. dell'Alimentazione SIdP. La prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare 2013. Available from: http://psicopatologiaalimentazione.it/.
27. Dalla Ragione L, Vicini M, Ciarrocchi A. I disturbi del comportamento alimentare. Pianeta Galileo. 2011:157-63.
28. Dalle Grave R, El Ghoch M, Sartirana M, Calugi S. Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update. Current psychiatry reports. 2016 Jan;18(1):2. PubMed PMID: 26689208.
29. El Ghoch M, Calugi S, Chignola E, Bazzani PV, Dalle Grave R. Body mass index, body fat and risk factor of relapse in anorexia nervosa. European journal of clinical nutrition. 2016 Feb;70(2):194-8. PubMed PMID: 26419195.
30. Compare A, Calugi S, Marchesini G, Shonin E, Grossi E, Molinari E, et al. Emotionally focused group therapy and dietary counseling in binge eating disorder. Effect on eating disorder psychopathology and quality of life. Appetite. 2013 Dec;71:361-8. PubMed PMID: 24060270.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Ringraziamenti: gli autori ringraziano la dott.ssa Maria Vicini (Nutrizionista Centro DCA Residenza Palazzo Francisci, AUSL 2 dell'Umbria, Todi) per la lettura critica del manoscritto, oltre che per i preziosi consigli forniti durante la stesura della versione finale dell'elaborato.

Recensioni

Anthony B. Atkinson: Disuguaglianza. Cosa si può fare? Milano: Raffaello Cortina; 2015, pp. 392.

"It is not the economy, stupid, it is politics". Si potrebbe sintetizzare così il messaggio che Anthony Atkinson lancia al lettore di questo suo testo allo stesso tempo rigoroso e impegnato: le radici della disuguaglianza economica e di tutto quello che ne consegue non si annidano in qualche ineluttabile legge economica, ma sono il frutto di scelte politiche.

Per fondare questa affermazione l'autore si affida ad un percorso "diagnostico" trasparente, in cui esamina la casistica disponibile sul piano storico, analizzando i periodi in cui la disuguaglianza è diminuita. In tal modo A. osserva che non si tratta solo di periodi eccezionali in tempi di guerra ma anche dei decenni del secondo dopoguerra in Europa e dell'ultimo decennio in America Latina. Anche se ogni periodo storico ha peculiarità proprie, imparare dalla storia può sempre essere utile. E l'analisi dei dati storici, dove oltre al lavoro dell'autore emergono contributi di altri economisti, tra cui in particolare Picketti, con cui Atkinson ha lavorato spesso, fanno emergere come una diminuzione della disuguaglianza si sia prodotta grazie ad una combinazione fra:

- *ridotta disuguaglianza dei redditi di mercato* (che sul piano storico non risultano affatto determinati da forze esogene su cui non abbiamo alcun controllo, essendovi forti evidenze sul ruolo del contesto sociale in cui operano i mercati);
- *ridistribuzione più efficace* (anche attraverso opportuni strumenti di tassazione progressiva);
- ***un sostanziale maggiore controllo sulle sedi dei processi decisionali*** (dove vengono fatte le grandi scelte che influenzano sia il reddito e la vita dei singoli che l'equilibrio del potere tra gli individui e tra i gruppi nella società), presidiate da forze che sono riuscite ad equilibrare:
  - la distribuzione dei redditi tra salari e capitale;
  - la grande direzione dei cambiamenti tecnologici, di cui A. esplora gli elementi determinanti al fine di capire come questi possano essere imbrigliati in modo da migliorare la possibilità di vita di lavoratori e consumatori, senza dare per scontato che lo sviluppo tecnologico debba per forza produrre l'espulsione dell'apporto umano ai processi lavorativi, un fatto che deriva a sua volta da scelte tanto precise per l'interesse di pochi quanto irricevibili nella prospettiva dell'interesse dei molti.

Su questa base A. declina in modo dettagliato 15 proposte per l'azione e ne verifica la sostenibilità in primo luogo nello scenario inglese, cercando però di non restringerne l'applicabilità a quel solo contesto. Mentre la maggior parte delle proposte comprendono le classiche misure sulla fiscalità progressiva e la protezione sociale, uno dei temi principali del libro verte sull'importanza di misure atte a rendere meno disuguali i redditi delle persone prima delle imposte e dei trasferimenti governativi, individuando due terreni di "prevenzione primaria" su cui insistono con esemplare chiarezza le prime 4 proposte:

- proposta 1: la direzione del cambiamento tecnologico deve essere una preoccupazione esplicita della politica: va incoraggiata l'innovazione in una forma che aumenti l'occupazione mettendo in rilievo la dimensione umana della fornitura di servizi;

- proposta 2: la politica pubblica deve mirare ad un equilibrio appropriato di poteri fra gli stakeholder ed a questo fine deve: a) introdurre una dimensione distributiva esplicita nelle regole della concorrenza, b) garantire un quadro giuridico di riferimento che consenta ai sindacati di rappresentare i lavoratori a pari diritti e c) formare ove già non esista un Consiglio sociale ed economico che coinvolga le parti sociali ed altri organismi non governativi;
- proposta 3: il governo deve adottare un obiettivo esplicito per prevenire e ridurre la disoccupazione e deve sostenere tale obiettivo offrendo un impiego pubblico garantito a salario minimo a quanti lo ricercano;
- proposta 4: deve esistere una politica salariale nazionale, fondata su due elementi: un salario minimo legale fissato a livello di salario vitale ed un codice di buone pratiche per le retribuzioni al di sopra del minimo, concordato nell'ambito di una conversazione nazionale che coinvolga il Consiglio sociale ed economico.

Nel clima sfrenatamente neoliberista che imperversa in Italia queste proposte possono risultare del tutto dissonanti con le attuali politiche governative e con le tristi applicazioni di un modello di capitalismo estrattivista agli antipodi della *Health in All Policies*, in quanto mettono a valore la vita con mutui ad hoc per scuola, casa e pensione, confinano i migranti negli inferni costruiti da politiche estere tanto predatorie quanto produttive di caos sistemico, ridicolizzano le promesse sulla rivoluzione energetica con il rilancio delle trivelle e dell'energia fossile.

Trovo in esse, accanto ad un rigore nell'approccio analitico di indubbio valore didattico e formativo, analogie profonde con quanto sostenuto già nel 2009 in "Closing the gap" dalla Commissione sui Determinanti Sociali della salute dell'OMS, con la radicalità delle politiche che hanno visto Bernie Sanders negli Usa e Jeremy Corbin in UK guidare processi politici di rifiuto dell'ordine neoliberista esistente che trovano crescente consenso nei giovani e, tanto per citare solo alcuni processi salienti, la radicalità di Marmot nel suo splendido testo "La salute diseguale" (di cui abbiamo già pubblicato una ottima recensione della prof. Liliana Minelli) dove si stigmatizza, sulla base di evidenze epidemiologiche, *"l'organizzazione della miseria"* cui punta l'ordine economico attuale, invitando esplicitamente ad *azioni* per superarlo.

Siamo in presenza di una critica sociale che si sviluppa all'interno delle stesse formazioni economico sociali che nei primi anni '80 hanno fatto da culla al mito del "laissez faire au marchè", che a sua volta ha comportato, soprattutto negli USA che ne hanno dato l'applicazione più integralista, una governamentalità capace di consumare in breve tempo gli stessi partiti repubblicano e democratico che si erano impegnati nella loro gestione e aprendo così le forze del potere alle derive suprematiste trumpiane che ora spingono ambiente e pace sull'orlo del baratro.

Certo A. non propone un cambio radicale di sistema: le sue proposte vanno nella direzione di "tosare la pecora" per domare gli spiriti animali dell'economia neoliberista. Aprono però un dibattito quanto mai necessario e salutare: non è vero che non c'è alternativa alla disuguaglianza crescente.

Chiosa: il pensiero critico nel mondo anglosassone: analisi, proposta e azione. E il pensiero critico europeo?

Carlo Romagnoli

V. Alastra (a cura di). Etica e salute. Sguardi etici sulla pratica e sull'organizzazione sanitaria. Trento: Erickson; 2014, pp. 223.

L'ASL di Biella ha dato il via ad una serie di progetti finalizzati a "rivitalizzare una certa cultura etica nei contesti organizzativi sanitari" realizzati tra il 2009 e il 2011, "spinti da un'emergenza pressante di evitare un alto rischio di accreditare approcci superficiali e strumentali alle questioni oggetto di una riflessione etica" come riferiscono i protagonisti (Alastra, Piunti, Zamperone e Zulian) nell'introduzione al volume. Dai progetti si è giunti alla realizzazione di due Carte etiche, sull'"ascolto" e sul "dare qualità e vita al lavoro", che hanno fatto punto di riferimento per le ASL dell'Area Piemonte Nord Orientale.

È stato quindi realizzato un ciclo di conferenze rivolte ad operatori della sanità che "riprendendo e approfondendo confronti e dibattiti avviati da tempo, ha dato corpo a questa pubblicazione" che si articola in ben 12 capitoli, oltre quello introduttivo.

La lettura è molto interessante, in quanto affronta praticamente, da parte di autori qualificati provenienti da mondi della ricerca e del sociale molto diversi, tutti i campi del lavoro della sanità che impattano maggiormente con problemi etici, anche scottanti come il fine vita, la ricerca e le nuove tecnologie.

La medicina è confrontata con l'etica in riferimento alla multiculturalità, nei suoi aspetti religiosi e antropologici, con i profondi mutamenti introdotti in una società che ha subito grandi modificazioni a seguito di un'interculturalità sempre maggiore e della presenza di diverse etnie e professioni di fede. Ma anche il rapporto dell'etica con l'economia, la formazione degli operatori, la cura e la comunicazione.

In ambito biomedico vengono messi in discussione il principio deontologico con quello di utilità, etica kantiana contro etica utilitaristica. La bioetica è oggetto di trattazione abbondante, rispetto alla giustizia, all'allocazione delle risorse ed alle politiche sanitarie, laddove viene messa in grande evidenza l'irrazionalità di molte scelte nel governo della sanità. Il Fine vita è affrontato con grande attenzione in una visione laica rispetto alle posizioni religiose che risultano spesso in contrasto con gli stessi loro principi fondanti. Una discussione è aperta su Etiche diverse a confronto nell'ambito della bioetica, a nostro parere assai discutibile in quanto si ammettono etiche diverse, una legata alla fede ed una alla ragione ed alla scienza. Personalmente ritengo che l'etica sia una sola, come peraltro si dice nel volume stesso, il rispetto dell'individuo e della sua integrità, i suoi doveri nei confronti di tutti gli altri. Tutto il resto è ideologia, rispettabile e da rispettare solo da coloro che vi si riconoscono.

Il caso più eclatante e più semplice è quello dei vaccini e delle vaccinazioni, in cui chi si sottrae non per necessità viene meno appunto al rispetto degli altri nei confronti dei quali diviene un pericoloso elemento di trasmissione. E l'eticità verso coloro che non possono essere vaccinati per incompatibilità evidente impone a tutti gli altri di essere vaccinati.

Lamberto Briziarelli

Documenti

Salute in tutte le politiche: manuale di formazione

Health in all policies: training manual

ISBN 978 92 4 150798 1 © World Health Organization 2015.
http://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/

Proponiamo di seguito alcune parti iniziali del Manuale di formazione OMS per supportare l'adozione e la messa in pratica di politiche HiAP a livello governativo, sia per l'approccio metodologico che per stimolare lo sviluppo di esperienze basate sull'approccio OMS, nella speranza di riuscire a roinrienatre le poltiche pubbliche del nostro Paese, attualmente appiattite sulla vulgata neoliberista.

Scopo del manuale di formazione

Lo scopo di questo manuale, disponibile oltre che in inglese in arabo, cinese, russo, spagnolo e francese è quello di fornire una risorsa per la formazione per aumentare la comprensione della salute in tutte le politiche (HiAP) dei professionisti della salute e di altri settori.

I materiali di questo manuale sono stati preparati per costituire la base didattica di seminari della durata di due o tre giorni, in cui:

- Costruire capacità per promuovere, implementare e valutare HiAP;
- Incoraggiare l'impegno e la collaborazione tra i settori;
- Facilitare lo scambio di esperienze e lezioni apprese;
- Promuovere la collaborazione regionale e globale su HiAP;
- Promuovere la diffusione delle competenze per sviluppare corsi di formazione per i formatori.

Si prevede che questi workshop si svolgano a livello regionale e nazionale, spesso con il sostegno dell'OMS. Allo stesso tempo, utilizzando la sua piattaforma globale, l'OMS sosterrà lo sviluppo di standard di formazione a livello globale, attraverso leve di cambiamento come la formazione rivolta ai formatori e cambiamenti curriculari nelle scuole e nelle università.

Questo manuale di formazione è destinato a target come Università, Sanità Pubblica, organizzazioni non governative, istituti di formazione governativi e organizzazioni intergovernative.

La formazione è strutturata per indirizzare i professionisti di livello medio-alto nel campo della policy-making e della governance di tutti i settori che influenzano la salute.

Questi includono:

- la sanità
- l'occupazione
- l'alloggio
- lo sviluppo economico
- la finanza

- il commercio
- l'ambiente e la sostenibilità
- la sicurezza sociale
- l'istruzione
- l'agricoltura
- la pianificazione urbana.

A seconda del contenuto, sarebbe anche consigliabile includere partecipanti dalla società civile.

Riepilogo dei contenuti

Questo percorso formativo sulla HiAP comprende 12 moduli composti da conferenze interattive e attività di gruppo.

Modulo Panoramica

1) *Introduzione e determinanti della salute*
   Introduzione iniziale alla HiAP e ai determinanti sociali della salute.
2) *Dinamiche sanitarie del ventunesimo secolo e diseguaglianze*
   Introduce i partecipanti, specialmente quelli privi di uno specifico background in sanità, a fatti quali il carico di malattia e le tendenze socioeconomiche contemporanee come la globalizzazione e l'urbanizzazione che influenzano la salute delle popolazioni e le disuguaglianze sanitarie.
3) *Salute in tutte le politiche (HiAP)*
   Descrive la storia, la logica e i principi dell'approccio HiAP.
4) *Il processo decisionale*
   Dettaglia il processo decisionale in relazione alla HiAP compresi argomenti come l'inquadramento dei problemi e la gestione della complessità.
5) *Il ruolo del governo nella HIAP*
   Spiega il ruolo del governo nella promozione, implementazione e valutazione della HiAP inclusi i meccanismi con cui diversi dipartimenti o settori governativi possono collaborare per migliorare la salute delle popolazioni.
6) *Preparazione di rapporti sulle politiche HiAP*
   Passa in rassegna le caratteristiche qualitative che rendono efficace un rapporto scritto e fornisce ai partecipanti una opportunità di perfezionare queste abilità preparando e presentando un breve rapporto sulla politica HiAP.
7) *Il ruolo degli stakeholder non-governativi nella HiAP e negli approcci ribvolti all'intera comunità*
   Introduce i partecipanti al concetto di HiAP e sottolinea l'importanza di coinvolgere con ruoli differenziati molteplici attori, tra cui la società civile e l'industria.
8) *Negoziazione per la salute*
   Fornisce importanti considerazioni per la conduzione e la riuscita dei negoziati per la HiAP, preparando i partecipanti ad utilizzare queste conoscenze attraverso giochi di ruolo.
9) *Implementazione delle politiche HiAP a livello locale, regionale e globale*
   Vengono elaborati, utilizzando studi di caso, alcuni dei modi in cui la HiAP viene implementata con successo a livello locale, regionale e globale.
10) *Misurare i progressi nella salute*
    Discute le questioni relative al monitoraggio e alla valutazione, i cambiamenti nella salute della popolazione a causa di una politica pubblica efficace e prevede l'introduzione dei partecipanti a strumenti come valutazioni di impatto sanitario e analisi degli obiettivi di salute.

11) *Il ruolo di leadership del settore sanità in HiAP*
Sottolinea il ruolo di leadership critico della sanità nel promuovere HiAP.
12) *Fasi successive e adeguamenti*
Recupera i messaggi chiave del Manuale e propone modi in cui i partecipanti possono imparare a mettere in pratica quanto appreso.

Moduli aggiuntivi
L'OMS sottolinea come si sia cercato di includere più materiali pertinenti possibili, il che non esclude che ci siano inevitabilmente problemi che possono essere ulteriormente approfonditii.
Se i paesi o le regioni vogliono espandere questo manuale, moduli supplementari da sviluppare o temi da considerare ulteriormente che rappresenterebbero importanti aggiunte a quanto qui proposto possono consistere in:
- economia dei determinanti sociali della salute;
- obiettivi intersettoriali che contribuiscono alla salute;
- legislazione sulla salute pubblica e diritti umani;
- incentivi per la responsabilità del settore privato;
- etica della salute pubblica.

Componenti del modulo
I moduli di questo manuale di formazione sono costituiti dai seguenti componenti:
- tempi;
- obiettivi formativi;
- messaggi chiave;
- lettura chiave per i partecipanti;
- materiale di supporto per istruttori;
- lezioni;
- attività del gruppo;
- disegni;
- discussioni di gruppo.

L'inizio di ogni modulo fornisce anche suggerimenti ai formatori su come strutturare la sessione di lavoro e gestire il tempo. Si spera fortemente che i formatori in diverse regioni e paesi adatteranno e completeranno il materiale didattico e la struttura del corso ai loro specifici contesti operativi.
Oltre ai materiali didattici suggeriti e ai messaggi chiave, questo manuale di formazione contiene vari casi di studio che evidenziano applicazioni pratiche della HiAP i paesi a basso, medio e alto reddito nelle diverse regioni dell'OMS. Si tratta solo di alcuni esempi e suggeriamo ai formatori di cercare attivamente buoni studi di caso che riflettano il proprio contesto e l'esperienza dei partecipanti.
I partecipanti saranno anche introdotti ad una serie di strumenti politici per l'implementazione di HiAP, incluso come condurre un'analisi delle parti interessate, svolgere i negoziati e preparare una valutazione dell'impatto sanitario (HIA).
Le appendici a questo manuale di formazione includono un elenco degli obiettivi di apprendimento, un quadro di riepilogo per ogni modulo, un elenco completo di letture per i partecipanti, supporto materiale per i formatori, moduli di valutazione dei corsi e un glossario.
Le appendici includono anche una lunga sezione di risorse e supporti per l'insegnamento.

Approccio educativo

Questo manuale di formazione è stato preparato con la convinzione che i partecipanti al workshop avrebbero guadagnato il meglio da una pedagogia basata sia sull'apprendimento legato al "fare", che "partecipativa". Vale a dire, i moduli valorizzano le discussioni e le attività di gruppo per consentire ai partecipanti di costruire e applicare le loro conoscenze ed esperienze. Ogni modulo contiene i materiali didattici suggeriti, inclusi i disegni. Però, i formatori sono incoraggiati ad adattare e completare il percorso per renderlo più rilevante per gli specifici ambiti di provenienza e esperienza dei partecipanti. A seconda della situazione, gli istruttori potrebbero voler espandere il tempo assegnato alle lezioni o alle discussioni. *I nostri suggerimenti sono solo indicativi.*

(Traduzione di Carlo Romagnoli)

Manifesto FNOMCeO per l'equità nella salute[1]

Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

In questi anni è stata rivolta sempre maggiore attenzione al tema dell'equità nella salute attraverso lo sviluppo di azioni in grado di promuovere interventi di riduzione delle disuguaglianze e proposte per tutelare i gruppi più vulnerabili. Il Codice di Deontologia Medica stabilisce, infatti, che è compito del medico promuovere l'eliminazione di ogni forma di disuguaglianza nella tutela della salute.
In risposta a specifiche raccomandazioni dell'Unione Europea e su mandato della Conferenza Stato Regioni, in Italia negli ultimi anni è stata avviata una diffusione della cultura dell'equità nella salute promuovendo presso tutti gli attori del sistema sanitario una maggiore sensibilità al problema e chiedendo loro un contributo di partecipazione attiva al processo. Un esempio concreto è rappresentato dall'attività di consultazione promossa dalla FNOMCeO presso i diversi Ordini professionali provinciali per mezzo dei loro referenti o delle Commissioni ordinistiche sulla salute globale affinché promuovessero iniziative e momenti di confronto presso i propri iscritti. Allo stesso tempo alcune società scientifiche e professionali hanno manifestato l'interesse a ingaggiarsi perché i soci sviluppino attitudini maggiormente rivolte all'equità, rivolte al proprio contesto professionale e alla tutela dei gruppi più vulnerabili. A questo riguardo un punto di riferimento particolarmente importante risulta l'esperienza inglese del Royal College of Physicians (RCP), che ha saputo elaborare una lista di raccomandazioni, ispirata al lavoro di revisione indipendente svolto da Sir Michael Marmot e nato con l'intento di individuare interventi basati sull'evidenza scientifica e buone pratiche per la riduzione delle disuguaglianze. Le dichiarazioni di intenti del RCP hanno coinvolto diversi ordini e collegi professionali specifici che a loro volta hanno trasferito nel proprio contesto le raccomandazioni traducendole in impegni per i propri associati.
Il gruppo di lavoro sulla "Salute globale, sviluppo e cooperazione internazionale" della FNOMCeO propone, dunque, di proseguire anche in Italia il suo impegno su questa via, elaborando una proposta di carta sulle responsabilità dei medici per rendere la salute più uguale e promuovere e sostenere politiche e azioni di equità nella salute. Le principali linee di impegno sono:

- favorire una maggiore sensibilità al tema delle diseguaglianze di salute;
- divulgare esempi di azioni concrete e buone pratiche relativamente ai grandi temi dell'equità;
- sostenere l'attività dei decisori in questo senso affinché, a vari livelli, possano metterle in pratica adattandole al loro contesto;
- dare visibilità a quanto è stato fatto presso alcuni Ordini provinciali a sostegno del tema dell'equità e a diffonderle su tutto il territorio nazionale;
- approvare una lista di raccomandazioni generali ispirate all'equità per la pratica quotidiana del medico;

1. Presentato al Convegno: "La Salute Diseguale e le risposte dei servizi sanitari" Reggio Emilia, 2 dicembre 2017

- promuovere linee di indirizzo specifiche sul rapporto medico-migrante straniero;
- ingaggiare le diverse comunità scientifiche fornendo loro esempi e strumenti specifici volti all'equità;
- coinvolgere le istituzioni accademiche e del SSN per introdurre la lente dell'equità nella formazione dei medici e delle professioni sanitarie.

Questo documento si focalizza pertanto sullo sviluppo di raccomandazioni volte a supportare azioni e buone pratiche del medico per la riduzione delle disuguaglianze nella salute, esplorando le modalità con cui i professionisti della salute possono agire sui determinanti di salute.

I campi su cui agire per ridurre le disuguaglianze di salute: il ruolo dei professionisti

1. Comprendere il problema: educazione e formazione

Un elemento fondamentale per permettere ai professionisti della salute di agire sulle disuguaglianze di salute, incorporando un indirizzo di azione volto all'equità all'interno della pratica quotidiana, è quello dell'educazione e della formazione. Esse devono essere mirate a sviluppare sia conoscenze sui determinanti sociali di salute e i meccanismi in cui essi agiscono, sia abilità pratiche, attitudini e competenze specifiche. Queste attività devono essere parte del percorso d'istruzione universitaria, post laurea e della formazione continua. La formazione deve naturalmente proseguire nell'informare su tipi di interventi, strategie e buone pratiche che, secondo la letteratura, si sono dimostrate efficaci nel ridurre le disuguaglianze di salute considerando il contesto in cui sono state applicate. Fondamentale è acquisire buone capacità comunicative in grado di aumentare il livello di informazione e consapevolezza dei pazienti, tenendo conto delle possibili barriere, per esempio linguistiche o legate a pazienti con disabilità, e i metodi per superarle. Un esempio di integrazione dell'offerta formativa è quello rappresentato dal corso ECM di formazione a distanza sul tema "Salute globale ed equità" promosso dal gruppo di lavoro FNOMCeO "Salute globale, sviluppo e cooperazione internazionale".

Che cosa può fare il medico: Ampliare la propria formazione sui meccanismi di azione dei determinanti sociali di salute e sui metodi per contrastare le disuguaglianze ricercando offerte formative sul tema dell'equità all'interno del proprio percorso di formazione e di aggiornamento continuo.

2. Costruire l'evidenza: monitoraggio e valutazione

Il monitoraggio e la raccolta dei dati è un processo fondamentale per tracciare la salute di una popolazione e per fornire informazioni epidemiologiche alla base di policy e strategie di programmazione. È necessario pertanto condividere informazioni, esperienze, interventi e buone pratiche a vari livelli per indurre un cambiamento generalizzato. I professionisti della salute rivestono un ruolo fondamentale nel raggiungere questo obiettivo, non solo in senso globale ma anche a livello individuale, rappresentando una componente vitale nella raccolta dei dati e nel fornire spunti per la programmazione.

Che cosa può fare il medico: Rafforzare la collaborazione e la condivisione dei dati mediante un ruolo di partecipazione attiva; condividere esperienze con i colleghi e con altri professionisti di area sanitaria; approfondire la raccolta di informazioni sugli aspetti sociali del paziente; considerare l'importanza delle informazioni sociali ottenute mediante eventuali sistemi di telemonitoraggio e intervenire segnalando i casi con difficoltà a servizi di supporto idonei.

3. Il setting clinico: lavorare con gli individui e le comunità

La relazione medico-paziente è il cuore della pratica medica e rappresenta un momento fondamentale per comprendere i bisogni dei pazienti e come questi siano condizionati dal contesto in cui essi vivono. Fondamentale è inoltre intervenire collaborativamente al fine di incoraggiare uno stile di vita più sano; una buona interazione con il paziente è in grado, infatti, di impattare positivamente sul suo livello di

salute. In molti paesi l'approccio tradizionale di tipo paternalistico, visto come solo scambio di informazioni mediche, è stato sostituito da un modello in cui l'incontro clinico si amplia di una componente motivazionale e di pianificazione più strutturata della cura, comprendente anche il sostegno sociale. Un altro modo attraverso il quale gli operatori dei servizi sanitari possono influenzare i determinanti sociali di salute è cooperare all'interno della propria comunità locale costruendo elementi di coesione sociale.
Che cosa può fare il medico: Ampliare l'anamnesi con la raccolta degli aspetti sociali del paziente e prolungare il tempo dedicato all'incontro clinico con coloro che presentano condizioni complesse; nel caso di pazienti affetti da malattie croniche, prevedere una pianificazione delle cure considerando un'eventuale "prescrizione sociale" e nel caso in cui non siano disponibili servizi adeguati, discutere con il paziente e la sua famiglia di possibili alternative di supporto ed eventualmente contattare direttamente i servizi per loro conto; favorire i rapporti con il territorio creando reti di sostegno reciproco.

4. L'organizzazione dell'assistenza sanitaria: il medico come direttore
Le figure professionali che lavorano nella pianificazione e programmazione sanitaria a vari livelli hanno importanti opportunità e responsabilità nel ridurre le disuguaglianze di salute. È importante che il loro lavoro sia letto attraverso la lente dell'equità, evitando i modelli organizzativi che non considerano l'impatto dei determinanti sociali. Occorre pertanto considerare non solo l'aspetto clinico nella scelta dell'organizzazione delle cure, ma puntare anche sul potenziamento del sostegno sociale, specialmente delle aree deprivate e creare gruppi interni di clinici esperti nelle situazioni più vulnerabili quali per esempio i migranti stranieri.
Che cosa può fare il medico: Come direttori di un'attività sanitaria, porre obiettivi di equità a vari livelli attraverso modelli in grado di misurare e impattare sui determinanti sociali di salute; incoraggiare la formazione sul tema dell'equità tra i propri operatori e favorire l'accesso alle cure dei gruppi svantaggiati attraverso iniziative dedicate.

5. Lavorare in partnership: all'interno e oltre il settore della salute
Lavorare in partnership è essenziale per mettere in atto interventi efficaci per la riduzione delle disuguaglianze, pertanto l'azione per migliorare la salute deve essere condotta collaborativamente attraverso gruppi multidisciplinari. L'influenza dei professionisti sanitari si esplica, infatti, anche nei confronti di altri settori chiave nella riduzione delle disuguaglianze al di fuori della sanità; migliorare le condizioni sociali quali determinanti di salute è uno sforzo integrato e i medici sono chiamati, in qualità di professionisti della salute, a sviluppare le loro competenze nel creare collaborazioni e partnership.
Che cosa può fare il medico: Creare reti e gruppi multidisciplinari che comprendano gli stakeholder di altri settori (per esempio istruzione, protezione sociale) per il potenziamento degli individui e delle comunità e partecipare alla creazione di politiche pubbliche multisettore.

Le raccomandazioni per i professionisti delle cure primarie, uno strumento per la pratica clinica
I medici delle cure primarie hanno l'obiettivo di fornire un'assistenza di alta qualità rivolta in modo olistico alla cura dei pazienti e alle famiglie in risposta ai loro bisogni. La buona pratica clinica può pertanto essere portata avanti dai professionisti delle cure primarie con un importante contributo alla riduzione delle disuguaglianze. Rispondere in modo efficace ai bisogni dei gruppi più vulnerabili comprende una serie di azioni:

- assicurare un colloquio clinico in tempi adeguati e gestire gli appuntamenti in modo flessibile per facilitare l'accesso e le relazioni continue soprattutto con coloro che hanno scarso controllo sulla propria vita;

- prendere in cura il paziente considerando l'ambiente da cui proviene e le condizioni sociali in cui vive;
- fornire un'assistenza multidisciplinare poiché i soggetti più vulnerabili beneficiano maggiormente di raccomandazioni derivanti da più professionisti della salute;
- evidenziare, con un allarme all'apertura della cartella clinica, i pazienti fragili o a rischio di svantaggio nella salute o nell'accesso alle cure;
- instaurare rapporti stretti e monitorare i pazienti affetti da patologie psichiatriche o disabilità intellettiva nell'aderenza alla terapia;
- monitorare l'aderenza ai programmi di screening;
- potenziare la comunicazione con i pazienti, specialmente con coloro che vivono in scarse condizioni abitative e difficilmente raggiungibili;
- informare i pazienti sui servizi disponibili sul territorio, compresi quelli sociali e, se necessario, contattarli per loro conto;
- mettere a contatto i tirocinanti e gli studenti con situazioni dove si evidenzi l'effetto dei determinanti sociali sulla salute e al contempo agiscano modalità di contrasto.

Un ulteriore esempio di indirizzo professionale per facilitare un'attività orientata all'equità nel settore delle cure primarie è quello elaborato dal convegno FNOMCeO di Vibo Valentia sul rapporto medico-migrante straniero "10 atteggiamenti e azioni del medico in aiuto al migrante":

1. evitare pregiudizi e preconcetti;
2. conoscere la frequenza e le principali caratteristiche delle malattie legate ai paesi di provenienza;
3. tenere conto delle differenze di cultura dell'immigrato quando lo si visita e quando si fa una prescrizione;
4. conoscere i diritti e i doveri dei migranti nell'accesso al servizio sanitario e nello specifico gli aspetti amministrativi riguardanti le diverse categorie: rifugiati, richiedenti asilo, migranti economici, stranieri temporaneamente presenti (codice STP), cittadini europei non iscritti all'SSN (codice ENI);
5. utilizzare il mediatore culturale e sensibilizzare l'amministrazione alla disponibilità di mediatori formati;
6. indagare sulle condizioni socio-familiari (per esempio solitudine, disponibilità di alimenti, economica…) e utilizzare queste informazioni a supporto della diagnosi e nell'impostazione della terapia e del percorso assistenziale;
7. dichiarare quale lingua veicolare il medico è in grado di utilizzare;
8. verificare la comprensione delle prescrizioni date (per esempio chiedendo al migrante di scriverle nella propria lingua);
9. programmare i controlli successivi con appuntamento;
10. indirizzare e orientare il migrante agli altri servizi sanitari e, se necessario, supportarlo nell'accesso ai servizi sociali e amministrativi.

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Finito di stampare nel mese di dicembre 2017

Per gli autori

La rivista pubblica

Editoriali, contributi di impostazione concettuale, rassegne, rapporti di ricerche, esperienze, atti di congressi, dibattiti, notiziario.

Gli Editoriali sono pubblicati solo su invito da parte del Comitato di Redazione.

L'accettazione degli Articoli per la pubblicazione è soggetto alla valutazione dei referee.
Gli Autori sono invitati a modificare i documenti in relazione alle eventuali osservazioni dei referee, altrimenti l'articolo non verrà pubblicato. I nomi dei referee non sono comunicati agli Autori. Gli Autori sono pienamente responsabili dei loro scritti.
Il testo degli articoli, in formato word, non deve superare i 40.000 caratteri (spazi inclusi), oltre a riassunti e bibliografia.

La prima pagina deve contenere:
• il titolo (inglese e italiano)
• 3/5 parole chiave (inglese e italiano)
• riassunto (inglese e italiano)

I riassunti devono essere organizzati come segue: obiettivi, metodi, risultati, conclusioni.
Nome del/degli Autore/i (nome per esteso e cognome) e affiliazione. La Bibliografia deve essere redatta secondo il Vancouver Style. Per la corrispondenza, deve essere indicato indirizzo completo, numero di telefono, numero di fax ed e-mail dell'autore di riferimento.
Tabelle e figure (al massimo sei) devono essere inviati come file individuali in formato Pdf, numerati progressivamente nell'ordine in cui sono citati, completati dalla didascalia. Devono essere prodotti esclusivamente in scala di grigio. Tabelle e dati provenienti da documenti che sono stati già pubblicati devono essere accompagnati dall'autorizzazione scritta dell'autore.

Diritti d'autore
La proprietà letteraria e artistica di quanto pubblicato è riservata alla Rivista. È autorizzata la riproduzione, anche parziale di quanto pubblicato purché ne sia citata la fonte.

Conflitto d'interesse
Alla fine del testo, nella voce "Conflitti d'interesse dichiarati" gli autori devono indicare eventuali rapporti finanziari e personali con altre persone o organizzazioni che potrebbero influenzare impropriamente il loro lavoro. Esempi di potenziali conflitti d'interesse: lavoro, consulenze, partecipazione azionaria, onorari, testimonianze di esperti pagati, domande di brevetto/registrazione, sovvenzioni o altri finanziamenti.
Tutti i contributi devono essere inviati via e-mail a: paola.beatini@unipg.it