

Come produrre salute: un modello ad hoc

Fausto Felli

Presidente Istituto Italiano
Qualità del Vivere

Un modello di promozione e produzione della salute (Mpps) per essere veramente efficace non può non coinvolgere ampi strati della popolazione attraverso associazioni e rappresentanti della società civile. Su questo assunto si fonda il modello di sperimentazione che oggi vede coinvolta la Asl di Foggia con la partnership di importanti interlocutori europei

La razionalizzazione “interna” al settore sanità andrebbe associata a una razionalizzazione “esterna”, facendo entrare in scena un vero e proprio sistema di produzione della salute. Di fatto nel nostro Paese esiste un Patto per la Salute, un progetto Ministeriale dal nome “Guadagnare Salute”, un Piano Nazionale per la Salute dell’Anziano che testimoniano una enorme volontà di cambiamento tanto sincera quanto meritevole di sostegno e di sforzi concreti di attuazione. In Puglia la legge 25 del 3 agosto 2006 e il Progetto di Piano Regionale di Salute costituiscono esempi di una politica che costruisce premesse e non promesse. E ben sappiamo che le premesse sono una sorgente di responsabilità e non un parcheggio onirico, come le promesse. Il concetto di salute ha un’accezione diversa da quella che siamo stati abituati a declinare con “sanità”, vuol dire nuovi punti di vista, nuovi obiettivi, nuovi metodi, nuove professionalità, se necessarie. Il sistema salute è corale, collettivo, figlio di alleanze convinte e a loro volta capaci di convincere. In sanità prevale il sistema “a prestazione”, con tutte le conseguenze organizzative, di tipologie di impiego delle risorse ecc. In ambito di salute la “prestazione” deve cedere il passo al “percorso”, ovvero ad una attività “accanto” al paziente “nel tempo”, e non a uno spot o a una somma di spot. Più salute si produce, meno sanità si paga. La questione della promozione, tutela e produzione della salute è infatti universalmente accettata come l’emergente tipologia di spesa del prossimo futuro, stante l’evi-

dente impossibilità di mantenere l’attuale sistema di impiego delle risorse come unica modalità di spesa. Esistono allo stato attuale, presenti in modo estremamente polverizzato, molteplici e valide evidenze scientifiche, buone pratiche, principi, criteri ed esperienze che confortano circa la possibilità di contrastare gli eventi evitabili in termini di morbilità e mortalità, raggiungendo il duplice obiettivo di migliorare la qualità del vivere e ostacolare l’evoluzione delle principali patologie. È necessario tuttavia evidenziare che per contraltare non esiste una particolare attenzione alla questione delle politiche attuative e la sperimentazione, laddove è messa in pratica, tende a riprodurre modelli di occasionalità e scarsa omogeneità sul territorio. Tali caratteristiche rappresentano dei veri e propri punti di debolezza che hanno come risultato quello di annullare l’effetto “sommatoria” dei diversi interventi quando questi, sia pur validi, vengano realizzati in territori diversi e distanti. Un’altra questione altrettanto importante è quella dell’impatto sulla popolazione, che non può non risultare insufficiente quando si producono esperienze a basso profilo numerico.

■ Applicazione su larga scala

Il produrre salute nell’accezione teorica ha il significato di una conquista sociale e tale resta se ci si ferma al solo livello di enunciazione, da teoria può diventare prassi se si prendono in considerazione i numeri. Quando si pensa a una applicazione su larga scala (e altro non potrebbe essere parlando di salute) occorre

progettare specifiche strategie, tattiche, metodologie e tecno-metodologie. È necessario uno specifico disegno per quel che concerne uno dei suoi item fondanti: la partecipazione del cittadino/paziente a un nuovo percorso, a nuove abitudini, al fatto che dovrà prevedere un “tempo” da dedicare alla propria salute. Ecco dunque che l’idea di immaginare un modello su larga scala e ad ampia partecipazione popolare a progetti di promozione di salute assume un preciso significato: fare dell’attuazione lo strumento d’azione, rinunciando a produrre esclusivamente principi, criteri e buone pratiche. Fare del consenso e della partecipazione gli elementi di novità. Questo è in sintesi il razionale da cui è partita l’iniziativa messa a punto dall’Asl di Foggia che vede coinvolte anche altre Asl della Puglia, ma anche del Lazio e dell’Emilia Romagna assieme all’Istituto Superiore di Sanità.

■ L’idoneità della Asl di Foggia

Partendo dall’assunto della necessità di puntare su tematiche di attuazione su larga scala e con ampia partecipazione popolare, avviando per questo scopo uno specifico modello ispirato al concetto di grandi bonifiche in sanità, il territorio della Asl FG, coincidente con il territorio della Provincia di Foggia, rappresenta proprio l’estensione del modello proposto, con una popolazione complessiva di oltre 680.000 abitanti. Si è inoltre rivelato opportuno che il paziente anziano economicamente fragile e con patologie croniche abbia priorità in tale iniziativa.

Mettere in pratica questo modello avrà sicuramente importanti ricadute in termini di:

1. Sperimentazione di nuove figure professionali come, per esempio, manager della salute e medico sentinella della salute.
2. Analisi di nuove infrastrutture materiali e immateriali per il monitoraggio del sistema salute/patologia, per i percorsi di formazione continua, di educazione sanitaria, di informazione e comunicazione, per la erogazione degli interventi necessari (albo dei produttori di salute, il cittadino autoproduttore di salute, la questione degli incentivi).
3. Acquisizione di elementi per una visione clinico econometrica attuariale per meglio comprendere la complessa dinamica dei costi della salute e della malattia nel tempo.
4. Verificare in linea teorica prima e gradualmente pratica poi, il possibile impatto dell'assegnazione del 5% del budget Asl nel sostenere il Modello di Promozione e Produzione della Salute (Mpps) rispetto a morbilità e mortalità evitabile.

Quali alleanze: incentivare la partecipazione

In merito al "come" produrre salute, il dibattito sviluppatosi negli ultimi sei anni, a cui ha dato vita l'Istituto Italiano per la Qualità del Vivere, ha coinvolto l'intera provincia di Foggia assieme ai Mmg, Pls, distretti, forze sindacali tra cui Cgil, Cisl, Uil, e il Coordinamento Unitario dei Pensionati del Lavoro Autonomo (Cupla), associazionismo, media, mondo della scuola, Enti locali. Gli oltre 50 tra convegni, seminari e meetings organizzati dal 2002 hanno permesso di formare un quadro molto positivo circa la quantità e la qualità della partecipazione e la sintonia con il rapido mutamento del quadro di riferimento normativo a favore del produrre salute.

Apertura europea e network

Questa iniziativa ha acquisito ancora più valenza poiché ha avuto la partnership di importanti interlocu-

tori a livello europeo: FERPA (Federazione Europea dei Sindacati degli Anziani), AGE-PLATFORM Associazione Europea per gli Anziani, presente in 27 Paesi UE), l'Università di Cambridge, tutti a vario titolo interessati alla questione del modello del produrre salute su larga scala e ad ampia partecipazione popolare.

Si segnala altresì la disponibilità di altre Aziende sanitarie locali di partecipare a un network istituzionale relativo al produrre salute (tra cui la Asl Roma E, la Asl di Sondrio e la Asl di Rimini).

In particolare si è registrata la disponibilità di oltre 500 fra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta a partecipare a iniziative relative al produrre salute, assieme ai Sindacati dei pensionati Spi-Cgil, Fnp-Cisl, Uilp-Uil ed il Cupla (Confcommercio, Confesercenti, Coldiretti, Cassartigiani, Confagricoltura, CNA), a cui si è aggiunto il Coordinamento dei Piccoli Comuni, e moltissime rappresentati di associazioni Onlus (AUSER, ADA, ANTEAS) fino al sindacato Famiglie Italiane Diversamente Abili, all'Associazione Superamento Handicap, l'Associazione Salute Donna, riunitesi nel Comitato per l'Attuazione del Piano Provinciale della Salute. A questo Comitato partecipa anche la Asl di Foggia e la Comunità Montana dei Monti Dauni Settentrionali, i 64 Comuni della provincia di Foggia ai quali è stato presentato dal Comitato stesso uno schema di delibera di condivisione e adesione ai principi e ai criteri del Piano Europeo della Salute, della Dichiarazione "Salute in tutte le politiche" dei 27 Ministri della Salute UE e del Piano nazionale "Guadagnare Salute" del Ministero del Welfare.

Questo ampio fronte di consensi e di alleanze rappresentative della quasi totalità della popolazione della provincia di Foggia, ha permesso di costruire la fase successiva: l'elaborazione di un vero e proprio disegno strutturato e partecipato del Mpps su larga scala e ad ampia partecipazione popolare.

Esiste tuttavia una ulteriore fonte di azione che riguarda il mondo della

scuola: l'azione del produrre salute deve riguardare anche la semina di buone pratiche a livello dei giovani, i cui stili di vita, stando a recenti indagini, lasciano facilmente presagire l'approssimarsi di nuovi fronti di patologie.

Rapporto tra Mpps e servizi sanitari

Il modello di promozione e produzione della salute (Mpps) non deve essere comunque pensato come un corpo separato rispetto alla Ssn e ai vari servizi sanitari regionali, non esistendo una linea di demarcazione biologica fra sano e malato (in una ipotetica funzione gaussiana gli infiniti toni di grigio sono in abbondantissima maggioranza rispetto al bianco e al nero).

Esiste una semeiotica (clinica e strumentale) che deve comunque essere applicata al Mpps. Così come c'è una semeiotica del rischio che va sviluppata. Per questo è necessario pensare all'integrazione del Mpps con l'ospedale e le sue propaggini territoriali (servizi di diagnostica, day hospital, ricoveri brevi, ecc.) per:

A. Controllare e documentare gli effetti nel tempo del Mpps sul funzionamento di organi e apparati

B. Monitorare capacità di rimozione (integrazione fra sanità e Mpps) di eventi evitabili (sindrome metabolica, sindrome ipocinetica, sindromi ansioso-depressive, attenuazione degli effetti della cronicità, diretti allo specifico organo e/o trasversali).

C. Favorire la cultura dell'intervento *ex ante* e non *ex post*.

D. Garantire una flessibilità della quantità e della qualità delle prestazioni in genere e riabilitative in particolare, in funzione dei carichi specifici, per esempio disabilità, cronicità, malattie rare, dipendenze, povertà.

E. Favorire l'aziendalizzazione del Mpps in termini complementari con piena e pari dignità rispetto all'aziendalizzazione più complessiva della Asl nel Servizio sanitario regionale.

■ Protezione sociosanitaria

Il disagio protratto, in qualunque forma si manifesti, è comunque direttamente o indirettamente prepatologico o patologico. Il Ssr raccoglie i “frutti” del sociale in termini di patologie da trattare. È un tema vasto che certamente meriterebbe una trattazione a parte, ma nel Mpps che andiamo a candidare esso occupa una posizione strategica: le privazioni non sono mai un concetto. Sono condizioni di mortificazione cronica dell'asse psico-neuro-immuno-endocrino e dunque “madri” di tante patologie, invisibili perché differite nel tempo.

Una caratteristica del Mpps è quella di una visione olistica del tempo. Tale visione attualmente è frammentaria e frammentata, nel senso che l'evento prevedibile lo si nota solo se esiste una specifica cultura “attuariale” dell'evoluzione delle patologie.

In un tale contesto, argomento importante e significativo in termini di ricadute di salute è quello dei declini motivazionali, relazionali, cognitivi e motori dell'anziano, a cui si aggiunge il declino economico, motivo aggiuntivo che fa affermare che senza una adeguata azione del Mpps “le malattie atterrano sui bilanci come paracadutisti senza paracadute”. Per cui ulteriori punti di forza del Mpps risultano essere la collaborazione degli Enti locali, il miglioramento della qualità della proposta contemplato nei Piani di zona.

■ La regia ai Mmg e Pls

Il punto di partenza del modello di produzione e promozione della salute sono i 500 Mmg e Pls attraverso cui dare vita a una medicina di percorso, che consiste nell'arruolare progressivamente un numero crescente di pazienti concordando con ognuno un percorso dove il paziente prenda esatta visione degli obiettivi e dei suoi compiti/doveri verso la propria salute. Elemento di riferimento è il documento sullo stato di salute della popolazione della provincia di Foggia, per poter attuare una corretta analisi dell'in-

cidenza e prevalenza degli eventi evitabili e prevedibili anche in relazione alle condizioni socio-economiche, così da poter determinare delle priorità.

I Mmg e i Pls, vere e proprie “sentinelle della salute”, dovranno essere i registi dell'intervento, della definizione delle strutture e infrastrutture materiali e immateriali che il territorio dovrà contare e dell'interazione fra Mpps, Ssr e servizi sociali, previo percorso formativo di eccellenza, con la collaborazione di tutte le esperienze più significative a livello nazionale ed europeo e la conoscenza del quadro di riferimento normativo in ambito europeo, nazionale e regionale.

Il manager della salute, figura pubblica (direttore distretto?), sarà l'interlocutore diretto di Mmg e Pls per costruire l'intero percorso, provvedendo al sostegno della comunicazione (media, informatori della salute, azioni statistiche-epidemiologiche, modelli di budget evoluti).

L'avvio dell'opera dei settori del produrre salute, il sostegno alla continuità di partecipazione del paziente, il controllo dei risultati, li vedrà impegnati ad interfacciarsi, secondo specifici sottoprogetti, con gli attori di salute: il cittadino, il sistema delle scienze motorie, il sistema delle scienze della nutrizione, il sistema del sociale terapeutico, il sistema di biopotenziamento speci-

fico, il sistema dei piccoli Comuni, il sistema della comunicazione.

■ Organizzazione e impiego del budget

Dando valore 100 al budget da impiegare per la realizzazione e l'organizzazione del Mpps, esso andrebbe così distribuito:

- Segreteria organizzativa 5%
- Collegamento permanente dei 500 Mmg e Pls (informatori scientifici, rete, ecc.) 12.5%
- Attività dei 500 Mmg e Pls 25%
- Sperimentazioni specifiche attività Mpps (priorità anziano economicamente fragile e con patologie croniche, disabili) 30%
- Materiale per iniziative di aggiornamento degli operatori, seminari, workshop per le attività formative dei Mmg e Pls, attività gruppi di esperti e workshop di presentazione iniziale e finale del modello 10%
- Raccolta, elaborazione, presentazione dei dati e formulazione del modello: analisi delle nuove figure, delle infrastrutture necessarie e della simulazione di presenza della percentuale del budget Asl da dedicare alle attività del Mpps 5%
- Network con altre Asl e con istituzioni europee 2.5%
- Interventi di presentazione e coinvolgimento specifico del mondo della scuola, della produzione e del sociale 10%.

Produttori di salute: gli attori

- 1 Cittadino: autoproduttore di salute, per il quale, sarà opportuno immaginare premialità al raggiungimento degli obiettivi di salute.
- 2 Sistema delle scienze motorie: esiste una vasta produzione scientifica che dimostra una correlazione lineare fra quantità di moto e riduzione del rischio cardiovascolare.
- 3 Sistema delle scienze della nutrizione: i cibi come determinanti della salute.
- 4 Sistema del sociale terapeutico: arredo del tempo, arte, cultura, lotta alla solitudine, ecc.
- 5 Sistema di biopotenziamento specifico: vaccini, medicina termale, ecc.
- 6 Sistema dei piccoli Comuni: i “Borghi della Salute”, in cui l'ambiente è luogo e strumento di terapia (stazioni climatiche, terapia climatica, elioterapia).
- 7 Sistema della comunicazione: attraverso cui produrre nuove abitudini e non fugaci atteggiamenti.