



Alleanza Italiana
per lo Sviluppo
Sostenibile

SALUTE GLOBALE E DETERMINANTI SOCIALI, AMBIENTALI, ECONOMICI.

Una nuova consapevolezza
dopo la pandemia da COVID-19



Quaderni
dell'ASviS



SALUTE GLOBALE E DETERMINANTI SOCIALI, AMBIENTALI, ECONOMICI.

Una nuova consapevolezza
dopo la pandemia da COVID-19

Il Quaderno è stato realizzato grazie al supporto incondizionato di



Quaderni
dell'ASviS

L'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile (ASviS) è nata il 3 febbraio del 2016 su iniziativa della Fondazione Unipolis e dell'Università di Roma "Tor Vergata" ed è impegnata a diffondere la cultura della sostenibilità a tutti i livelli e a far crescere nella società italiana, nei soggetti economici e nelle istituzioni la consapevolezza dell'importanza dell'Agenda 2030 per realizzare gli Obiettivi di sviluppo sostenibile. L'ASviS è la più grande rete di organizzazioni della società civile mai creata in Italia ed è rapidamente divenuta un punto di riferimento istituzionale e un'autorevole fonte di informazione sui temi dello sviluppo sostenibile, diffusa attraverso il portale www.asvis.it e i social media.

I Quaderni dell'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile - ASviS rappresentano approfondimenti redatti da più autori che offrono una lettura analitica su tematiche rilevanti per l'Agenda 2030.

Il **Quaderno** è il frutto di un progetto maturato all'interno del **Gruppo di lavoro dell'ASviS sul Goal 3 "Salute e benessere"**, allargato a esperte/i, e si pone l'obiettivo di affrontare le debolezze e le sfide nei diversi settori della società (a livello locale, nazionale e globale), e di proporre soluzioni e punti di vista che possano essere condivise e ulteriormente disseminate per la difesa di una salute globale equa e sostenibile.

Il progetto è stato curato e coordinato da Raffaella Bucciardini (Centro Nazionale per la Salute Globale dell'Istituto Superiore di Sanità), Anna Maria Giammarioli (Centro Nazionale per la Salute Globale dell'Istituto Superiore di Sanità), Mariaflavia Cascelli (ASviS), Carla Collicelli (ASviS e CNR - CID Ethics), Carla D'Angelo (Commissione Centrale Medica del CAI, Club Alpino Italiano).

Componenti del Comitato di redazione: Raffaella Bucciardini (Centro Nazionale per la Salute Globale dell'Istituto Superiore di Sanità), Mariaflavia Cascelli (ASviS), Duilio Carusi (Fondazione Bruno Visentini, Osservatorio Salute Benessere e resilienza), Carla Collicelli (ASviS e CNR - CID Ethics), Carla D'Angelo (Commissione centrale medica del Club Alpino Italiano - CAI), Massimo De Rosa (Fondazione Èbbene), Claudio Gatti (HelpAge Italia Onlus), Carolina Facioni (Istat, Aiquav - Associazione Italiana per gli studi sulla Qualità della Vita e IIF - Italian Institute for the Future), Anna Maria Giammarioli (Centro Nazionale per la Salute Globale dell'Istituto Superiore di Sanità), Lucio Maciocia (Società Italiana Promozione di Salute, ASL Frosinone, Italia Nostra Onlus), Alessandro Messeri (Consorzio LaMMa - Laboratorio di Monitoraggio e Modellistica ambientale per lo sviluppo sostenibile, e Fondazione Onlus Clima e Sostenibilità), Mirella Novelli (Unione Italiana del Lavoro - UIL), Vincenza Occhionero (Fondazione Unipolis), Fulvia Passananti (ASviS), Francesco Salustri (Fondazione Tor Vergata, Università degli Studi Roma Tre e University College London).

Hanno contribuito inoltre alla realizzazione del Quaderno:

Sara Albiani (Oxfam Italia), Giovanni Baglio (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - AGENAS), Silvio Brusaferrò (Istituto Superiore di Sanità), Chiara Cadeddu (Università Cattolica del Sacro Cuore Roma - Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica - Sezione di Igiene), Erica Eugeni (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - AGENAS), Flavio Lirussi (Università di Padova e Società Italiana Promozione di Salute), Eloise Longo (Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento di Neuroscienze), Michael Marmot (Institute of Health Equity - University College London), Rossella Miccio (Emergency ONG Onlus); Aldo Morrone (Istituto San Gallicano - IRCCS), Walter Ricciardi (Università Cattolica del Sacro Cuore Roma - Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica - Sezione di Igiene), Fabrizio Starace (Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche AUSL Modena), Jacopo Tomasina (Emergency ONG Onlus), Stefano Vella (Università Cattolica del Sacro Cuore Roma, Dipartimento Sanità Pubblica), Erio Ziglio (Health University of Applied Studies - FhG, Innsbruck, Austria).

Data di pubblicazione: ottobre 2022
ISBN 979-12-80634-13-9

La pubblicazione è a cura dell'ASviS - Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile

Responsabile collana: Flavia Belladonna

Revisione editoriale: Maddalena Binda

Progetto grafico e impaginazione: Giulia Gorga

Sede ASviS: Via Farini 17, 00185 Roma, www.asvis.it



INDICE

Premessa _____	9
Silvio Brusaferrò	
Introduzione _____	10
L'importanza di riposizionare la salute e il benessere come parte integrante per uno sviluppo ecosostenibile: rigenerare il percorso iniziato con la Carta di Ottawa _____	12
Flavio Lirussi, Erio Ziglio, Lucio Maciocia	
Sostenere la salute globale e l'economia del benessere per un futuro sostenibile _____	16
Raffaella Bucciardini, Stefano Vella, Anna Maria Giammarioli	
Barriere economiche e culturali per una salute globale _____	19
Francesco Salustri	
Il ruolo del clima e dell'ambiente sulla salute _____	23
Alessandro Messeri	
L'emergenza salute mentale _____	27
Fabrizio Starace	
Reti di solidarietà locali e globali _____	30
Claudio Gatti	
Dalla teoria alla pratica _____	34
Rossella Miccio, Jacopo Tomasina	
Solidarietà tra mito e realtà _____	37
Aldo Morrone	
La People's Vaccine Alliance: una mobilitazione globale contro le disuguaglianze in salute _____	40
Sara Albani	
Il Trattato Pandemico globale: i vaccini come bene pubblico _____	43
Chiara Cadeddu, Walter Ricciardi	
Stewardship come modello di governance per la resilienza trasformativa _____	46
Duilio Carusi	
Ripensare la sanità pubblica in chiave di prossimità: un obiettivo condiviso _____	49
Giovanni Baglio, Erica Eugeni	
Ripensare alla salute di comunità come rinnovata pianificazione dei territori _____	52
Massimo De Rosa	

Medici e operatori sanitari: un capitale umano sottovalutato _____	55
Carla Collicelli	
Il welfare che non c'è: le fragilità di un Paese demograficamente sbilanciato _____	58
Carolina Facioni	
Abitare in montagna: come tutelare la salute _____	63
Carla D'Angelo	
Violenza domestica e pandemia: le conseguenze sulla salute e la riduzione dei servizi locali _____	67
Eloise Longo	
La modifica degli articoli 9 e 41 della Costituzione e gli obiettivi del Goal 3 _____	70
Fulvia Passananti	
Pandemia e “Marmot cities” _____	72
Michael Marmot	
Conclusioni _____	75



Premessa

L'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile (ASviS), fin dal suo esordio, ha contribuito ad aumentare la consapevolezza nel nostro Paese dell'importanza di uno sviluppo equo e sostenibile in linea con gli Obiettivi dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite.

L'ASviS ha avuto anche il grande merito di lavorare per creare una rete italiana intersettoriale che oggi riunisce più di 300 tra le principali organizzazioni della società civile italiana.

Tra queste organizzazioni anche l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha l'onore di farne parte. L'ISS è il principale organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale in Italia e svolge funzioni di ricerca, sperimentazione, controllo, regolazione, supporto tecnico scientifico, documentazione, formazione e informazione in materia di salute pubblica.

Il presente Quaderno è stato curato dal gruppo di lavoro ASviS sul Goal 3 "Salute e benessere" e, grazie al contributo di molti esperti italiani sul tema della salute globale, offre riflessioni e spunti su quanto il mondo sia interconnesso non solo a livello economico e ambientale, ma anche sociale e sanitario, evidenziando quanto la salute globale sia strettamente connessa alla globalizzazione. Questo fatto è emerso chiaramente durante la pandemia da COVID-19, mostrando quanto la stretta collaborazione tra le politiche sanitarie e quelle non sanitarie (il concetto di "salute in tutte le politiche") sia necessaria e indispensabile per promuovere la salute e il benessere delle comunità.

I molteplici contributi del Quaderno rispecchiano la complessità del concetto di salute globale, reso ancora più articolato durante e a seguito del periodo pandemico, e permettono al lettore di approfondire e di riflettere su diverse tematiche centrali nell'Agenda 2030.

L'ISS, dalla sua fondazione, lavora per la promozione e la tutela della salute di tutti cittadini e delle loro comunità. Il presente contributo è una ulteriore testimonianza di questo impegno declinato concretamente e quotidianamente nella "rete" di attori e protagonisti del nostro Paese.

Silvio Brusaferrò, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità



Introduzione

Salute globale dopo la pandemia da COVID-19

La “**salute globale**” è il concetto di riferimento di **un approccio alla salute che pone attenzione alle relazioni** che intercorrono tra bisogni della popolazione mondiale, la diffusione delle malattie, la globalizzazione, la distribuzione delle risorse e la salute ambientale e animale.

L’origine degli studi e delle riflessioni sulla salute globale può essere collocata alla fine degli anni ’80 del secolo scorso, quando, cercando soluzioni per la lotta contro l’AIDS, gli studiosi hanno cominciato a mettere a fuoco il tema della diffusione delle patologie infettive. La pandemia da AIDS ha infatti rappresentato il primo grande esempio dell’effetto della globalizzazione sulla salute, alla base del concetto di salute globale. Fino allo scoppio della pandemia da COVID-19, tuttavia, il concetto di salute globale, assieme a quello di equità nella salute, è stato un tema per lo più sconosciuto alla popolazione generale e trattato quasi esclusivamente dagli esperti di settore. Prima della diffusione del virus SARS-COV-2, infatti, alcuni importanti fattori, come i determinanti sociali di salute (ad esempio istruzione, reddito, occupazione, accesso ai servizi sanitari e non) o il grado di correlazione tra indicatori sanitari (ad esempio la mortalità per patologia) erano argomenti sconosciuti, patrimonio di pochi studiosi.

Con lo scoppio della pandemia è stato chiaramente percepito da molti quanto il mondo sia interconnesso, non solo dal punto di vista economico e ambientale, ma anche da quello sociale e sanitario, e di quanto sia quindi necessario studiare soluzioni globali e condivise per il benessere dell’umanità.

L’aver constatato, e in molti casi anche vissuto sulla propria pelle, come il numero di nuovi infetti e il numero di morti in ogni Paese non rispecchiassero solo caratteristiche fisiologiche proprie dei malati, ma fossero collegate alle condizioni di vita e alle scelte politico-economiche nei diversi Paesi e all’interno dei Paesi stessi, ha aumentato fortemente la consapevolezza popolare rispetto a concetti sicuramente non nuovi, ma che, alla luce della pandemia, hanno assunto un’importanza e una diffusione maggiori, portando allo sviluppo di un filone di riflessioni innovative e di ampio respiro. Creando consapevolezza, la pandemia ha spronato a lavorare per combattere le **disuguaglianze sociali**, ad esempio relativamente all’accesso ai vaccini e ad altre forme di discriminazione dei diritti umani.

A seguito di questa rivoluzione culturale e della constatazione che la diffusione delle malattie infettive proceda ben al di là dei confini geopolitici, si è ulteriormente sviluppato un importante filone di ricerca e di approfondimenti relativo ai **temi ambientali e climatici**, con la presa di coscienza del fatto che sia necessario, e non più rimandabile, agire con decisione nel senso della protezione dell’ambiente in cui viviamo, della riduzione degli effetti negativi della globalizzazione economica sulla salute pubblica e della promozione di un modello di sviluppo sociale, economico e ambientale in cui ogni individuo possa godere di uguali diritti e opportunità.



Altri fattori si sono aggiunti nell'ambito delle riflessioni sulla salute globale. Il blocco di alcune attività lavorative, lo smartworking, l'affollamento degli ospedali, dei Pronto Soccorso e delle terapie intensive, la didattica a distanza per i più giovani, l'aumento della violenza sulle donne e sui più fragili sono tutti fenomeni di carattere sociale che hanno accresciuto (anche tra i non addetti ai lavori) la consapevolezza dell'importanza dei fattori che influenzano (direttamente o indirettamente) la nostra salute e il nostro benessere psico-fisico.

La pandemia da COVID-19, inoltre, ha colpito tutti, anche se non tutti nello stesso modo, avendo un effetto dirompente sulla vita delle persone, e ci sta convincendo del fatto che cambiamenti relativi a tutti questi ambiti sono non solo possibili, ma necessari. Per cui il concetto di salute globale, da astratto e relegato nella cerchia di pochi esperti del settore, sta diventando un concetto compreso da molti, che necessita però di una ulteriore e più avanzata comprensione e, soprattutto, di momenti di approfondimento maggiore.

Il presente Quaderno è stato pensato proprio come momento di riflessione e approfondimento ulteriore alla luce del lavoro svolto nell'ambito del Gruppo di Lavoro dell'ASviS dedicato all'Obiettivo 3 della Agenda 2030 dell'ONU "Salute e benessere per tutti". Avvalendosi dei contributi di medici, sociologi, economisti, epidemiologi, ambientalisti ed esperti di sanità pubblica, il Quaderno ha l'obiettivo di affrontare le debolezze e le sfide nei diversi settori della società (a livello locale, nazionale e globale), assieme a quello di proporre soluzioni e punti di vista che possano essere condivise e ulteriormente disseminate per la difesa di una salute globale equa e sostenibile.



L'importanza di riposizionare la salute e il benessere come parte integrante per uno sviluppo ecosostenibile: rigenerare il percorso iniziato con la Carta di Ottawa

Flavio Lirussi, Università di Padova, membro Comitato Scientifico Società Italiana Promozione di Salute

Erio Ziglio, Health University of Applied Studies - FhG, Innsbruck, Austria

Lucio Maciocia, membro Direttivo Società Italiana Promozione di Salute, ASL Frosinone, Italia Nostra Onlus

La **promozione della salute** è un'attività **essenziale per lo sviluppo sociale, economico e individuale** ed è una componente fondamentale per assicurare la qualità della vita delle persone e delle popolazioni. Condizioni e risorse fondamentali per proteggere e promuovere la salute sono: la pace, la casa, l'istruzione, il reddito, il cibo, un ecosistema sostenibile, le risorse adeguate per uno sviluppo individuale e collettivo e per una qualità di vita dignitosa, l'accesso a servizi sociali e sanitari appropriati ed efficaci, la giustizia e l'equità sociale. Migliorare la salute richiede solide fondamenta in questi prerequisiti base. Prerequisiti già ben delineati nella Carta di Ottawa 36 anni fa.

Da allora varie Conferenze dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sulla promozione della salute hanno stabilito i concetti, i principi e le aree di azione e hanno esaminato l'elaborazione di politiche di salute pubblica (Adelaide 1988) e la creazione di ambienti favorevoli alla salute (Sundsvall 1991). Hanno considerato il rafforzamento delle capacità per la promozione della salute e il suo ruolo nell'affrontare i determinanti della salute (Jakarta 1997 e Città del Messico 2000). Hanno collocato la promozione della salute nel più ampio contesto della globalizzazione (Bangkok 2005) e hanno chiesto un'azione per colmare il divario di attuazione tra evidenza scien-

tifica e sua applicazione concreta nello sviluppo umano (Nairobi 2009). L'ottava Conferenza (Helsinki 2013) ha esaminato le esperienze nell'approccio '*Health in all policies*' e ha stabilito una guida per un'azione concreta nei Paesi con vari livelli di sviluppo.

La nona Conferenza globale si è tenuta a Shanghai (2016) e ha posto la **promozione della salute al centro degli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs)**. Due documenti finali, la dichiarazione di Shanghai e il consenso di Shanghai sulle città sane, offrono percorsi per la promozione della salute e affrontare i determinanti della salute attraverso il buon governo, le città sane, l'alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) e la mobilitazione sociale. In particolare, la Shanghai Declaration:

- riconosce che la salute e il benessere sono essenziali per il raggiungimento di uno sviluppo sostenibile;
- afferma che la salute e il benessere non possono più essere separati dalla salute del Pianeta e dalla crescita economica sostenibile ed equa;
- impegna i vari stakeholder a promuovere la salute attraverso interventi su tutti gli Obiettivi di sviluppo sostenibile;
- considera la salute come uno dei più importanti indicatori dello sviluppo sostenibile di una nazione, una città e una comunità.



Un percorso che negli anni ha riposizionato la salute come parte integrante per uno sviluppo equo ed ecosostenibile, arricchitosi recentemente (Decima Conferenza globale, 2021) con un documento che segna una svolta in ambito di salute pubblica e rappresenta l'inizio di un movimento per la creazione delle **società del benessere**: la Carta di Ginevra per il Benessere.

Il focus sul benessere incoraggia settori differenti della società a lavorare insieme per affrontare le sfide, sia locali che globali, del nostro tempo. In questo processo un obiettivo cruciale è creare le condizioni affinché le persone possano esercitare più controllo sui determinanti della salute propria e della comunità di cui fanno parte. Il processo deve seguire la falsariga della Carta di Ottawa e il lascito delle successive nove conferenze sulla promozione della salute, ma con un approccio più inclusivo, equo e sostenibile che tenga conto delle nuove tecnologie. Non è un caso che il titolo della Conferenza fosse "Promozione della salute per il benessere, l'equità e lo sviluppo sostenibile".

Questo documento, afferma il dottor Krech, Direttore del Dipartimento per la promozione della salute dell'OMS di Ginevra, è ambizioso ma realistico e getta le basi su come le società devono ripartire per affrontare in futuro i maggiori rischi per la salute e creare le condizioni in cui le persone possano effettivamente avere il controllo sulla propria salute. Il maggiore controllo sui determinanti di salute implica non solo un rafforzamento delle capacità dei singoli individui, ma anche la realizzazione di azioni volte a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche della popolazione. La Carta individua le principali strategie politiche che devono essere ripensate. Per esempio, l'attuale struttura dell'economia porta a una **distribuzione ini-**

qua del reddito, della ricchezza e del potere. Un'economia del benessere ha come obiettivi il benessere umano, l'equità e la sostenibilità ecologica. Questi obiettivi si traducono in investimenti a lungo termine, inclusione del benessere nei bilanci, protezione sociale, strategie legali e fiscali.

La Carta di Ginevra per il Benessere affronta anche l'**impatto della trasformazione digitale**, considerata non come qualcosa di separato, ma anzi sempre più integrata in tutte le sfere della vita e della società: dalla rivoluzione nella genomica all'assistenza sanitaria. Proprio per questo deve essere gestita adeguatamente. Può, infatti, risultare un valore aggiunto per la salute ed il benessere delle persone, ma anche un potenziale fattore di aumento delle disuguaglianze se non si tiene conto del contesto sociale in cui è utilizzata. La Carta stabilisce meccanismi di governance fondamentali per contrastare i possibili danni e rafforzare i benefici della trasformazione digitale.

Oltre all'impatto delle tecnologie digitali e alla necessità di progettare un'economia equa che serva lo sviluppo umano entro i confini ecologici planetari e locali, la Carta individua altre tre aree di intervento:

1. valorizzare, rispettare e nutrire il Pianeta Terra e i suoi ecosistemi;
2. sviluppare politiche pubbliche per il bene comune;
3. raggiungere la copertura sanitaria universale.

Va infine sottolineato, e questo la Carta lo dice esplicitamente, che **le società del benessere forniscono le basi affinché tutti i membri delle generazioni attuali e future possano prosperare su un Pianeta sano, indipendentemente da dove vivono.** Questo si può realizzare con una visione positiva della salute che in-



tegra il benessere fisico, mentale, spirituale e sociale e dove vengono rispettati i principi dei diritti umani, della giustizia sociale e ambientale, della solidarietà, dell'equità di genere, dell'equità intergenerazionale e della pace.

La salute non inizia in un ospedale o in una clinica. Inizia nelle nostre case e comunità, con il cibo che mangiamo e l'acqua che beviamo, l'aria che respiriamo, nelle nostre scuole e nei nostri luoghi di lavoro, ha affermato recentemente Tedros Ghebreyesus, Direttore generale dell'OMS. Dobbiamo cambiare radicalmente il modo in cui i leader politici, del settore privato e delle istituzioni internazionali pensano e considerano la salute e promuovere una crescita basata sulla salute e sul benessere per le persone e il Pianeta. L'attuale pandemia ci ricorda il rapporto intimo e delicato tra le persone e il Pianeta. Qualsiasi sforzo per rendere il nostro mondo più sicuro è destinato a fallire, a meno che non vengano affrontate l'interfaccia critica tra persone e agenti patogeni e la minaccia esistenziale del cambiamento climatico che sta rendendo la Terra meno abitabile.

In effetti, negli ultimi anni si è sempre più affermato il concetto di **One Health**, secondo cui non ci sono solo individui e comunità. La specie umana non è l'unica che ha bisogno di essere preservata: la salute del Pianeta e di tutti i suoi abitanti devono avere pari dignità se si vuole creare un ecosistema che sia sostenibile, resiliente e durevole. In altre parole, siamo tutti componenti di un unico sistema, in cui **la salute di ogni parte** - umana, animale o ambientale - **è strettamente dipendente da quella di tutte le altre.**

Questo approccio è perfettamente in linea con gli Obiettivi dell'Agenda 2030. E non solo con il Goal 3 "Salute e benessere", ma anche con il Goal 13 "Lot-

ta ai cambiamenti climatici", il Goal 14 "Vita sott'acqua" e il Goal 15 "Vita sulla terra". Non è un caso, infatti, se in prestigiose Scuole di Medicina (Columbia University, Mayo Clinic, Harvard, Yale e Oxford) si sta intensificando lo studio dell'impatto sulla salute dei fattori climatici e ambientali quali rischio reale di future pandemie trasmesse da terra, aria, acqua, cibo e animali. D'altra parte, ci sono solide evidenze scientifiche a supporto dell'associazione tra l'esposizione a fattori climatici (ad esempio il riscaldamento globale) e ambientali (come l'aumento dei livelli di CO2 e dei particolati) e l'incremento di malattie cardiovascolari, respiratorie, neurodegenerative e tumorali, nonché di obesità, malnutrizione, nuove malattie infettive e mentali. La cosa più inquietante, tuttavia, riguarda la possibilità che **gli effetti negativi di un ambiente alterato si ripercuotano sulle generazioni future**: alcuni studi evidenziano il rischio della trasmissione inter o transgenerazionale di una maggiore vulnerabilità genetica alle malattie prodotta proprio da cambiamenti epigenetici.

L'approccio *One Health*, che ha come pilastri l'intersectorialità, l'interdisciplinarietà e la partecipazione della società civile, è stato adottato da vari organismi internazionali (OMS, Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura - FAO, Organizzazione mondiale della sanità animale - OIE, Commissione paneuropea per la Salute e lo Sviluppo Sostenibile, Centro europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie - ECDC, Vertice Mondiale sulla Sanità 2021, ecc.), nonché dal Ministero della Salute italiano. La Società Italiana per la Promozione della Salute (SIPS) l'ha inserito nel suo Manifesto, inteso come strumento di visione e impegno sulla promozione della salute e come piattaforma per aggregare consenso e cooperazione con istituzioni e associazioni che hanno



a cura la salute, il benessere e i diritti umani della popolazione in armonia con l'ecosistema.

In pratica, si tratta di **innovare le politiche e i programmi per la salute** e di orientare lo sviluppo della società verso la promozione della salute con impatto sul benessere individuale e collettivo. La pandemia ha evidenziato l'importanza per tutte le fasce della popolazione di poter contare su servizi sociali e sanitari accessibili, universalistici e altamente

performanti. Ha inoltre evidenziato la necessità di avere infrastrutture sociali, educative, culturali ed economiche in grado di evitare o perlomeno ridurre le persistenti, e talora crescenti, iniquità di salute, promuovendo al tempo stesso la salute in stretta connessione col mondo in cui viviamo.

Bibliografia

<https://www.who.int/teams/health-promotion/10th-global-conference-on-health-promotion>

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/geneva-charter-4-march-2022.pdf?sfvrsn=f55dec7_13&download=true

<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/who-manifesto-for-a-healthy-recovery-from-covid-19>

Leonetti V., Harvard, Pisa, Oxford, Pavia. *La crisi climatica diventa un pilastro della medicina*, Pianeta.2030.Corriere.it, 2022

Lirussi F. e Ziglio E., *One Health: un approccio e un metodo non più rinviabili*, Scienzainrete, it pubblicato online 8 febbraio 2021

Lirussi F., Curbelo Pérez D. e Ziglio E. *One Health and new tools to promote health from a holistic and environmental perspective*, Revista Iberoamericana de Bioética, 2021

Ziglio E., *Intervista al Dr. Krech*. SIPS newsletter n.105, gennaio 2022



Sostenere la salute globale e l'economia del benessere per un futuro sostenibile

Raffaella Bucciardini, Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Stefano Vella, Docente di Salute Globale, Dipartimento Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Anna Maria Giammarioli, Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il concetto di salute ha subito notevoli cambiamenti negli ultimi decenni in linea con gli avvenimenti storici che hanno caratterizzato il mondo e le comunità. Il concetto di salute oggi adottato da tutto il mondo risale al 1948 quando, in seguito agli eventi traumatici vissuti durante la seconda guerra mondiale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha ridefinito la **salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e sociale” abbandonando il concetto di salute come assenza di malattia (1)**. Questa nuova definizione di salute è stata ulteriormente confermata dall'OMS durante la Conferenza d'Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria (1978) (2) e la Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute (Carta d'Ottawa, 1986) (3) con l'ulteriore obiettivo di promuovere strategie per migliorare la salute della popolazione di tutto il mondo e raggiungere il più alto grado di benessere fisico, mentale e sociale.

Un'ulteriore pietra miliare che ha condizionato fortemente il concetto di salute è stato il caso dell'AIDS. L'epidemia dell'AIDS, oltre a evidenziare come i microrganismi non “abbiano bisogno del passaporto per viaggiare” e quanto la salute dall'essere umano sia legata ai fattori ambientali, sociali e culturali, ha chiaramente mostrato come **la battaglia contro la malattia debba essere affrontata attraverso un'azione collettiva**. La lotta all'AIDS è stata caratterizzata da

una mobilitazione globale non solo a livello di ricerca scientifica, ma anche nel campo della politica, dell'impegno economico e sociale, delineando chiaramente per la prima volta il concetto di **salute globale**. La recente e devastante pandemia da COVID-19 rappresenta un chiaro esempio di quanto la tutela della salute vada oltre i confini territoriali di ogni singolo Paese e di quanto sia necessaria un'azione condivisa e globale per affrontare le sfide attuali e future.

È evidente come il concetto di salute globale sia strettamente interconnesso con il concetto di **globalizzazione**, inteso come quel processo universale in grado di cambiare la natura delle interazioni umane attraverso diversi fattori inclusi quelli economici, politici, culturali e ambientali.

A partire dalla seconda metà degli anni Ottanta del 20esimo secolo, abbiamo assistito a una profonda trasformazione del vivere umano tramite il manifestarsi di una serie di processi che hanno reso il mondo sempre più interconnesso e interdipendente quali, ad esempio, l'accresciuta facilità degli spostamenti delle persone nonché degli scambi di cose e idee. A fronte dei vantaggi associati alla globalizzazione riscontrabili indubbiamente nel miglioramento delle comunicazioni e nella circolazione delle informazioni e nella contrazione della distanza spazio-tempo, si evidenziano anche importanti effetti negativi.



L' economia basata sulla crescita frenetica è sicuramente l'aspetto più negativo della globalizzazione che ha portato allo sfruttamento ad un ritmo preoccupante delle risorse naturali della terra, e al progressivo esaurimento di alcune materie prime quali esempio l'acqua dolce. Questo fenomeno, unito alla crisi finanziaria del 2008 ed ora alla crisi economica dovuta sia alla pandemia da COVID-19 che alla guerra russo-ucraina, ha contribuito ad esacerbare una distribuzione iniqua della ricchezza con un impatto negativo sulla coesione sociale determinando l'aumento delle disuguaglianze e della povertà sia all'interno dei Paesi che tra Paesi.

In questo contesto già così decisamente drammatico, la pandemia da COVID-19 ha ulteriormente rafforzato la necessità di un cambio di paradigma e ci ha indicato che alcuni cambiamenti, oltre che possibili, sono ormai necessari per combattere un sistema socio-economico incurante del benessere dell'uomo, dell'ambiente e dell'intero Pianeta, ma artefice di disuguaglianze socioeconomiche e di salute.

In questo scenario il concetto di *economy of wellbeing* (economia del benessere) può essere considerato **una guida per lo sviluppo di nuovi modelli** per la costruzione di un futuro più sostenibile. Il concetto di *economy of wellbeing* nasce in Finlandia ed è supportato dalla Finnish Federation for Social Affairs and Health (SOSTE), un'organizzazione ombrello finlandese costituita da più di 200 Organizzazioni Non Governative (ONG) impegnate nel campo degli affari sociali e della salute. SOSTE lavora per la salute e il benessere di tutte le persone e sta tentando di costruire un'economia del benessere in collaborazione con diversi attori in Europa e nel mondo (4). Sebbene il concetto di *economy of wellbeing* non sia stato definito in un uni-

co modo, la definizione che raccoglie il consenso di tutti i suoi sostenitori è che **l'economia del benessere è un modello economico che beneficia le persone e il Pianeta e garantisce la dignità umana e l'equità.**

Partendo dal concetto della **salute in tutte le politiche** l'Economia del Benessere propone un modello economico, alternativo "all'Economia della Crescita" (5), la cui principale priorità è la tutela del benessere umano e dell'ambiente. A riguardo è importante sottolineare che gli indicatori utilizzati per misurare il progresso nell'economia del benessere non sono quelli utilizzati per misurare il progresso dell'economia della crescita, come il Prodotto Interno Lordo (PIL), ma sono **indicatori di benessere** che includono indicatori ambientali e di biodiversità, indicatori di salute (compresa quella mentale), indicatori sociali (come quelli di coesione sociale), indicatori di uguaglianza e indicatori di innovazione e circolarità (6).

Nel panorama internazionale l'**Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE)** è uno degli organismi che maggiormente promuove e sostiene il concetto dell'economia del benessere, riconoscendo la necessità di riorientare le politiche economiche per la riduzione delle disuguaglianze. L'OCSE mira a garantire che reddito, ricchezza e opportunità di vita si traducano nel miglioramento del benessere di tutti e tutte e che le disuguaglianze si riducano nel tempo. A riguardo l'OCSE sta concentrando i suoi sforzi per sviluppare indicatori che rappresentino meglio la componente del benessere e vadano oltre la semplice misura della performance economica come il PIL (7). Allo stesso modo, nel rapporto della 10ima Conferenza Mondiale sulla Promozione della Salute, l'OMS riporta la necessità di creare società di benessere sostenibili preservan-



do il benessere del pianeta (8).

Inoltre, sono cinque i Paesi (Scozia, Galles, Islanda, Nuova Zelanda e Finlandia) che fanno parte del network dei Governi per l'economia del benessere (Wellbeing economy governments network - WEGo) e hanno deciso di adottare il modello dell'economia del benessere integrandolo nelle loro politiche governative, con

l'auspicio che presto altri Paesi decidano che sia il modello economico a cui aspirare.

Salute globale ed economia del benessere dovrebbero rappresentare i concetti guida a cui aspirarsi e secondo cui guidare le scelte sociali, economiche, ambientali che sono alla base degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030.

Bibliografia

1. WHO. *Constitution*. Geneva: World Health Organization; 1948. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.
2. WHO. *Declaration of Alma-Ata. International Conference on primary health care. Alma-Ata, URSS, 6 - 12 September 1978*. Geneva: World Health Organization; 1978 (Health for All Series N° 1). Disponibile all'indirizzo: Microsoft Word - almaata_declaration_en.doc (who.int)
3. WHO. *Ottawa charter for health promotion. First International Conference on health promotion*. Geneva: World Health Organization. 1986. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
4. Council of the European Union "The Economy of Wellbeing Council Conclusions"- 24 October 2019. Disponibile all'indirizzo: pdf (europa.eu)
5. Ferruccio Marzano "L'economia della crescita. Dalla teoria classica alle controversie tra contemporanei" Prima edizione 2008. Ed. Mondadori Università-Collana Minerva-Manuali. Pagine 352
6. Lorenzo Fioramonti. *Il mondo dopo il Pil. Economia e politica nell'era della post-crescita*. 2019. Ed Ambiente. Pagine 262
7. Ana Llana Nozal, Neil Martin and Fabrice Murtin . "The Economy of Well-being: Creating Opportunities for People's Well-being and Economic Growth" OECD STATISTICS WORKING PAPER SERIES. 2019. Disponibile all'indirizzo: [https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=SDD/DOC\(2019\)2&docLanguage=En](https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=SDD/DOC(2019)2&docLanguage=En)



Barriere economiche e culturali per una salute globale

Francesco Salustri, Fondazione Tor Vergata, Università degli Studi Roma Tre e University College London

Globalizzazione: una minaccia per la salute globale?

La recente pandemia da COVID-19 ha messo in luce due aspetti importanti del rapporto fra economia e salute. Il primo riguarda il **falso mito del *trade off* fra un'economia in crescita e un sistema sanitario universale efficace**. Il benessere economico, per essere sostenibile e resiliente, deve andare di pari passo con un accesso ai servizi sanitari che sia per tutti e di buona qualità. Economia e salute sono fortemente collegate e l'errore sarebbe pensare di dover dare priorità solo all'una o all'altra. Il legame è chiaro e ben documentato: la popolazione, per poter contribuire al benessere economico di un Paese con il lavoro e con gli investimenti, ha bisogno di essere in buona salute; allo stesso tempo, il benessere economico, il lavoro e la qualità della vita sono tutte determinanti della salute delle persone.

Il secondo aspetto che la pandemia ha evidenziato riguarda l'**interdipendenza fra Paesi**. Ogni Paese è stato colpito dalla pandemia da COVID-19 e dalle misure restrittive di confinamento, che seppur implementate solamente a livello locale hanno avuto forti ripercussioni sull'economia globale. È indubbio che la globalizzazione porti vantaggi e opportunità di scambio commerciale, tecnologico e di conoscenza. Tuttavia, la globalizzazione espone anche a rischi globali di tipo economico, finanziario, ambientale e, appunto, sanitario. Tutte queste sfide non riguardano singoli Paesi, sono sfide

globali e, di conseguenza, dovrebbero **chiamare a soluzioni globali**. Lo sviluppo dei vaccini anti COVID-19 ne è un chiaro esempio: solo la cooperazione fra molti Paesi è riuscita a offrire in tempi rapidissimi un numero sufficiente di vaccini efficaci e sicuri. Eppure alcune frizioni in questa dinamica cooperativa hanno privilegiato alcuni Paesi (spesso ad alto reddito) a svantaggio di altri (spesso più poveri), di fatto eliminando i vantaggi della cooperazione e prolungando i tempi verso un ripristino delle relazioni economiche, e non solo, fra Paesi.

È vero, il **rapporto fra economia e salute e l'interdipendenza tra Paesi** non sono **concetti nuovi**, esistono almeno dall'avvento **della globalizzazione**. È normale, però, che in tempi di crisi emergano più marcatamente. Lo abbiamo già vissuto in altre crisi in passato. Durante la crisi del 2007, per esempio, quando una bolla immobiliare negli Stati Uniti causò una crisi economica, finanziaria e sociale a livello mondiale. Si è ripetuto con la pandemia da COVID-19, quando l'infezione inizialmente scoperta in Cina è riuscita a raggiungere praticamente tutti i Paesi del mondo, nonostante le restrizioni alla mobilità e alle attività senza precedenti. E lo stiamo tragicamente osservando negli ultimi mesi, con la guerra in Ucraina e le crisi del settore alimentare ed energetico fortemente dipendenti dalla Russia.

Sfide future per una salute globale

In questo contesto, le sfide che dovremo affrontare nei prossimi decenni **sfide in**



campo di salute globale sono caratterizzate da un forte **legame interdisciplinare**: le malattie croniche delle società demograficamente in difficoltà, le morti per disperazione delle società più ricche, gli effetti dei cambiamenti climatici, le malattie infettive e i connessi rischi pandemici, per citarne alcune. Non esiste Paese che possa definirsi estraneo a queste sfide. E una sfida trasversale: abolire le disuguaglianze.

Le **disuguaglianze di salute**, definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come differenze sistematiche di stati di salute fra diversi gruppi di popolazione, sono **causate da fattori individuali, ambientali e sociali**, ed hanno un forte impatto sulla salute delle persone più vulnerabili. Per questo motivo è necessario agire su più fronti per creare le opportunità individuali e collettive affinché i gruppi più vulnerabili siano maggiormente aiutati a sopperire gli esistenti gap di salute.

I principali ostacoli alla salute: il reddito delle famiglie e la finanza pubblica

Gli aspetti economici e finanziari dei sistemi sanitari sono sicuramente fra le cause principali delle disuguaglianze di salute. Le risorse sono scarse, sia per la domanda (i pazienti) sia per l'offerta (i sistemi sanitari nazionali), e in base a come si utilizzano e si distribuiscono possono avere effetti molto diversi sulla salute pubblica. Seppure esistano anche fattori sociali e ambientali a rendere un gruppo di persone o un Paese più vulnerabile, e quindi con livelli di salute più bassi, l'OMS individua fra i fattori individuali il **livello di reddito come principale barriera individuale ai servizi sanitari**. Questo è particolarmente accentuato nei Paesi dove l'assistenza sanitaria universale non c'è o presenta molti limiti. In questa direzione, le politiche econo-

omiche che vanno nella direzione di offrire assistenza sanitaria universale a tutti sono sicuramente quelle più importanti da implementare ed efficaci nel combattere gli ostacoli economici.

L'assistenza sanitaria universale è probabilmente il principale obiettivo di economia sanitaria globale. Ad oggi metà della popolazione mondiale non ha accesso ai servizi sanitari di cui avrebbe bisogno per difficoltà economiche e oltre 100 milioni di persone ogni anno finiscono sotto la soglia di povertà a causa delle spese sanitarie che devono sostenere (OMS, 2021). Seppur la maggior parte dei Paesi si è impegnata con strategie nazionali per raggiungere la copertura sanitaria universale, molti sono ancora i progressi da fare in questa direzione. L'ostacolo principale alla realizzazione dell'assistenza sanitaria universale è rappresentato dal più classico dei temi economici: il problema di scelta di **allocazione di risorse scarse**. I fondi pubblici sono limitati e non si pensa sia abbastanza importante destinarne una buona parte per la salute come bene comune. Inoltre, questo è un tema che non sempre gode di un buon riscontro della popolazione. L'**accettabilità politica** di una tale misura non è semplice: garantire assistenza sanitaria anche alle persone che adottano comportamenti meno virtuosi in termini di prevenzione e rischio (per esempio, chi fuma o chi guida senza cintura ha lo stesso diritto di essere curato allo stesso prezzo), la ricerca di fondi tramite meccanismi finanziari di interazione pubblico-privato, o l'accesso alla salute come misura progressiva sono temi che spesso i politici non hanno il coraggio di affrontare.

Buone pratiche: le politiche win-win-win

Si può intervenire sulla salute pubblica e migliorarla anche con **politiche appa-**



rentemente non legate a temi sanitari. Per esempio, le politiche che intendono ridurre l'inquinamento, per esempio tramite una forte tassazione sui consumi di energia non rinnovabile, hanno sicuramente dei benefici sull'ambiente e sulla salute, visto il legame tra inquinamento e malattie polmonari. In questo senso si possono considerare politiche *win-win*. Ma c'è di più.

L'economia di una regione può beneficiare molto dalla spinta di innovazione tecnologica che possono portare, per esempio, politiche energetiche volte a ridurre drasticamente il consumo di combustibili fossili. L'innovazione può fare da volano per un'economia stagna, come è stata spesso negli ultimi anni quella di molti Paesi occidentali, specialmente in Europa. Può indurre la creazione di nuovi posti di lavoro in settori fino a quel momento poco esplorati e rilanciare mercati saturi. Per non parlare dei benefici indiretti, poiché una società più sana lavora e consuma meglio e contribuisce in maniera sostenibile anche al buono stato dell'economia. In questo senso, si può parlare di politiche *win-win-win*: miglioreranno l'ambiente, la salute e l'economia.

Il ruolo della cultura

Tra i fattori individuali che ostacolano l'accesso alla salute ci sono anche gli **aspetti socio-culturali**. Il livello di istruzione, il contesto sociale, l'ambiente culturale che ci circonda sono tutti elementi che contribuiscono alla scelta di curarsi, di spendere tempo e denaro per sottoporsi a una visita medica e di adottare comportamenti virtuosi per prevenire l'insorgere di malattie mantenendo uno stile di vita sano.

La cultura si può definire come *“l'insieme delle specifiche caratteristiche specifiche spirituali, materiali, intellettuali ed emotive di una società o di un gruppo*

sociale... [che] comprende, oltre all'arte e alla letteratura, stili di vita, modi di vivere insieme, sistemi di valori, tradizioni e credenze” (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura - UNESCO, 2001). In questo senso, **il ruolo della cultura entra nell'accesso ai sistemi sanitari in varie forme**. La relazione medico-paziente, la disponibilità a seguire un trattamento clinico (si pensi all'aderenza vaccinale nella pandemia da COVID-19), il valore che diamo al sistema sanitario sono esempi in cui la cultura, a livello individuale e collettivo, può fare la differenza nell'accesso ai servizi sanitari.

La coscienza culturale è particolarmente importante in tre aree chiave della salute pubblica globale: nutrizione, migrazioni e ambiente (Napier et al., 2017). Maggiore cultura è associata a comportamenti alimentari più virtuosi (Axelson, 1986) e maggiore coscienza ambientale (Kulatunga, 2010). Un caso ancora più interessante, molto rilevante in questi ultimi anni, riguarda **la salute delle persone straniere**, sia migranti che rifugiati. La differenza culturale che si manifesta tramite barriere linguistiche, sistema sanitario, legislativo, e attitudine alla cura taglia fuori interi gruppi di popolazione, che spesso sono anche i più vulnerabili.

Il ruolo della cultura è particolarmente accentuato in contesti rurali e dove la società è organizzata in comunità. L'opinione degli altri e ciò che gli altri fanno sono elementi che contribuiscono fortemente alle scelte individuali, comprese quelle in ambito sanitario. In questo senso, le politiche di salute pubblica devono non solo tenere conto delle differenze sociali e culturali e delle attitudini diverse dei vari sottogruppi di popolazione.



Suggerimenti per adottare politiche efficaci, sostenibili e progressive:

- capire il legame tra salute e condizioni economiche, sociali e culturali, sia a livello individuale sia comunitario e nazionale;
- documentare e quantificare l'impatto delle condizioni economiche, sociali e culturali sulla salute pubblica;
- considerare gli aspetti economici, sociali e culturali per proporre politiche tarate sui gruppi di popolazione più vulnerabili.

Bibliografia

Axelson, M. L., *The impact of culture on food-related behavior. Annual review of nutrition*, 1986

Kulatunga, U., *Impact of culture towards disaster risk reduction*, International Journal of Strategic Property Management, 2010

Napier, A. D., Depledge, M., Knipper, M., Lovell, R., Ponarin, E., Sanabria, E. e Thomas, F., *Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy making*, World Health Organization. Regional Office for Europe, 2017

Thomas S. B., Fine M. J. e Ibrahim, S. A., *Health disparities: the importance of culture and health communication*, American journal of public health, 2004

UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity [website]. Parigi, UNESCO, 2001: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

WHO, *Fifth Meeting of the Technical Advisory Group on Universal Health Coverage in the Western Pacific Region*, Virtual meeting, 16-18 November 2021, 2021: meeting report



Il ruolo del clima e dell'ambiente sulla salute

Alessandro Messeri, Consorzio LaMMa (Laboratorio di Monitoraggio e Modellistica ambientale per lo sviluppo sostenibile) e Fondazione Clima e Sostenibilità

L'emergenza pandemica che ci ha interessato nel corso degli ultimi due anni, ed ora anche la crisi internazionale generata dal conflitto in Ucraina, hanno messo in seria discussione il concetto di salute pubblica così come lo conoscevamo fino a poco tempo fa e rendono ancora più necessario un cambio di marcia nelle nostre società, al fine di consegnare alle nuove generazioni un Pianeta ancora abitabile.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce infatti la salute come uno "*stato di benessere fisico, mentale e sociale*" che ha ragione di esistere solo in funzione dell'ambiente circostante, inteso non solo come ambiente fisico, ma anche come insieme di relazioni tra più comunità viventi, uomo incluso. Ed è proprio l'uomo che, nel corso della sua evoluzione, ha sfruttato l'ambiente determinandone profonde modifiche, plasmando paesaggi e territori in funzione delle sue necessità, con effetti importanti sull'ecologia e biodiversità delle specie, ma anche alterando inevitabilmente il clima con un effetto *feedback* che si ripercuote poi sulla nostra salute.

D'altra parte l'ultimo rapporto del Gruppo Intergovernativo sul Cambiamento Climatico (IPCC) "*Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability*" ha messo in luce come il ritmo e la portata degli impatti climatici stanno rapidamente accelerando, portandosi dietro conseguenze devastanti e in molti casi anche imprevedibili. La National Aeronautics and Space Administration

americana (NASA) e l'Organizzazione Meteorologica Mondiale (WMO) segnalano come il 2021 sia stato il settimo anno consecutivo, nel periodo compreso tra il 2015 e il 2021, in cui la temperatura globale del Pianeta è stata di oltre 1° C al di sopra della soglia dei valori medi preindustriali (1850-1900) con il 2016, 2019 e 2020 che costituiscono i primi tre anni più caldi di sempre.

Le generazioni nate nel nuovo millennio sperimentano, purtroppo, queste condizioni climatico-ambientali già dalla nascita con scarsa percezione del cambiamento che invece è ben presente nelle vecchie generazioni; sono, pertanto, sempre più necessarie strategie e politiche volte alla sensibilizzazione della tutela dell'ambiente e del clima che svolgono un ruolo prioritario sul benessere e la salute delle popolazioni. La letteratura scientifica internazionale sul tema ambiente, clima e salute è quanto mai variegata ed esaustiva e mette alla luce l'impatto che il cambiamento climatico ha, su più livelli, sulla nostra società. In particolare, gli **impatti del riscaldamento globale sulla nostra salute** si manifestano sotto vari aspetti che, tuttavia, possono essere ricondotti a tre categorie principali:

1. **impatti diretti** che agiscono istantaneamente a causa di **specifici eventi meteorologici**;
2. **impatti indiretti** derivanti da **modifiche degli ecosistemi**;
3. **impatti indiretti** riconducibili a **mutamenti nei sistemi socio-economici**.



Alla prima categoria sono riconducibili le alluvioni, le inondazioni, le tempeste, le siccità, le ondate di calore e di freddo che agiscono in maniera diretta sulla salute degli individui, causando morti improvvise o infortuni.

Della seconda categoria, invece, fa parte per esempio il fenomeno della denutrizione innescata da una riduzione delle produzioni agricole e zootecniche causate a loro volta da condizioni climatico-ambientali non più idonee per lo svolgimento di tali attività o la diminuzione del pescato e dell'acquacoltura a causa dell'acidificazione degli oceani o ancora all'inquinamento dell'aria che determina un progressivo impoverimento degli ecosistemi.

Nella sfera dei mutamenti dei sistemi socio-economici rientrano, infine, tutti quegli aspetti legati per esempio alle dinamiche di popolazione con un aumento delle migrazioni da aree ormai non più ospitali che possono innescare tensioni internazionali fino allo scoppio di conflitti.

Questi fattori impattano in maniera determinante sulla salute, in compartecipazione con i fattori diretti, determinando una **maggiore diffusione di malattie** (soprattutto cardiovascolari e respiratorie), allergie, malattie infettive, malattie mentali, infortuni, intossicazioni, tumori della pelle per eccesso di esposizione ai raggi UV, solo per citarne alcune.

A dimostrazione di ciò, The Lancet Countdown, una collaborazione tra 24 Istituzioni Accademiche e Organizzazioni Intergovernative attive in ogni continente e rappresentata da esperti di varie discipline, ha evidenziato che **il riscaldamento globale ha un peso sempre maggiore sui sistemi sanitari nazionali** e, anche in caso di una riduzione delle emissioni

di gas serra, nel prossimo futuro questa tendenza non sarà invertita. Tra gli effetti più macroscopici del cambiamento climatico sulla nostra salute vi sono i disastri naturali, definiti dall'International Disaster Database (EMDAT) come un evento improvviso che causa ingenti danni, distruzione, sofferenza e perdite di vite umane.

“*The Human Cost of Disasters 2000-2019*”, pubblicato dall'Ufficio delle Nazioni Unite per la Riduzione dei Rischi dei Disastri (UNDRR) e dal Centro per la Ricerca sull'Epidemiologia dei Disastri (CREED) ha confermato che gli eventi estremi clima-correlati sono predominanti tra i disastri del 21esimo secolo. Secondo il Rapporto, nel corso delle ultime due decadi, a livello mondiale le inondazioni sono più che raddoppiate, costituendo oggi oltre il 40% del totale dei disastri climatici a cui seguono le tempeste che hanno avuto un incremento del 28%. Grandissimo impatto sulla salute hanno anche gli incendi che costituiscono circa il 3% dei disastri naturali e le ondate di calore (6%) che nei Paesi industrializzati, insieme alle ondate di freddo, determinano circa il 76% delle morti per disastri naturali causati da condizioni atmosferiche.

Focalizzando l'attenzione sulle ondate di calore, l'80% della mortalità si verifica in Europa e a testimonianza di ciò, recenti studi hanno evidenziato come proprio nel Sud del vecchio continente, soprattutto nella parte orientale del bacino del Mediterraneo, nel corso degli ultimi 20 anni, **le ondate di calore sono diventate più frequenti, intense, prolungate**, ma soprattutto **più precoci** e con una persistenza anche durante i primi mesi dell'autunno.

In considerazione della tendenza climatica in atto, tali condizioni sono previste in peggioramento nei prossimi anni con



un interessamento anche delle latitudini più settentrionali dove gli impatti in termini di salute pubblica potrebbero essere anche maggiori in virtù della minore percezione del rischio determinata da una scarsa abitudine ad affrontare tali condizioni. Per questo motivo, le stime di mortalità caldo-correlata, soprattutto nei Paesi industrializzati, sono previste in rapido aumento nel corso dei prossimi anni. Inoltre, bisogna considerare che nei Paesi a maggior sviluppo, il fenomeno dell'**urbanizzazione** tende a concentrare sempre di più la popolazione all'interno dei grandi centri urbani. Questo determina un aumento della cementificazione e conseguente consumo di suolo con incremento del fenomeno dell'*urban heat island*, le **isole urbane di calore**, cioè un **aumento della temperatura**, da 2° C fino ad oltre 10° C, **all'interno della città** determinato da molteplici fattori riconducibili essenzialmente alle proprietà termiche dei materiali con cui è costruito l'ambiente urbano, alla mancanza di vegetazione e all'emissione di calore generato dalle attività antropiche (caldaie, motori, fabbriche). In tali aree, le condizioni ambientali possono essere ulteriormente aggravate dalla maggiore concentrazione di sostanze inquinanti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e in generale le principali agenzie internazionali per la tutela della salute pubblica mettono in evidenza come i **maggiori rischi** legati agli estremi termici, e in particolare al caldo, **sono a carico dei gruppi più vulnerabili**, come per esempio gli anziani di età superiore ai 65 anni, i bambini, i malati cronici, gli atleti, la popolazione meno abbiente e i lavoratori, categoria che purtroppo negli ultimi anni sta salendo alla ribalta delle cronache. I lavoratori, infatti, in particolare quelli che trascorrono la maggior parte delle loro attività all'aperto, sono tra i soggetti più esposti agli effetti del caldo e in generale a tutti i fenomeni at-

mosferici.

A questo, nel corso delle ultime due stagioni estive, si è aggiunta l'emergenza da COVID-19 che, tra le varie restrizioni, ha reso necessario in molte situazioni l'impiego di veri e propri dispositivi di protezione individuale e/o misure igieniche come le mascherine di comunità che, unitamente ad altri dispositivi di protezione individuale specifici per le più svariate attività lavorative, possono contribuire ulteriormente all'accentuazione dello stress da caldo.

Un recente studio riporta che i costi globali stimati per la perdita di tempo di lavoro a causa di infortuni caldo-correlati ammontano, negli Stati Uniti, a circa 280 miliardi nel 1995, arrivando a 311 miliardi nel 2010, pari quindi allo 0,5% del Prodotto Interno Lordo (PIL), con una crescita stimata entro il 2030 ai 2,4-2,5 trilioni (pari all'1% del PIL). I Paesi in via di sviluppo e quelli con climi più caldi registrano **perdite di produttività** in proporzione al PIL ancora maggiori. I rischi legati allo stress termico occupazionale si osservano maggiormente nelle industrie con attività *outdoor* e nelle medie imprese e i lavoratori più colpiti sono di sesso maschile con una età compresa tra 25 e 44 anni.

Strategie di adattamento al caldo sono, quindi, sempre più necessarie e per questo motivo, l'Istituto per la Bioeconomia del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IBE-CNR) coordina, con la collaborazione di Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) e insieme ad altri partner tra cui figura il Consorzio LaMMA (Laboratorio di Monitoraggio e Modellistica Ambientale per lo Sviluppo Sostenibile), un progetto (WORKCLIMATE) che ha come obiettivo quello di mettere a punto **strategie di intervento** e sviluppo di un **sistema integrato di allerta meteo-climatica ed epidemio-**



logica per vari ambiti occupazionali al fine di tutelare salute e produttività dei lavoratori dai rischi connessi allo stress termico da caldo. La complessità delle tematiche trattate, che spaziano dalle dinamiche sociali, agli aspetti ecologici, alle dinamiche ambientali e climatiche, impongono la necessità di adottare sempre di più una strategia globale per la tutela della salute, dell'ambiente e del clima che deve fondarsi su un approccio convergente e multisetoriale al fine di assicurare ambienti sicuri e accessibili secondo principi di equità e di sostenibilità.



L'emergenza salute mentale

Fabrizio Starace, Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche AUSL Modena e Consigliere CSS (Consiglio Superiore di Sanità, Ministero della Salute)

Nella pianificazione della risposta a un'emergenza, l'attenzione alla **dimensione psicosociale** è centrale. L'Inter-Agency Standing Committee (IASC) già nel 2007 segnalava che *“conflitti armati e disastri naturali causano significative sofferenze psicologiche e sociali alle popolazioni colpite. L'impatto psicologico e sociale delle emergenze ... può anche minare a lungo termine la salute mentale e il benessere psicosociale della popolazione colpita. ...Una delle priorità in caso di emergenza è quindi proteggere e migliorare la salute mentale e il benessere psicosociale delle persone”*.

In Italia, nonostante la pandemia da COVID-19 abbia determinato un impegno senza precedenti del servizio sanitario nazionale, le azioni di coordinamento e di concreto intervento per la salute mentale hanno presentato numerosi elementi di criticità. Ne è riprova la significativa **riduzione del numero di persone in contatto con i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)** registrata nel 2020 rispetto al 2019: circa 100.000 persone hanno rinunciato alle cure e parallelamente sono state oltre 2 milioni e mezzo le prestazioni in meno erogate dai DSM.

Nell'anno in cui i sistemi sanitari hanno dovuto far fronte alla pandemia da COVID-19, anche le misure emergenziali varate dal Governo non hanno migliorato il **cronico sotto finanziamento** del settore, che ha mostrato una sostanziale stabilità del costo pro-capite, pari a 67,5 euro, e della percentuale del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) utilizzato per

la salute mentale, pari al 3%. Non si è di conseguenza modificata la dotazione di personale, il “capitale umano” dedicato alla salute mentale. Anzi, se si considera la significativa dislocazione di operatori che, pur rimanendo incardinati nei ruoli del DSM, hanno prestato la propria opera nei presidi rafforzati o creati per il contrasto alla pandemia (tracciamento dei contatti, reparti COVID-19, *counselling* telefonico), si ottiene un quadro di ulteriore riduzione di organici già da tempo insufficienti rispetto al fabbisogno.

L'adozione di misure più restrittive per l'accesso in ospedale ha verosimilmente motivato la **diminuzione dei ricoveri in acuto**, e in particolare di quelli per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), a conferma di un trend segnalato anche a livello internazionale. Le medesime restrizioni hanno determinato il mancato ricorso al Pronto Soccorso per motivi psichiatrici (-34,1% rispetto al 2019). È **peggiorata**, inoltre, la **continuità assistenziale**, come dimostra il ridotto numero di persone (2 su 10) in contatto con i servizi a 14 giorni dalla dimissione ospedaliera. Si è, invece, allungata la durata media dei trattamenti residenziali (1059 giorni), ponendo seri dubbi circa l'appropriatezza di questa misura terapeutico-riabilitativa.

Non sono disponibili dati relativi al 2021 e ai primi mesi del 2022: questo impedisce una valutazione dell'impatto della pandemia e delle misure restrittive sulla salute mentale della popolazione in termini di accesso ai servizi. Tuttavia,



numerose analisi condotte localmente indicano un effetto *rebound*, ossia un **incremento di richieste successivo all'allentamento delle misure restrittive**, che ha riguardato prevalentemente adolescenti e giovani adulti. In queste fasce d'età si assiste a un marcato aumento dei comportamenti impulsivi e autolesivi e dei disturbi del comportamento alimentare, e più in generale della maggiore diffusione dei cosiddetti disturbi psichiatrici comuni.

A fronte di questo previsto allargamento della richiesta d'aiuto, gli elementi di debolezza strutturale (risorse e personale) sopra descritti impongono alcune riflessioni sulla tenuta complessiva del sistema di cura per la salute mentale.

La prima è di carattere culturale: la **salute mentale**, per le sue caratteristiche interdisciplinari e intersettoriali, è spesso **sfuggita ai "radar" della sanità pubblica italiana**, che ha preferito considerarla un caso *sui generis*. Il posizionamento agli ultimi posti dell'agenda di governo della sanità, anche in corso di emergenza pandemica, è stato, a nostro avviso, conseguenza di questo atteggiamento.

La seconda riguarda la **scarsa considerazione delle evidenze che la ricerca in salute mentale pubblica produce**. È facile osservare *ex post* che molte scelte avrebbero potuto giovare di un osservatorio del disagio percepito dalla popolazione generale, per meglio calibrare gli interventi e la comunicazione degli stessi.

La terza riflessione riguarda la totale **assenza di abitudine all'uso delle tecnologie di comunicazione da remoto in salute mentale**. Dovevamo attendere un'epidemia per convincerci che le relazioni (quelle interumane, prima ancora che terapeutiche) del terzo millennio

possono realizzarsi con modalità nuove rispetto a quanto eravamo abituati a fare? Occorreva che l'intera popolazione fosse sottoposta alla costrizione sperimentata quotidianamente dalle persone con disturbi mentali gravi, per renderci conto che una telefonata, una videochiamata, un web meeting di gruppo possono essere strumenti altrettanto efficaci di quelli tradizionali?

Queste contraddizioni sono state certamente alimentate dal modo in cui attività e interventi vengono considerati. In una **sanità aziendalizzata**, costruita su un malinteso **principio di produttività**, impegnare del tempo al telefono con un paziente, con i suoi familiari ed eventuali altri significativi è considerato intervento marginale, inefficiente. Efficienza e programmazione a breve termine, tuttavia, sono nemici irriducibili di una funzione essenziale della salute mentale: la **prevenzione**, in tutti i suoi differenziati livelli di intervento. Competenze epidemiologiche, sociali, economiche, di comunicazione, solo per elencarne alcune, devono affiancarsi a quelle psichiatriche, per garantire pianificazione, realizzazione, valutazione; entro orizzonti temporali che implicano la capacità di guardare lontano, ben oltre l'emergenza.

La pandemia ci ha impartito un'altra lezione: la vulnerabilità e la ridotta capacità di risposta, al contagio come ai problemi di salute mentale, dei sistemi sanitari sbilanciati verso l'ospedale. Per ricorrere a una logora ma efficace metafora bellica, se è vero che alcune - anche significative - battaglie si conducono nell'ospedale, la guerra si vince o si perde sul territorio. Il depotenziamento dei presidi e della cultura territoriale è costata cara, nel contrasto all'epidemia come nella lotta ai disturbi mentali. Inoltre, affidare al privato accreditato/convenzionato quote consistenti di prestazioni elettive, essenzialmente resi-



denziali, ha finito inevitabilmente con il concentrare l'attenzione dei DSM sul segmento dell'acuzie, **riducendone la capacità proattiva verso le attività di prevenzione, di intercettazione territoriale precoce dei casi, di definizione di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati**. Qualcosa del genere si è osservato anche nella gestione dei casi COVID-19: laddove i sistemi sanitari disponevano di una coordinata e capillare rete di presidi e medici di cure primarie la gestione è stata domiciliare, con decongestionamento degli ospedali e migliore capacità di controllo della diffusione pandemica.

Quest'emergenza ha, infine, richiamato l'attenzione del Paese al **problema principale della sanità italiana**. Le disuguaglianze determinate dall'autonomia organizzativa e gestionale delle singo-

le Regioni sono emerse in tutta la loro drammatica portata, ponendo tutti noi di fronte a una questione che ci interroga sul piano etico prima ancora che professionale: fino a quando sarà possibile tollerare che un cittadino italiano abbia maggiore (o minore) diritto di essere curato in funzione del luogo di nascita o di residenza? **Ridurre le disuguaglianze inter-regionali in salute mentale**, tanto più odiose in quanto non attenuabili da nessuna mobilità sanitaria, resta a nostro avviso il primo punto da affrontare per rilanciare la centralità e l'importanza del sistema di cura pubblico, l'unico in grado di garantire - se ne avrà le risorse - universalità d'accesso e giustizia sociale.

Bibliografia

Caserotti M., Gavaruzzi T., Girardi P., Tasso A., Buizza C., Candini V., Zarbo C., Chiarotti F., Bresciani S., Calamandrei G., Starace F., de Girolamo G., Lotto L., *Who is likely to vacillate in their COVID-19 vaccination decision? Free-riding intention and post-positive reluctance*. *Prev Med.*, 2022. doi: 10.1016/j.ypmed.2021.106885.

Inter-Agency Standing Committee (IASC), *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC, 2007

Ministero della Salute, *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale, (SISM)*. Anno 2020, 2022

Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, *Salute Mentale in Italia: la mappa delle disuguaglianze*, 2018, <https://siep.it/salute-mentale-in-italia-la-mappa-delle-disuguaglianze/>

Zarbo C., Candini V., Ferrari C., d'Addazio M., Calamandrei G., Starace F., Caserotti M., Gavaruzzi T., Lotto L., Tasso A., Zamparini M., de Girolamo G., *COVID-19 Vaccine Hesitancy in Italy: Predictors of Acceptance, Fence Sitting and Refusal of the COVID-19 Vaccination*, *Front Public Health*. 2022 doi: 10.3389/fpubh.2022.873098.



Reti di solidarietà locali e globali

Claudio Gatti, Vicepresidente HelpAge Italia

Negli ultimi anni abbiamo preso coscienza di come **non esistano soluzioni non comunicanti per affrontare le sfide planetarie**, siano esse effettivamente “globali” o apparentemente “locali”, sfuggendo a una logica meramente economico-finanziaria di globalizzazione. Questa presa di coscienza è fluita dall’opinione pubblica e dai think tank ai governanti per poi fare il percorso inverso (dall’istanza alla risposta) attraverso la ratifica di accordi internazionali e la faticosa sottoscrizione, su tematiche specifiche come quelle ambientali (Kyoto, Glasgow, ecc.), di obiettivi di compromesso tra le esigenze dei *big player* mondiali. Le Organizzazioni internazionali, in primis le agenzie delle Nazioni Unite, si sono ritrovate in affanno nel tentativo di ritagliarsi un ruolo che garantisse una rappresentanza nella governance globale anche a Paesi di seconda fila, economicamente e demograficamente parlando (viene da pensare al ruolo dell’Organizzazione Mondiale della Sanità nella gestione della pandemia da COVID-19).

In questi anni il cambiamento climatico e la pandemia hanno monopolizzato l’attenzione. Tuttavia, quarant’anni fa la situazione non era poi così diversa, con il prepotente affacciarsi delle emergenze climatiche (a partire dal buco nell’ozono) e delle questioni ambientali in senso ampio (nucleare civile in primis) a cui a quei tempi andava ad affiancarsi la pandemia da HIV. Anche l’illusione che questa volta le emergenze potessero essere affrontate in un quadro internazionale più coeso, non più soggetto alla divisione in blocchi, si è infranta di fronte ai recenti fatti in Ucraina e alle crescenti

tensioni internazionali.

In questo quadro, i soggetti coinvolti nelle attività umanitarie di cooperazione allo sviluppo e, più genericamente, nelle azioni di solidarietà, sia a livello domestico sia internazionale verso il cosiddetto *Global South*, hanno dovuto modificare i propri paradigmi. Un contributo importante è venuto dalle riflessioni, intensificatesi dalla metà degli anni ’90, sulla **necessità di valutare l’impatto delle attività umanitarie, filantropiche e di cooperazione in termini di cambiamenti apportati**, misurabili e duraturi nel tempo. Anche prima dello sviluppo della *Theory of change* e dei suoi modelli attuativi si misuravano i risultati di un progetto e si predeterminavano gli obiettivi, ma il nuovo approccio ha sicuramente contribuito a colmare il gap tra desiderata e risultati ottenibili già a livello di progettazione, nonché a correlare tra loro gli *outcome* in una catena ordinata, causale e coerente. Alcune delle recenti modifiche che hanno modernizzato il quadro normativo del Terzo Settore in Italia (Codice del Terzo Settore D.Lgs.117/17 e Legge125/14 sulla cooperazione internazionale) sono state influenzate da queste nuove tendenze, inclusa la creazione nel 2016 dell’Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo (AICS).

Il mondo della solidarietà, quindi, si è mosso per stare al passo con le nuove sfide, ripensando il modo di progettare e valutare le proprie attività, inserendole sempre più spesso in piani strategici di lungo periodo e puntando sulla professionalizzazione del personale, dipendente o volontario.



Oggi il Terzo Settore è una comunità composta, che occupa poco meno di 900mila addetti e raccoglie 370mila Enti (Enti del Terzo Settore - ETS), prevalentemente associazioni e con le cooperative sociali ad occupare oltre la metà dei lavoratori; di questa moltitudine, al 30 giugno 2022, solo 264 sono gli ETS iscritti all'elenco dell'AICS in quanto riconosciuti e coinvolti nelle attività di cooperazione internazionale: si tratta delle Organizzazioni della Società Civile (OSC), tra cui compaiono primariamente le Organizzazioni Non Governative (ONG) ma non solo (cfr. art.26 commi 2 e 3 della L. 125/14); sono poi quasi sette milioni le italiane e gli italiani che svolgono attività di volontariato, con punte di un abitante su cinque in alcune aree.

Alcune di queste realtà hanno avuto la capacità di leggere i segni dei tempi e cogliere il rapporto di consequenzialità tra problemi apparentemente lontani per natura, genesi e geografia; ne è un esempio il **fenomeno migratorio**, *people on the move*; già nel 2006 Emergency, normalmente attiva all'estero e nei teatri di guerra, ha aperto il suo primo ambulatorio per migranti (e non solo) a Palermo. Un'altra associazione milanese, il Naga, grazie prevalentemente al lavoro volontario, ha iniziato le sue attività ambulatoriali e di supporto legale già a fine anni '80, assistendo Rom, migranti e carcerati. Nei primi anni 2000, il numero di migranti che sbarcavano in Italia ogni anno oscillava intorno alle 20mila persone, dato lontano dai picchi successivi del 2011 (primavera arabe) e, in misura ben più drammatica, del periodo 2014-2017, prima degli interventi normativi che hanno fortemente cambiato il quadro della situazione. Sullo sfondo operano molte ONG impegnate in attività di *Search And Rescue* (SAR, ricerca e soccorso) nel Mediterraneo, diventato suo malgrado teatro di uno dei più intensi e mortali flussi migratori via mare in epoca recente. Come sempre, sono i numeri a darci il senso di quello di cui stiamo parlando: nell'*annus horribilis* 2016 sono sbarcate

sulle coste italiane 180mila persone e nel Mediterraneo sono morte o risultate disperse 5.136 persone. Il lavoro legato ai migranti ha spinto molte ONG a ripensare le proprie modalità d'azione, adattandole a interventi domestici e/o a Paesi a reddito medio-alto (basti pensare alla Grecia e alla rotta balcanica).

A chiudere il cerchio e a saldare, dal punto di vista della pratica della solidarietà, due dimensioni spesso considerate non comunicanti (globale e locale) sono arrivate le grandi crisi economiche che hanno fatto vacillare le certezze del mondo occidentale, da cui è partita la grande recessione seguita alla crisi finanziaria del 2008, dalla bancarotta Lehman Brothers in poi; a quel punto perfino i Paesi del G8 hanno iniziato a fare i conti con le difficoltà delle famiglie, non solo quelle di immigrati di seconda generazione, ad affrontare le spese di base, oltre a quelle considerate non essenziali (secondo l'Istat *“la soglia di povertà assoluta rappresenta il valore monetario, a prezzi correnti, del paniere di beni e servizi considerati essenziali per ciascuna famiglia [...] Una famiglia è “assolutamente povera” se sostiene una spesa mensile per consumi pari o inferiore a tale valore”*).

Molte organizzazioni hanno, quindi, dovuto rivolgere il proprio sguardo anche alle vulnerabilità interne dei propri Paesi; ne è un esempio Save the Children, che in Italia ha iniziato importanti campagne di *advocacy* e lanciato complessi programmi di lotta alla povertà educativa e non solo (in Italia si stimano 1,3 milioni di minori in povertà assoluta).

Da anni Save the Children pubblica l'“Atlante dell'infanzia a rischio”. È significativo che, in modo quasi speculare, l'Agenzia Italiana del Farmaco a sua volta pubblici un “Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci”. Questi documenti, purtroppo, grazie alla comune chiave di lettura geografica, restituiscono un **quadro dell'Italia ancora spac-**



cato in due: la solidarietà, quindi, dovrà ancora esprimersi anche tra le diverse aree del Paese.

Altrettanto, se non più complesso, è il **tema anziani**, ulteriormente aggravato dal COVID-19 non solo dal punto di vista strettamente sanitario.

Tornando alla dialettica globale-locale, constatiamo che molti dei soggetti coinvolti nelle attività di assistenza sociale, umanitaria o sanitaria sia nei propri Paesi di origine sia in quelli tradizionalmente destinatari del loro aiuto, abbiano ormai superato nei fatti questo dualismo e si stiano impegnando nel declinare al meglio le proprie attività in funzione del contesto specifico, superando anche le distinzioni convenzionali tra Paesi “donatori” e Paesi destinatari degli aiuti.

Questo, ovviamente, non significa che le differenze si siano azzerate, ma che il paradigma sta cambiando: da questo punto di vista alcune organizzazioni internazionali hanno fatto da capofila, come Amref (*Flying Doctors*), che sin dalla sua costituzione ha deciso di avere non solo le mani, ma anche la testa in Africa. **Molte altre realtà stanno attuando un progressivo processo di “localizzazione”:** per definirla si possono prendere a prestito le parole di un importante attore dell’aiuto umanitario, l’irlandese Trócaire, che nel suo piano strategico, introducendo anche il concetto di partnership, la definisce “[...] un processo collettivo che mira a garantire che le entità locali e nazionali [...] siano al centro del lavoro umanitario e di sviluppo. La localizzazione richiede uno spostamento delle relazioni di potere tra organizzazioni internazionali e locali, sia in termini di decisioni strategiche che di controllo delle risorse [...] le persone locali dovrebbero svolgere un ruolo guida nei processi di sviluppo delle loro comunità [...] un “cambiamento di passo” nel nostro approccio al partena-

riato, che implica un trasferimento più profondo del potere ai nostri partner locali e nazionali nei paesi in cui lavoriamo [...]”.

Venendo poi agli aspetti sanitari e prendendo in esame l’Africa, è un fatto che sebbene alcuni Paesi abbiano raggiunto ragguardevoli risultati sia nella lotta alle grandi piaghe del passato (il 25 agosto 2020 il Direttore generale dell’OMS ha dichiarato l’Africa libera dalla poliomielite) sia nella sanità di base e talvolta in quella avanzata, altri rimangono drammaticamente indietro. Inoltre, seppur con un migliorato accesso alle terapie, molte malattie continuano a flagellare il continente: sono africani il 60% dei sieropositivi al mondo (a fronte dell’11% della popolazione mondiale africana) e in Africa si registra il 90% dei casi di malaria. Difficile in queste condizioni cercare di fare passi avanti anche nel trattamento di patologie più complesse, da quelle cardiologiche (crescenti) a quelle oncologiche.

I Paesi che dimostrano più difficoltà a gestire i propri Sistemi Sanitari Nazionali (SSN) sono quelli con le difficoltà socio-economiche più accentuate. Come ricorda anche il Collegio universitario aspiranti medici missionari (Cuamm) nel suo piano strategico 2016-2030 parlando di *Universal Health Coverage* (UHC - assistenza sanitaria universale), in molti Paesi africani il 50% della spesa sanitaria è sostenuto da forme di pagamento diretto (*out of pocket*). **Gli attuali numeri della cooperazione restano inadeguati, sia in termini di risorse umane** (poche migliaia di persone in Italia) **sia di risorse finanziarie:** non è un caso che la stessa AICS nel suo sito, citando la conferenza di Addis sul Finanziamento allo Sviluppo, ribadisca la necessità di passare dai *billions* (miliardi) ai *trillions* (mille miliardi) per far fronte agli Obiettivi di sviluppo sostenibile.

Se sul piano economico-finanziario devo-



no muoversi soprattutto le potenze globali (pur dovendo aumentare l'attivismo locale), su quello operativo c'è invece spazio; vista la sproporzione tra le risorse umane messe in campo dal "sistema cooperazione" e la crescente popolazione africana, da questo punto di vista solo un *surge* (spinta) locale può dare risposte durature e sostenibili. È un dato che l'Africa non stia uscendo da molte delle sue "emergenze permanenti", volendo usare un ossimoro, e questo dovrebbe far riflettere sul modello di cooperazione finora applicato. Auspicabilmente, lo spostamento del baricentro decisionale verso i luoghi ove i bisogni si manifestano potrà stimolare il cambiamento. Tuttavia, molti si interrogano, alla luce dei disastri della decolonizzazione, su come sostenere questo processo di localizzazione: potenzialmente una chiave sta nell'**incentivare un networking locale sempre più spinto tra istituzioni pubbliche e private**, direttamente dialoganti con i soggetti internazionali. In questo,

pur rappresentando una barriera ai rapporti umani diretti, la spinta al digitale generata dal COVID-19 ha sicuramente contribuito, tagliando le distanze.

Creare reti multidisciplinari e senza vincoli geografici è non solo possibile, ma indispensabile, in un'ottica di economie di scala e per mettere a fattor comune buone pratiche locali, siano esse di ingegneria finanziaria, gestionali o tecniche. Sia nei Paesi a basse risorse sia in quelli più ricchi (i cui SSN dovranno saper vincere la sfida rappresentata dai costi crescenti delle nuove terapie) sarà necessario perseguire l'obiettivo di una sanità agile, interconnessa, territoriale e decentralizzata, ancorata in maniera crescente alle potenzialità delle tecnologie digitali nella remotizzazione dei processi per minimizzare consumi energetici e inefficienze, limitando una logistica umana sempre più impattante sugli equilibri del Pianeta.

Riferimenti bibliografici e link utili:

AIFA, *Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci*, 2021. Disponibile: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/Atlante_disuguaglianze_sociali_uso_farmaci_2021.pdf

Cammarata S., Mercadante F., Romano A., Strada G., *Il Poliambulatorio di Palermo: accesso a cure gratuite e punto di osservazione dei nuovi flussi migratori nel bacino Mediterraneo*, comunicazione orale - sessione plenaria Congresso SIFO, Cagliari, Ottobre 2010. Pubblicato sul "Giornale Italiano di Farmacia Clinica" luglio-settembre 2010, Vol. 24, Nr. 3, pag. 135

Forum Terzo Settore, <https://www.forumterzosettore.it/2022/02/17/istat-i-numeri-del-terzo-settore/>

ISPI, <https://www.ispionline.it/it/pubblicazione/migrazioni-nel-mediterraneo-tutti-i-numeri-24892>

Istituto Superiore di Sanità, <https://www.epicentro.iss.it/globale/africareport06>

Missing Migrants Project, <https://missingmigrants.iom.int/region/mediterranean>

Open cooperazione, <https://www.open-cooperazione.it/web/Dati-Organizzazioni.aspx?anno=2020>

Save The Children, *XXII Atlante dell'infanzia a rischio 2021. Il futuro è già qui*, 2021. Disponibile: https://atlante.savethechildren.it/content2021/XII_Atlante_dell_infanzia_a_rischio__Il_futuro_e_gia_qui.pdf

Theodore Levitt, *Globalization of Markets*, Harvard Business Review, may-june 1983

Weiss C.H. and Connell J.P., *Nothing as Practical as Good Theory: Exploring Theory-Based Evaluation for Comprehensive Community Initiatives for Children and Families* in: "New Approaches to Evaluating Community Initiatives: Concepts, Methods, and Contexts", The Aspen Institute, 1995



Dalla teoria alla pratica

Rossella Miccio, Presidente Emergency ONG Onlus

Jacopo Tomasina, Advocacy Manager - Health & Development - Emergency ONG Onlus

Il diritto alla cura è un diritto umano fondamentale e come tale è necessario che esso venga riconosciuto a ogni individuo. Il riconoscimento di tale diritto è stato uno dei pilastri per la ricostruzione della comunità mondiale dalle ceneri della Seconda Guerra Mondiale.

Se ne parlò per la prima volta nel 1946 nel preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che afferma: *“il godimento delle migliori condizioni di salute fisica e mentale è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, opinione politica, condizione economica o sociale [...]”*.

Anche in Italia nel 1947 il **diritto alla salute venne incorporato nella Costituzione** all'articolo 32: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. [...]”*. Questo diritto venne poi riaffermato nel 1948 nell'articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo: *“Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari [...]”*. Oggi la volontà di perseguirne la realizzazione è riscontrabile anche nel Goal 3 “Salute e benessere” dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, nel quale si afferma che *“per raggiungere lo sviluppo sostenibile è fondamentale garantire una vita*

sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età [...]”.

Nonostante i molteplici riferimenti che si sono susseguiti dagli anni Quaranta sino ad oggi, **il diritto alla salute è nella pratica spesso disatteso**: nei Paesi martoriati da guerra e povertà, dove i sistemi sanitari sono al collasso, ma anche nel nostro Paese, dove le categorie vulnerabili spesso non hanno accesso alle cure di cui hanno bisogno per scarsa conoscenza dei propri diritti, difficoltà linguistiche, incapacità a muoversi all'interno di un sistema sanitario complesso e, sempre più spesso, per problemi economici. Tali difficoltà si acquisiscono ulteriormente quando le cure necessarie sono di tipo specialistico o di alto livello, alimentando così un grave squilibrio nella fruizione del diritto alla cura e creando una divisione sempre più profonda tra chi può permettersi di pagare per accedere alle cure e chi no.

Emergency ONG Onlus è un'associazione internazionale nata in Italia nel 1994 con due obiettivi: garantire cure di qualità e gratuite alle vittime delle guerre, delle mine antiuomo e della povertà e, allo stesso tempo, promuovere una cultura di pace, solidarietà e **rispetto dei diritti umani**. Questo contributo alla raccolta *“I Quaderni dell'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile”* si prefigge come scopo quello di condividere l'esperienza di Emergency nella realizzazione di progetti sanitari per contribuire a un dialogo costruttivo sulle possibili modalità di promozione concreta del diritto alla cura



e partecipare così allo sforzo collettivo verso la realizzazione del Goal 3 dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile.

Emergency ha da sempre improntato la sua azione al rispetto di tre principi che ritiene fondamentali per garantire un reale accesso al diritto alla cura, i principi di **eguaglianza, qualità e responsabilità sociale**.

Con **eguaglianza** si intende il principio per il quale ogni essere umano ha diritto a essere curato a prescindere dalla condizione economica e sociale, dal sesso, dall'etnia, dalla lingua, dalla religione e dalle opinioni. Le migliori cure rese possibili dal progresso e dalla scienza medica devono essere fornite equamente e senza discriminazioni a tutti i pazienti.

Quando si parla di **qualità**, invece, si vuole sottolineare che i sistemi sanitari devono essere basati sui bisogni di tutti ed essere adeguati ai progressi della scienza medica. Non possono essere orientati, strutturati o determinati dai gruppi di potere né dalle aziende coinvolte nell'industria della salute.

Per finire, secondo il principio di **responsabilità sociale**, i governi hanno il dovere di considerare come prioritari la salute e il benessere dei propri cittadini, e destinare a questo fine le risorse umane ed economiche necessarie. I servizi forniti dai sistemi sanitari nazionali e dai progetti umanitari in campo sanitario devono essere gratuiti e accessibili a tutti.

Per riuscire a tradurre sul piano pratico questi tre principi, Emergency ha scelto di sviluppare un approccio volto alla promozione di un modello di **medicina di eccellenza**. Nei Paesi colpiti da conflitti e povertà è più che mai necessario assicurare cure gratuite e di alta qualità a chiunque ne abbia bisogno, nel rispetto dei diritti umani e a garanzia della di-

gnità di ciascun individuo. L'obiettivo è contribuire a garantire lo stesso livello di cure in tutti i Paesi del mondo, rifuggendo l'idea di una distinzione tra sanità di serie A e di serie B a danno delle popolazioni più vulnerabili. Il modello proposto e implementato quotidianamente da Emergency nei Paesi di intervento si basa su tre componenti principali: **accesso gratuito, alta qualità e formazione specialistica**.

Perché le cure siano veramente accessibili, devono essere **completamente gratuite**, la gratuità infatti rappresenta la condizione indispensabile affinché il diritto a essere curati non si trasformi in un privilegio.

Gli ospedali nei Paesi di intervento sono costruiti in modo da poter garantire il **livello di cure più alto possibile**: sin dalla fase del progetto, l'obiettivo è di creare un ambiente di lavoro efficiente per lo staff e confortevole per i pazienti. Nelle strutture la tendenza è sempre quella di utilizzare fonti energetiche alternative e soluzioni ecologiche per lo smaltimento dei rifiuti: così facendo è possibile contenere i costi di manutenzione e rispettare l'ambiente, a Khartoum come a Kabul. Gli ospedali sono dotati di giardini, di spazi gioco per i bambini e luoghi di aggregazione: si vuole, infatti, che siano belli, oltre che funzionali, perché la bellezza riconosce rispetto e dignità.

Nei nostri progetti formiamo il personale locale con lezioni pratiche e teoriche e la nostra **attività di formazione** in alcuni Paesi è riconosciuta dai ministeri della Sanità locali. L'obiettivo è di rendere sempre più autonomo lo staff locale, anche in vista di un eventuale passaggio di consegne contribuendo così al rafforzamento del sistema sanitario locale in un'ottica di sostenibilità a lungo termine. Garantire formazione qualificata in loco aiuta a stimolare lo sviluppo dell'in-



tero sistema sanitario del Paese, che sarà dunque in grado di affrontare e gestire in maniera efficace anche situazioni sanitarie più complesse. La componente legata alla formazione riveste un ruolo di fondamentale importanza, riconosciuta anche dal Target 3c del Goal 3 dell'Agenda 2030: *“aumentare sostanzialmente il finanziamento della sanità e il reclutamento, lo sviluppo, la formazione e il mantenimento del personale sanitario nei Paesi in via di sviluppo, soprattutto nei paesi meno sviluppati e nei piccoli Stati insulari in via di sviluppo”*.

In quasi trent'anni di attività Emergency è riuscita a dimostrare nella pratica che un modello di medicina di eccellenza è concretamente **realizzabile, sostenibile e replicabile**.

In conclusione, crediamo possibile e necessario lo **sviluppo di progetti di cooperazione** in ambito sanitario che contribuiscano alla realizzazione di un sistema equo ove ogni individuo possa

godere di uguali diritti e opportunità. Al fine di raggiungere concretamente tale obiettivo è però necessario che si riesca a spaziare anche oltre il supporto alla sanità di base. La coesistenza, infatti, di strutture di primo, secondo e terzo livello fa sì che l'intero sistema sanitario di un Paese risulti più resiliente e pronto ad assorbire e gestire possibili shock esterni. La pandemia, in cui tutt'ora ci troviamo, ne è un chiaro monito. L'adozione di un approccio inclusivo volto alla realizzazione di un sistema sanitario multilivello e integrato, non garantisce solo cure adeguate dei pazienti ma prevede anche la possibilità di offrire formazione altamente specializzata a professionisti locali del settore. Riteniamo che questi siano presupposti assolutamente necessari affinché sia pienamente rispettato il diritto universale ad un'assistenza medica di qualità, un diritto che deve avere lo stesso contenuto a tutte le latitudini.

Bibliografia

Constitution of the World Health Organization, New York, 1946: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268691>

Costituzione della Repubblica Italiana, Roma, 1947: <https://www.senato.it/sites/default/files/media-documents/Costituzione.pdf>

Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, Parigi, 1948: https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/DICHIARAZIONE_diritti_umani_4lingue.pdf

Emergency: <https://www.emergency.it/cosa-facciamo/sanita-di-eccellenza-in-africa/>

Emergency, Manifesto for a Human Rights-Based Medicine, San Servolo, 2008: <https://www.emergency.it/cosa-facciamo/medicina-e-diritti-umani/>

Organizzazione delle Nazioni Unite, A/RES/70/1, New York, 2015: <https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/Agenda-2030-Onu-italia.pdf>



Solidarietà tra mito e realtà

Aldo Morrone, Direttore Scientifico Istituto San Gallicano (IRCCS)

*“La sofferenza degli Africani non è solo che sono poveri
e che i bianchi sono ricchi,
ma che le leggi fatte dai bianchi
tendono a perpetuare questa situazione”.*
Nelson Mandela

Introduzione

È possibile creare reti di solidarietà globali in un mondo profondamente ingiusto?

Questa è la sfida che ci siamo posti molti anni fa quando scoprimmo che milioni, anzi miliardi, di persone non avevano di fatto nessun accesso a quei servizi che avrebbero potuto garantire loro il diritto alla tutela della salute e della dignità di vivere. L'emergenza COVID-19 ci ha costretto a un forte ripensamento verso la costruzione reale di sistema di salute per tutti tra Nord e Sud del mondo.

La pandemia da COVID-19 ha colpito sostanzialmente tutto il mondo in maniera improvvisa e ha squarciato il velo delle ipocrisie, facendo emergere la violenza delle disuguaglianze tra le persone. Non è vero che di fronte alla malattia siamo uguali. Non lo siamo mai stati. Non è vero che corriamo tutti gli stessi rischi e abbiamo le stesse opportunità di curarci. L'emergenza COVID-19 ha discriminato e penalizzato soprattutto le donne che sono state e sono sempre in prima fila, obbligate a svolgere il triplo del lavoro dentro e fuori le mura domestiche: lavoro, *smart working*, bambini, cibo e pulizie. Per loro non c'è stata più distinzione fra vita personale e vita lavorativa.

Paradossi della scienza

È un paradosso: attraverso l'astrofisica ci avviamo verso l'infinito e oltre, con le immagini straordinarie inviateci dal telescopio James Webb che ha aperto la via per una nuova scienza, grazie alla quale riusciamo a osservare onde gravitazionali risalenti a oltre 1,2 miliardi di anni fa e contemporaneamente non siamo capaci di osservare persone che vivono accanto a noi in condizioni di estrema marginalità e sofferenza. Ormai strumenti tecnologici come il telescopio James Webb ci raccontano l'origine della vita.

Tra i miliardi di pianeti con condizioni di vita possibile, il nostro piccolissimo Pianeta Terra è l'unico ad avere caratteristiche talmente uniche che dovrebbero renderci orgogliosi di sentirci terrestri. Lo scoppio della pandemia COVID-19 ha rivelato, invece, proprio questa **perdita di orgoglio e di interesse nel prendersi cura, con rispetto, di ogni essere vivente**. Infatti, si stima l'esistenza di oltre 1,6 milioni di specie virali sconosciute in mammiferi e uccelli, di cui 700 mila avrebbero il potenziale per innescare una zoonosi. Dovremmo smettere di considerare la natura che ci circonda e tutto il Pianeta come un immenso mercato da usare e usurare fino a trasformarlo in una discarica globale.



Consideriamo persone, animali e foreste, materie prime per la nostra sopravvivenza. Ecco allora il salto di specie, o *spillover*. In questo modo il COVID-19 si è spostato con gli animali dalle foreste ed è passato all'uomo. Oggi osserviamo, tuttavia, anche il fenomeno dello *spillback*, cioè il **processo inverso**. **Noi umani abbiamo introdotto il COVID-19 in popolazioni di cervi selvatici, visoni, gorilla in cattività, cani e gatti domestici** e una grande varietà di altre specie, con conseguenze assai gravide di pericolo.

L'impegno con le persone più vulnerabili

Il 4 aprile 2020, *The Lancet* pubblicava un editoriale dal titolo "*Redefining vulnerability in the era of COVID-19*" in cui si discuteva su come la pandemia abbia cambiato le carte in tavola anche rispetto ai gruppi vulnerabili. Infatti, una persona non considerata vulnerabile all'inizio di una pandemia, lo può diventare a seconda della risposta politica fornita.

Da oltre 40 anni siamo presenti come Istituto San Gallicano (IRCCS) tra le popolazioni senza fissa dimora, senza documenti e con le maggiori fragilità economiche, sociali e culturali a Roma, in Africa, in America Latina, Medio ed Estremo Oriente. E la domanda da porsi è sempre la stessa: "Queste persone rappresentano un problema o possono essere una risorsa per tutta la comunità?" Chi ha condiviso esperienze sociali, culturali e sanitarie con le persone più disagiate, a qualunque nazionalità appartenessero, sa bene che una politica di civiltà pretenderebbe il maggiore investimento possibile su queste popolazioni per garantire loro cultura, salute e dignità di cui beneficerebbe l'intera comunità umana.

Proprio durante la pandemia abbiamo voluto dare un significato diverso allo

slogan "lo resto a casa", modificandolo con "lo resto a casa, se avessi una casa". Troppe **persone senza dimora** vivono nella città di Roma e nei Paesi impoveriti e **non riescono ad accedere a cibo, acqua potabile, istruzione, lavoro e servizi socio-sanitari, oltre che a relazioni affettive**. Durante il *lockdown* del 2020, e anche successivamente, ci siamo recati nei luoghi di aggregazione delle persone più fragili, realizzando una rete di solidarietà con associazioni del Terzo settore e del volontariato, che ci ha permesso di eseguire visite mediche, oltre 15 mila tamponi molecolari e la vaccinazione a tutte le persone più fragili. Nello stesso modo siamo riusciti a far ottenere, a oltre 12 mila persone prive di documenti, il Green Pass, documento fondamentale per muoversi, essere ospitati in un Centro di Accoglienza o per ottenere un lavoro, attraverso l'utilizzo di un codice definito STP (Straniero Temporaneamente Presente) che avevamo messo a punto già nel 1995 all'interno del Decreto legge 489 del governo Dini. Mai di fatto utilizzato, lasciando così senza assistenza sanitaria centinaia di migliaia di immigrati, tra cui donne e bambini.

Oggi il **vaccino non è ancora arrivato a tre quarti del mondo**, in particolare nel continente africano e latinoamericano, soprattutto alle persone più indigenti. In Sudafrica, la percentuale di persone vaccinate con due dosi è inferiore al 24%. Una percentuale che sembra alta se confrontata con la media del continente. Il Burkina Faso è al 3%, mentre nell'area dove è nata l'epidemia di Ebola - Sierra Leone, Liberia e Guinea-Bissau - la percentuale è ferma tra lo 0 e l'1,2%.

La Russia invadendo l'Ucraina ha scatenato una guerra che si aggiunge a quelle in corso in Tigray, nello Yemen, in Siria, in Sud Sudan e in altri luoghi "minori" che l'Occidente "non ritiene meritevoli di attenzione" o di interventi per ottenere almeno un cessate il fuoco.



Il tempo della malattia e della guarigione in carcere

Esiste un tempo per ammalarsi in carcere e un tempo per guarire, ma sono tempi diversi, molto diversi: ci si ammalava rapidamente e si guarisce lentamente. Il carcere produce sofferenza e malattia con maggiore gravità rispetto al mondo esterno. La pandemia da COVID-19 ha scatenato una percezione tragica della malattia in carcere. La paura di entrare in carcere sani e di contagiarsi con il COVID-19 ha rappresentato in questi due anni un grave problema.

In carcere salute e malattia appaiono realtà contaminate e ambivalenti. Sottoporre persone malate a una pena detentiva comporta la **difficile ricerca** di un punto di **equilibrio tra il diritto alla salute del detenuto** e il diritto - dovere dello Stato all'**espiazione della pena**, secondo i principi sanciti dagli articoli 27 e 32 della Costituzione. Le condizioni di vita in carcere possono contribuire al

manifestarsi o all'aggravarsi delle patologie più frequenti, riscontrate nel contesto penitenziario.

Prima e durante la pandemia abbiamo assunto il compito di creare reti di solidarietà socio-sanitarie e culturali con strutture e associazioni educative, sociali e sanitarie presenti in diversi carceri e in alcuni CPR (Centri Per il Rimpatrio) per lanciare campagne di informazione sulla realtà della pandemia e delle malattie infettive, con gli operatori carcerari e con i detenuti. Abbiamo eseguito visite specialistiche, tamponi molecolari e vaccini per accelerare il tempo di "guarigione".

Oggi possiamo affermare che, grazie alle reti di solidarietà e giustizia sociale, siamo riusciti a contrastare la diffusione della pandemia da COVID-19 e di altre malattie nelle fasce di popolazione più marginali. Migliorando la qualità della salute dell'intera comunità umana.

*Che triste sarebbe se nel vaccino per il COVID-19 si desse la priorità ai più ricchi!..
Se il virus dovesse nuovamente intensificarsi in un mondo ingiusto per i poveri e i più vulnerabili, dobbiamo cambiare questo mondo...
Dobbiamo agire ora, per guarire le epidemie provocate dai piccoli virus invisibili e per guarire quelle provocate dalle grandi e visibili ingiustizie sociali...
Papa Francesco, Udienza generale 19 agosto 2020*

Bibliografia

Di Simone E., De Leo A., Panattoni N., et al., *COVID-19 detection and spread control: what initiatives in Italy for the homeless population?* Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2022

The Lancet. *Redefining vulnerability in the era of COVID-19*, Lancet. 2020

Morrone A., *COVID-19 tra mito e realtà. Luci e ombre della pandemia che ha travolto il pianeta*, Roma, Armando, 2021

Morrone A., Buonomini A.R., Sannella A., et al., *Unequal Access to Testing and Vaccination Services for the Homeless and Undocumented Population During COVID-19 Pandemic*. Int J Public Health. 2022

Ralli M., Arcangeli A., De-Giorgio F., et al. **COVID-19 and Homelessness: Prevalence Differences Between Sheltered and Unsheltered Individuals**, Am J Public Health, 2021



La People's Vaccine Alliance: una mobilitazione globale contro le disuguaglianze in salute

Sara Albiani, Policy advisor su salute globale, Oxfam Italia

L'11 marzo del 2020 il Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha classificato il COVID-19 come pandemia. Era già partita la corsa a individuare un vaccino efficace che potesse dotare il mondo di un'arma per bloccare la diffusione del virus, prevenire l'insorgenza della malattia e limitarne gli effetti più gravi. Per consentire di arrivare in tempi più brevi possibili ad avere un vaccino sicuro ed efficace, la comunità scientifica e le istituzioni pubbliche, attraverso cospicui finanziamenti, hanno dispiegato uno straordinario impegno e sforzo comune. Tuttavia, fin da allora era chiaro che se non si fossero cambiate le regole che sottostanno al mercato farmaceutico e che si basano sulla tutela della proprietà intellettuale, ci saremmo trovati di nuovo, come negli anni della crisi sanitaria dovuta all'HIV, di fronte a un mondo diviso tra chi avrebbe potuto avere accesso agli strumenti di lotta contro il virus e coloro che ne sarebbero rimasti fuori.

Per questo, già nel maggio 2020, più di 150 esperti e leader politici hanno lanciato una lettera aperta ai Ministri della Salute riuniti in occasione dell'Assemblea Mondiale della Sanità per riaffermare che **il vaccino può e deve essere disponibile gratuitamente per tutte le persone** in tutti i Paesi e per rispondere alla preoccupazione dei Paesi in via di sviluppo di essere lasciati indietro di fronte ai prevalenti interessi dei Paesi ricchi e delle grandi aziende farmaceutiche. La lettera sfidava il sistema esi-

stente di accesso ai medicinali e spingeva affinché l'assistenza sanitaria fosse universale e gratuita.

A partire da questa lettera, promossa per impulso di Oxfam e del Programma delle Nazioni Unite per l'HIV/AIDS (UNAIDS), si è organizzata un'alleanza che ad oggi conta più di cento organizzazioni e reti, supportata da premi Nobel, esperti di salute, economisti, capi di stato, leader religiosi e attivisti che lavorano insieme per avere un **“people's vaccine” disponibile e gratuito per tutti ovunque nel mondo**.

La *People's Vaccine Alliance*¹ (PVA) centra le sue richieste sui vaccini COVID-19 come **esempio più evidente e drammatico della disuguaglianza di accesso a livello globale**, ma con l'intento di porre l'attenzione sul più vasto tema dell'**accesso ai medicinali, incluse terapie e diagnostica**.

In una prima fase, infatti, la barriera per sconfiggere la pandemia era data dall'assenza di strumenti efficaci di contrasto al virus, che la ricerca scientifica stava cercando di mettere a punto con un impegno senza precedenti. Oggi che abbiamo a disposizione vaccini, terapie e test diagnostici, invece, la principale barriera è la disuguaglianza. In particolare, abbiamo la capacità di vaccinare il mondo, ma i Paesi più ricchi accumulano vaccini e proteggono i profitti delle proprie aziende farmaceutiche, invece di salvare vite umane.



La **fornitura insufficiente** di vaccini, combinata con l'accumulo di dosi nei Paesi ricchi, significa che la maggior parte delle persone nei Paesi in via di sviluppo deve affrontare il COVID-19 senza poter contare su strumenti di protezione e prevenzione. Mentre il denaro pubblico ha finanziato la ricerca, lo sviluppo e la produzione del vaccino², **le aziende farmaceutiche hanno il monopolio su quante dosi produrre, a chi venderle e a quale prezzo.**

Questo meccanismo, oltre che contrario a ogni etica, è anche contrario ai principi di salute pubblica. Il virus è in continua mutazione. La variante Omicron sembra aver ridotto l'efficacia dei vaccini. Sebbene i vaccini continuino a proteggere da malattie gravi e ricoveri in ospedale, non vi è alcuna garanzia che ciò continuerà a fronte di future varianti o sotto-varianti. Allo stesso tempo, **il costo per l'economia globale della mancata vaccinazione nel mondo è stimato in 9 trilioni di dollari.**

È possibile porre fine a questa disuguaglianza nell'accesso ai vaccini che nuoce a tutti attraverso **cinque passi** che la PVA indica con chiarezza e intorno ai quali ha costruito negli scorsi due anni le sue attività di policy, advocacy, campagne media e social e mobilitazione pubblica:

1. concordare e attuare urgentemente un **piano globale di produzione e distribuzione globale di vaccini** al fine di garantire un numero sufficiente di dosi per vaccinare completamente il 70% delle persone in tutti i Paesi (obiettivo inizialmente stabilito per metà del 2022 e drammaticamente non raggiunto);
2. massimizzare la produzione di vaccini sicuri ed efficaci e di tutti gli altri prodotti e tecnologie COVID-19, sospendendo le norme sulla proprietà intellettuale e garantendo la condivisione obbligatoria di tutte le conoscenze, i dati e le tecnologie relativi al COVID-19 in modo

che qualsiasi nazione possa produrre o acquistare dosi di vaccini sufficienti e convenienti, trattamenti e test. La proposta di *waiver* temporaneo, cioè di **sospensione della proprietà intellettuale** su queste **tecnologie mediche** presentata nell'ottobre del 2020 da India e Sud Africa e sostenuta da oltre cento Paesi membri dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC), non è stata accolta dall'ultima riunione Ministeriale dell'Organizzazione che ha, invece, approvato un compromesso deludente e poco efficace. Per questo, la PVA ha lanciato un forte appello a tutti i Paesi che devono far fronte alla carenza di vaccini, test e terapie di mettere in atto tutte le iniziative legali e politiche possibili per utilizzare le clausole di flessibilità delle regole del commercio internazionale e aggirare, se necessario, le disposizioni imposte dall'OMC. Al tempo stesso ha chiesto che i Paesi del G7 non li ostacolino nell'adozione di queste misure;

3. investire subito, attraverso finanziamenti pubblici, in un **rapido e massiccio aumento della produzione di vaccini** e della capacità di ricerca e sviluppo per **costruire una rete distribuita globale** in grado e governata per fornire vaccini a prezzi accessibili come beni pubblici globali a tutte le nazioni. Tutti i Paesi devono investire nella creazione di centri di ricerca e sviluppo e produzione regionali, dando priorità alle nuove capacità nei Paesi in via di sviluppo;

4. garantire che **vaccini, trattamenti e test COVID-19** siano **venduti a governi e istituzioni a un prezzo il più vicino possibile al costo reale, forniti gratuitamente a tutti**, ovunque e assegnati in base alle necessità. I governi dovrebbero utilizzare tutti gli strumenti politici e legali possibili per ridurre il prezzo di vaccini, test e terapie in modo da riflettere il costo reale e i livelli di finanziamento pubblico erogati per la ricerca e lo sviluppo così da massimizzare l'accessibilità e garantire il prezzo più basso possibile;



5. aumentare gli investimenti sostenibili nei sistemi sanitari pubblici. I governi dovrebbero aumentare urgentemente il sostegno finanziario nazionale e globale per l'aggiornamento e l'espansione dei sistemi sanitari pubblici, in particolare l'**assistenza sanitaria di base**. I servizi sanitari dovrebbero essere gratuiti nel punto di utilizzo e tutte le tariffe per gli utenti dovrebbero essere eliminate. Dobbiamo usare l'esperienza della pandemia per trasformare i sistemi sanitari in tutto il mondo in sistemi sanitari resilienti, universali ed equi che sono un bene pubblico globale necessario per rispondere alle emergenze, ma anche per proteggere e salvare vite ogni giorno.

L'azione della PVA è stata in questi due anni di pandemia espressione di una società civile attiva, dinamica che partendo da analisi e dati svolge congiuntamente un costante lavoro di *influencing* sul livello politico, nazionale e multilaterale, e di animazione del dibattito pubblico. Tale lavoro acquista senso non solo rispetto all'attuale crisi sanitaria, ma anche e soprattutto di fronte al futuro che ci attende e alle modalità che collettivamente verranno adottate per prevenire le future pandemie e per prepararci ad affrontarle.

¹ People's Vaccine Alliance <https://peoplesvaccine.org/>

² Secondo alcune stime, il finanziamento pubblico per la ricerca e lo sviluppo dei vaccini contro il COVID-19 è stato di oltre 88 miliardi di euro.



Il Trattato Pandemico globale: i vaccini come bene pubblico

Chiara Cadeddu e Walter Ricciardi, Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica - Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

La pandemia da COVID-19 ha messo in luce profonde debolezze nei sistemi sanitari globali. In considerazione di ciò, i membri della maggiore istituzione sanitaria a livello globale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), stanno lavorando per essere preparati per fronteggiare e contrastare eventuali situazioni analoghe che possano verificarsi in futuro.

Con una decisione consensuale volta a proteggere il mondo da future crisi legate alla diffusione mondiale di malattie infettive, l'Assemblea dell'OMS il 1° dicembre 2021 a Ginevra ha deciso di avviare un processo di **consultazione globale per redigere e negoziare** una convenzione, un accordo o altro strumento internazionale, come un **Trattato Pandemico globale**, sotto l'egida dello Statuto dell'OMS, per rafforzare la prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie.

In base a questa decisione, l'OMS ha istituito un Organo Negoziante Intergovernativo (INB) per redigere e negoziare i contenuti di un Trattato Pandemico in conformità dell'articolo 19 della Costituzione dell'OMS, il quale conferisce all'Assemblea mondiale della sanità l'autorità di adottare convenzioni o accordi in materia di salute. Per adottare tali convenzioni o accordi è necessaria una maggioranza di due terzi.

Il Trattato Pandemico in discussione dovrebbe idealmente:

- affrontare i principi del **diritto alla salute**, dell'equità, della solidarietà, della trasparenza, della fiducia e della responsabilità;
- utilizzare un **approccio One Health** per la prevenzione delle pandemie e la diagnosi precoce;
- rafforzare i meccanismi di informazione e di **comunicazione dei sistemi sanitari**, concentrandosi in particolare su un migliore utilizzo della tecnologia digitale per la raccolta e la condivisione dei dati;
- sostenere la **resilienza** e la **risposta alle pandemie**, compreso l'accesso universale a medicinali, vaccini, diagnostica, attrezzature e trattamenti medici, nonché catene di approvvigionamento resilienti e trasferimento tecnologico;
- migliorare il **coordinamento della ricerca e sviluppo (R&S)**.

Il Trattato Pandemico dovrebbe, inoltre, riguardare aspetti quali la condivisione dei dati e il sequenziamento del genoma dei virus emergenti, la distribuzione equa di vaccini e farmaci per la pandemia e la ricerca correlata a questi aspetti a livello globale. Risulta fondamentale che in caso di emergenza sanitaria dichiarata, le risorse affluiscano verso i Paesi in cui si verifica l'emergenza, innescando elementi di risposta come il finanziamento e il supporto tecnico.

Il Trattato Pandemico dovrebbe anche concentrarsi sulla definizione della norma secondo cui la proprietà intellettuale e le conoscenze necessarie per sviluppare e produrre tecnologie sanitarie essenziali per il contrasto della pandemia



diventino beni pubblici globali in epoca di pandemia. La stessa norma dovrebbe, inoltre, garantire finanziamenti prevedibili e sufficienti per lo sviluppo di tali beni a livello pubblico.

Alla luce della storia recente, la proposta di riconoscere che **le conoscenze costituiscono il più importante bene dell'umanità a livello globale** e che questo principio viene prima della protezione della proprietà privata intellettuale è quanto mai fondamentale. È noto, infatti, che le licenze obbligatorie per i vaccini costituiscono un imperativo etico ed economico da attuare in tempi rapidissimi. Mentre gli scienziati a livello globale si sono impegnati in collaborazione e hanno contribuito in modo trasparente alle conoscenze necessarie per produrre i vaccini anti COVID-19, non è stato contestualmente messo in atto alcun meccanismo per garantire che le tecnologie di produzione risultanti fossero pienamente accessibili a livello globale.

Una volta che tali conoscenze sono state trasferite al settore privato, le aziende produttrici sono diventate i titolari delle stesse, della proprietà intellettuale correlata e dei fascicoli normativi necessari per portare i prodotti sul mercato, nonostante lo sviluppo del vaccino anti COVID-19 abbia beneficiato di ingenti finanziamenti pubblici. Tali finanziamenti non erano infatti condizionati alla condivisione della proprietà intellettuale e del know-how.

Tale situazione, insieme all'acquisizione e stoccaggio di vaccini avvenuti quasi esclusivamente da parte dei Paesi ad alto reddito, ha portato a **gravi iniquità a livello globale nell'accesso ai vaccini anti COVID-19**. L'OMS ha definito queste iniquità "vaccino *apartheid*" e sono state determinanti per il raggiungimento di elevate coperture vaccinali da parte dei Paesi più ricchi, mentre i Paesi più poveri

sono rimasti su livelli di coperture molto bassi. Queste profonde disuguaglianze sono state identificate dall'OMS come una importante minaccia per la ripresa globale dei Paesi, non solo di quelli a basso reddito.

La pandemia da COVID-19 sta, quindi, dimostrando che è difficile imporre delle regole sulla condivisione senza vincoli della proprietà intellettuale/know-how di una tecnologia nel corso di un'emergenza sanitaria globale e rendere così i vaccini come un bene pubblico, fondamentale per limitare le conseguenze della pandemia e auspicabilmente porre un termine ad essa. Sarebbe, pertanto, desiderabile **disporre di un quadro giuridico globale che preveda la condivisione di tali tecnologie e il loro know-how di produzione**, durante le necessità e il contesto di una pandemia. Il Trattato Pandemico rappresenta un'opportunità per avviare il processo di creazione di tale quadro giuridico.

Sarebbe, inoltre, auspicabile coinvolgere nei negoziati sui trattati anche la Banca Mondiale, il Fondo Monetario Internazionale, l'Organizzazione Mondiale del Commercio e l'Organizzazione Internazionale del Lavoro. Importanti organismi regionali, che sarebbero altrettanto cruciali da coinvolgere affinché il trattato non sia visto come uno strumento esclusivo dei Paesi ad alto reddito, sono poi l'Unione africana, l'Associazione delle Nazioni del Sud-est asiatico (ASEAN) e il Mercato comune dell'America meridionale (Mercosur).

Probabilmente ci vorranno anni per terminare i negoziati sul Trattato Pandemico. Per arrivare a una conclusione che sia utile per tutti, i negoziatori e tutti gli Stati membri dell'OMS dovranno essere disposti a scendere a compromessi e a scegliere collettivamente una serie di regole alle quali siano tutti disposti a con-



formarsi, sia in caso di emergenza sanitaria sia in tempo di pace. Inoltre, senza il sostegno della società civile il Trattato Pandemico difficilmente vedrà la luce o non riuscirà a giungere a uno dei suoi principali obiettivi: quello di **proteggere coloro che sono più a rischio**.

Bibliografia

Council of the European Union, *An international treaty on pandemic prevention and preparedness*: <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/coronavirus/pandemic-treaty/>

Hoen't E., *The Pandemic Treaty and Intellectual Property Sharing: Making Vaccine Knowledge a Public Good*, Bill of Health, 2021.

Prakash P., *WHO's pandemic treaty to prevent future global health disasters*, The Hindu, 2022.

Voss M., Wenham C., Eccleston-Turner M., *A new pandemic treaty: what the World Health Organization needs to do next*, Rithika Sangameshwaran, Bianka Detering, 2022

WHO, *A potential framework convention for pandemic preparedness and response*, Member States briefing, 18 march 2021: https://apps.who.int/gb/COVID-19/pdf_files/2021/18_03/Item2.pdf

World Health Assembly agrees to launch process to develop historic global accord on pandemic prevention, preparedness and response; 1 December 2021: <https://www.who.int/news/item/01-12-2021-world-health-assembly-agrees-to-launch-process-to-develop-historic-global-accord-on-pandemic-prevention-preparedness-and-response>



Stewardship come modello di governance per la resilienza trasformativa

Duilio Carusi, Coordinatore Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione Bruno Visentini

I lenti mutamenti del sistema salute a cui assistiamo da anni, se non decenni, quali ad esempio la riorganizzazione del sistema di cura attraverso nuovi *setting* assistenziali o lo sviluppo di tecnologie e modalità digitali a supporto della salute, hanno trovato nella pandemia un forte elemento di accelerazione.

Il COVID-19 non ci ha portato, infatti, solo una rinnovata consapevolezza circa la stretta interconnessione fra salute umana, animale e ambientale in un approccio olistico One Health, ma ha comportato anche una profonda modifica delle priorità nell'agenda delle politiche nazionali e internazionali dettate dalla necessità di rispondere in maniera resiliente e poi trasformativa allo shock pandemico.

La resilienza, sia nella sua dimensione pratica e sostanziale sia nei singoli adempimenti formali e procedurali, vuole sostenere i livelli di benessere individuali e sociali, mentre il carattere trasformativo si riferisce alla necessità di cambiare quando le sollecitazioni raggiungono un'intensità e/o una durata superiore a quella che i sistemi e le organizzazioni riescono ad assorbire.

Per realizzare un tale processo trasformativo, sono disponibili due tipologie di strumenti: da una parte le risorse economiche introdotte a livello nazionale ed europeo, come il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e i fondi della Politica di Coesione; dall'altra le risorse immateriali costituite dalle

relazioni inter-istituzionali tra Stato e Regioni che si ispirano al principio di leale collaborazione, da quelle che legano le istituzioni alle persone in un'ottica di sussidiarietà e da quelle relazioni orizzontali che coinvolgono attori pubblici e privati nelle reti di partenariato.

Partendo da questi assunti, le riflessioni sui principali mutamenti che si stanno delineando nelle relazioni inter-istituzionali e in quelle orizzontali portano a un quadro che vede la necessità anche di nuove forme di governo del cambiamento per poter effettivamente attuare una resilienza trasformativa che le accolga.

Sul fronte dei mutamenti che interessano le relazioni inter-istituzionali, una delle tematiche chiave che sta guidando i profondi interventi di trasformazione e di innovazione post pandemia è quella della dimensionalità.

Le misure di distanziamento sociale, il tracciamento contatti in tempo reale, lo sviluppo di piattaforme di telemedicina e di collezione dati come il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la reingegnerizzazione delle catene di approvvigionamento e della logistica (le cosiddette *supply chain*), la revisione dei bacini di utenza, la riforma della assistenza territoriale: sono tutte azioni dettate dalla necessità di agire sul ridisegno delle infrastrutture in funzione di un nuovo rapporto spazio-temporale che deve intercorrere tra servizi e fruitori.

La pandemia, infatti, ci ha costretto a



trovare nuovi strumenti per essere vicini nello spazio anche in maniera virtuale, come pure a ripensare ai tempi di fornitura di qualunque genere di bene o servizio.

La creazione di strumenti digitali sempre più nuovi e lo sviluppo di piattaforme per utilizzare tali strumenti ha comportato, e sta comportando, l'evoluzione di sistemi basati su linee guida uniformanti, la cui implementazione è orientata a omogenizzare la gestione degli utenti/platea.

I medesimi sistemi abilitano i *provider* ad avere, anche in ambito sanitario, una conoscenza e un *profiling one-to-one*, cioè una profilazione personalizzata dei destinatari delle proprie azioni e prestazioni, sulla falsa riga di quanto è già accaduto nel *broadcasting* all'interno del cosiddetto modello Netflix, superando il modello *one-to-many*, proprio della televisione tradizionale, e consentendo meccanismi di feedback individuali.

Si prospetta una **centralizzazione delle piattaforme di gestione dati**, ad esempio attraverso lo sviluppo della piattaforma di telemedicina, del FSE e dell'anagrafe assistiti attraverso la tessera sanitaria, per citare le principali. Lo sviluppo e l'implementazione di queste tecnologie non solo abilita il cambiamento delle modalità di erogazione e fruizione della salute, ma porta a una spinta al cambiamento anche nel rapporto fra Pubblica Amministrazione (PA) centrale, enti territoriali, enti locali, strutture erogatrici e utenti finali.

Il digitale tende a rendere più omogenea la base di dati e li rende tutti potenzialmente aggregabili a prescindere dalla fonte dai quali sono stati prodotti, fino a poterli rendere interrogabili e verificabili in tempo reale in maniera aggregata, ma anche con un livello di dettaglio sca-

lato fino alla dimensione atomico-individuale.

È facile comprendere come questa dinamica possa comportare una revisione della dialettica fra amministrazioni centrali e amministrazioni periferiche, fino ai rapporti con il fruitore finale, e come, anzi, una evoluzione di questo rapporto, se vista dal punto di vista della proprietà e gestione dei dati e della gestione dei flussi informativi, possa diventare un strumento necessario e fondamentale per lo sviluppo di un più robusto apparato di *preparedness* e *response* (preparazione e risposta) nazionale.

Rimanendo in tema di *preparedness* e *response*, un altro degli elementi messi in luce con forza dallo shock pandemico sul fronte dei mutamenti che interessano le relazioni orizzontali, è **il ruolo che i diversi attori** (operatori privati, no profit, secondo pilastro, Terzo settore) **hanno avuto in pandemia**, soprattutto nelle aree più colpite nei momenti più critici.

È risultato evidente sia quanto il tema dell'**integrazione dei vari attori** sia ormai **determinante** per il sistema, sia come un certo spontaneismo delle iniziative a cui si è assistito in fase emergenziale vada superato attraverso un rinnovato e rafforzato **modello di coordinamento generale**. Tale coordinamento deve essere frutto di una strategia nazionale unitaria che includa queste componenti tra gli attori in grado di tutelare la salute all'interno degli opportuni strumenti di Pianificazione Sanitaria Nazionale (PSN). È necessario superare il tradizionale concetto di sanità, ampliando la nozione in maniera più estesa e integrata, contemplando il contributo alla salute e al benessere che apportano le componenti provenienti dal mondo sociosanitario, solidaristico, mutualistico integrativo, scolastico, urbano, componenti che andrebbero riconosciute a pieno titolo nel-



la loro funzione di attori della salute.

L'adozione di questo **modello inclusivo della gestione della salute**, in grado di gestire la necessità di trasformazione richiesta dai mutamenti in atto, cioè la cosiddetta **stewardship**, definita dall'OMS come "*accurata e responsabile gestione del benessere della popolazione*", rappresenta uno dei passaggi per poter strutturalmente **garantire elasticità di intervento al sistema**, accorciando i tempi di reazione e aumentando la rapidità di risposta.

È importante considerare il framework definito dalla strategia *Health in all policies* che l'OMS considera "*un approccio alle politiche pubbliche in tutti i settori che tiene conto sistematicamente delle implicazioni delle decisioni sulla salute e sui sistemi sanitari, cerca sinergie ed evita impatti dannosi sulla salute, al fine di migliorare la salute della popolazione e l'equità sanitaria*". All'interno di tale framework serve adottare una impostazione orientata alla *stewardship* in modo da superare sia la visione a silos

all'interno della sanità, sia la visione per cui la sanità stessa è considerata come un elemento distinto e separato dagli altri elementi della società.

Per gestire i mutamenti in atto e agire una resilienza trasformativa è necessario un nuovo approccio alla forma di governo del sistema salute da parte della PA centrale, **con nuove forme di partecipazione e di coordinamento** di attori così diversi, in modo da poter gestire le nuove dinamiche all'interno di un programma unitario.

L'obiettivo è quello di arrivare a traguardare la visione di un ecosistema salute che, riprendendo i principi ispiratori dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite - per la quale i Goal sono tutti interrelati tra loro e orientati al raggiungimento di un obiettivo comune -, diriga al meglio i numerosi step di riforma ancora da realizzare presenti nel PNRR.

Riferimenti

Commissione Europea, The Megatrends Hub: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/foresight/tool/megatrends-hub_en

Davies P., *Stewardship: what is it and how can we measure it?*, 2001

Figueras J., et al., *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health system*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008

Manca A. R., Benczur P. e Giovannini, E., *Building a scientific narrative towards a more resilient EU society. Part 1: A conceptual framework* (No. JRC106265), Joint Research Centre (Seville site), 2017

Saltman R.B. e Ferroussier-Davis O., *The concept of stewardship in health policy WHO Bulletin*, 2000

WHO, *Europe Regional Committee for Europe Fifty-eighth session Tbilisi, Georgia, 15-18 September 2008*, 2008

WHO, *The World Health Report 2008*, Web. Jan. 2013.

WHO, *The world health report 2000. Health systems: Improving performance*, Geneva, World Health Organization, 2000

WHO, *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, Geneva, World Health Organization, 2007b

WHO, *8th Global Conference on Health Promotion*. Official website: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/eighth-global-conference>



Ripensare la sanità pubblica in chiave di prossimità: un obiettivo condiviso

Giovanni Baglio, Direttore UOC Ricerca, PNE, Rapporti internazionali, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)

Erica Eugeni, UOC Ricerca, PNE, Rapporti internazionali, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)

Ripensare l'assistenza in un'ottica di prossimità: dove, come, con chi?

In Italia, la pandemia ha messo in luce i limiti di un assetto dei servizi centrato sull'assistenza ospedaliera, altamente tecnologica, più che sulle cure primarie, e in generale troppo orientato alla terapia e ben poco alle attività di prevenzione. Ha, inoltre, imposto all'attenzione generale il ruolo centrale delle comunità - intese come gruppi di persone che vivono o lavorano insieme, o condividono rapporti, interessi e consuetudini - e delle istituzioni comunitarie (famiglie, associazioni, network informali ecc.), nell'ambito della cura e della presa in carico.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ci offre oggi l'opportunità di ripensare l'offerta sanitaria anche alla luce di quanto appreso dall'esperienza del COVID-19, **potenziando l'assistenza territoriale e le cure primarie**, e intervenendo per garantire una **maggior equità**. È l'occasione per guardare a **nuovi modelli assistenziali centrati sulla prossimità**, con specifica attenzione a quei sottogruppi di popolazione che si trovano, strutturalmente o congiunturalmente, in una condizione di particolare fragilità come gli anziani, i malati cronici, le minoranze, gli immigrati, i gruppi socio-economicamente svantaggiati, che necessitano di un particolare sforzo di tutela da parte del sistema dei servizi. È necessario chiedersi, tuttavia, che

cosa si intenda per **prossimità sanitaria**, in termini sia concettuali che operativi. A partire dall'esperienza maturata in questi anni con i gruppi marginali della popolazione (cosiddetti gruppi *hard to reach*)¹, riteniamo si possa definire la prossimità come un **andare verso i territori e le comunità**, in una triplice accezione: di posizione, di postura e di partecipazione.

La **posizione** ha a che fare con il **“dove” erogare l'assistenza o collocare i servizi**. In questa accezione, la sanità di prossimità prevede la vicinanza fisica rispetto alle comunità, realizzata attraverso un decentramento di parte dell'offerta, o mediante attività svolte **“con la suola delle scarpe”**, ossia andando direttamente nei luoghi di vita, di lavoro o di aggregazione delle persone in favore delle quali si interviene. Un esempio in questo senso è rappresentato dai programmi di offerta attiva o dalle attività di assistenza domiciliare.

La **postura** si riferisce, invece, al **“come”** l'assistenza viene erogata e implica la capacità di guardare oltre le mura delle strutture **per conoscere i bisogni sanitari**, soprattutto quelli che non hanno la forza o la capacità di tradursi in domanda e che, dunque, non arrivano ai servizi; ma anche per cogliere e capitalizzare il punto di vista dei cittadini, ad esempio rispetto alla qualità percepita, in modo da riformulare l'assistenza in chiave di maggiore fruibilità e rispondenza alle aspettative e ai bisogni dell'utenza.

La terza accezione è quella della par-



tecipazione, che riguarda il “con chi”. È caratterizzata dalla **creazione di sinergie con le risorse di cura e di assistenza** altre rispetto a quelle garantite dai servizi, **con la società civile e con il capitale sociale** che anima i territori, a partire dalle organizzazioni del Terzo settore e dalle associazioni dei pazienti, fino ai *caregiver* informali.

Quando i servizi sono *hard to reach*: una prospettiva di analisi dei “deserti sanitari”

Un ripensamento dell’organizzazione dei servizi che sia realmente efficace non può prescindere da un’**analisi della situazione attuale** e, in particolare, dall’individuazione delle criticità esistenti nella dialettica tra bisogni di salute, domanda e offerta sanitaria, con l’obiettivo di individuare eventuali contesti in cui si determinano difficoltà nell’accesso ai servizi e/o alle prestazioni: i cosiddetti “**deserti sanitari**” o *medical desert*. Con questa espressione si fa riferimento non solo ai **contesti in cui i servizi sanitari o i professionisti sono carenti**, ma anche alle situazioni in cui la **qualità è scarsa o si rilevano disuguaglianze** nella fruizione e/o nell’accesso: in altri termini, alle realtà in cui i presidi sono *hard to reach*. Al fine di ingegnerizzare una definizione così ampia e renderla utilizzabile per l’analisi, è stata sviluppata una specifica matrice (Figura 1) che riporta, in colonna, tre dimensioni caratterizzanti l’offerta assistenziale (disponibilità, qualità ed equità), elaborate a partire dal fra-

metwork dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e, in riga, due modalità attraverso cui è possibile guardare l’offerta stessa: dal punto di vista del territorio, inteso come superficie, e da quello della popolazione, in quanto portatrice di bisogni di salute.

La matrice permette di evidenziare **sei aree**, la prima delle quali riguarda la **presenza**, ossia i servizi e i professionisti sanitari in un dato territorio. Vi è poi la **copertura**, intesa come dotazione in relazione alla popolazione, e alle sue peculiari caratteristiche epidemiologiche e demografiche.

Sul fronte della qualità, vengono individuate la dimensione della **performance**, intesa con riferimento alla funzione di produzione (e quindi ai soggetti erogatori), e la dimensione della **tutela**, con riferimento al livello dell’assistenza garantita a una specifica popolazione bersaglio (ad esempio quella residente in un Comune o in una ASL).

Per quanto riguarda l’equità, vi è l’**accessibilità**, intesa come distanza rispetto all’ubicazione di professionisti e servizi (e dunque con riferimento all’omogeneità della distribuzione sul territorio), e la **fruibilità**, come concreta possibilità di utilizzo da parte di specifici gruppi di popolazione.

	DISPONIBILITÀ	QUALITÀ	EQUITÀ
TERRITORIO	<i>Presenza</i>	<i>Performance</i>	<i>Accessibilità</i>
POPOLAZIONE	<i>Copertura</i>	<i>Tutela</i>	<i>Fruibilità</i>

Figura 1 - Matrice concettuale per la descrizione dei deserti sanitari.



A margine della matrice, possono essere individuati ulteriori elementi caratterizzanti il contesto, da intendere come fattori di interazione che potrebbero attenuare o esacerbare la condizione di deserto sanitario. Tali fattori fanno riferimento, in particolare:

- all'assetto urbanistico (contesto urbano/rurale, aree in via di ripopolamento/spopolamento ecc.) e orografico (ad esempio presenza di barriere naturali);
- ad aspetti normativi e organizzativi (quali il requisito della residenza per l'accesso ai servizi);
- alla presenza di infrastrutture e mezzi di trasporto (ad es. disponibilità e qualità della rete viaria, stazioni ferroviarie, taxi ecc.);
- a caratteristiche ambientali qualificanti (aree verdi, livello di inquinamento);
- alle misure di welfare;
- alla presenza di capitale sociale (associazionismo, volontariato ecc.);
- alle caratteristiche socio-demografiche ed economico-lavorative;
- infine, allo stato di salute della popolazione (misurato e percepito).

Per ciascuna delle aree previste dalla matrice sarà necessario individuare specifici indicatori che, letti in chiave sinottica, permetteranno di caratterizzare l'offerta di un determinato contesto e di sostenere una pianificazione realmente coerente con le esigenze dei territori.

Tale pianificazione potrebbe giovare anche della valorizzazione della voce dei cittadini e delle istanze che provengono dal contesto sociale, oltre che della capitalizzazione delle prassi sociosanitarie consolidate e dei punti di vista dei professionisti sanitari.

Conclusioni

L'ambizione dovrebbe essere quella di **costruire un sistema sanitario diversificato** secondo un approccio di universalismo proporzionale, aperto alle istanze e alle risorse provenienti dalle comunità, flessibile e, dunque, in grado di rimodularsi in relazione alle specificità dei contesti, tanto nelle situazioni di emergenza quanto di fronte alle sfide del quotidiano: in una parola, più **resiliente**.

Bibliografia

Baglio G., *Sanità Pubblica di Prossimità: un framework implementativo per la tutela della salute collettiva a partire dai gruppi marginali*, 2020 in Russo M.L., Gatti A., Geraci S. e Marceca M., *Salute e Migrazione: ieri, oggi e il futuro immaginabile. La SIMM e trent'anni di storia: 1990-2020*. Pendragon, Bologna

Baglio G., Eugeni E. e Geraci S., *Salute globale e prossimità: un framework per le strategie di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi hard to reach*, *Recenti Prog. Med.*, 2019

Eugeni E., *Culture in sanità. Politiche e pratiche dell'accesso e della presa in carico in un Distretto sanitario romano*, *AM Rivista della società italiana di antropologia medica*, 2015

Eugeni E. e Baglio G., *Re-starting from a social-ecological approach to health*, *Annals of Research in Oncology*, 2021

WHO, *What do we mean by availability, accessibility, acceptability and quality (AAAQ) of the health workforce?* Disponibile online: <https://www.who.int/workforcealliance/media/qa/04/en/>. Accessed 23 Aug 2021.



Ripensare alla salute di comunità come rinnovata pianificazione dei territori.

Massimo De Rosa, Coordinatore iniziative di promozione e sviluppo della rete “Èbbene”, Fondazione nazionale di Prossimità

C'è un modo nuovo di intendere la cura che si basa sull'idea di una visione complessiva della persona fragile, del suo nucleo familiare e della sua comunità e consiste in una visione integrata di **contrasto alla fragilità**, in una risposta che riesca a soddisfare globalmente e unitariamente i bisogni di cui essa è portatrice, facendo fronte anche alle situazioni di emergenza e generando una costante azione a elevato impatto sociale e culturale.

Il tempo che stiamo attraversando, e questa pandemia ha provocato una drastica accelerazione, sta generando nuove solitudini e richiede un **nuovo protagonismo delle comunità**, la valorizzazione delle reti informali e il ritorno al dialogo fra le persone: lo **stato di fragilità** è, infatti, **determinato da una molteplicità di fattori**, mentre la società, l'economia e la politica hanno finito per imporre un sistema settoriale, che, intervenendo su uno solo di quei fattori, o comunque in maniera settoriale, porta perlopiù a un risultato parziale e non duraturo.

Occorre, allora, immaginare e lavorare per costruire un modello di intervento che consenta a ogni persona di vivere nel proprio contesto di relazioni, anche quando la fragilità è pesante e duratura. Ciò significa sostenere contestualmente il **caregiver** che se ne prende cura. Occorre, in buona sostanza, che **l'intero nucleo familiare o piccola comunità siano integrate in un unico progetto**.

Sarebbe sufficiente guardare al nostro corpo per provare a trarne il giusto insegnamento: il corpo umano è un insieme meraviglioso e armonioso di organi differenti, tutti ugualmente importanti, che cooperano tra loro al fine di adempiere ciascuno a una precisa funzione. Lo stesso è per la natura che ci circonda: ogni cosa ha un suo scopo anche se, nella nostra supponenza, facciamo fatica a coglierne il senso. Comprendere che è indispensabile essere differenti per far funzionare il corpo sociale, economico, politico, è esattamente ciò che apprendiamo da come siamo fatti: senza una parte, il resto funziona male o non funziona affatto, giungono le crisi, le malattie e infine la morte.

Così è il corpo sociale di una comunità: **nessun elemento è meno importante dell'altro** e senza una parte il resto non funziona. Ciò che dobbiamo comprendere per entrare nel cuore della prossimità è l'interconnessione e l'interdipendenza: dobbiamo credere di aver bisogno gli uni degli altri.

Questo approccio, che si caratterizza per una forte vocazione alla condivisione e alla contaminazione di saperi e di pratiche, consente di coinvolgere le esperienze di tutti i soggetti presenti in una comunità, in primis quelli appartenenti al Terzo settore. Mette, inoltre, in discussione il modo stesso di operare sul territorio, prova a scardinare quelle dinamiche che impediscono ordinariamente l'agire comune dei soggetti e a passare



da logiche competitive ad altre improntate alla cooperazione, spesso percepita da molti come perdita di identità e di potere nel contesto locale.

In questo senso la logica dell'intervento è sempre più spesso improntata da settoriale, e all'interno di una dimensione prestazionale, a multidimensionale e inserita in un contesto relazionale.

Del resto il riconoscimento negli ultimi provvedimenti normativi del **valore della prossimità, intesa come approccio che connette le persone e le comunità**, consente di immaginare un maggiore raccordo istituzionale: l'art 4-bis della legge 77/2020, infatti, stimola la *“sperimentazione di strutture di prossimità che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità”*.

La stessa Missione 6 (Salute) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si focalizza su *“un cambio di paradigma nell'assistenza sociosanitaria basato sullo sviluppo di una rete territoriale che consenta una vera vicinanza alle persone secondo un percorso integrato che parte dalla “casa come primo luogo di cura”, per arrivare alle “Case della comunità” e quindi alla rete ospedaliera”*.

Uno sguardo nuovo è, dunque, necessario e anche possibile: è **uno sguardo complessivo, e non settoriale, rivolto alla persona**. È un approccio nel quale a ogni persona va riconosciuto un sostegno progettuale ed economico adeguato e congruo rispetto alla sua condizione.

Un sostegno progettuale improntato al *welfare* di prossimità che propone un metodo di intervento sul nucleo familiare, preso in carico nel suo complesso, agendo in contrasto alla povertà educativa,

alimentare, socio-sanitaria, economica e integrando le risorse disponibili sui territori, mettendole a sistema ed evitando la frammentazione e la sovrapposizione degli interventi e, di conseguenza, spreco di risorse, sia pubbliche sia private.

La flessibilità dell'approccio, sostenuto da scelte politiche, sociali ed economiche chiare e coerenti, consente di ipotizzare la **creazione di un “budget di comunità”** che contenga linee di intervento diverse e individualizzate e permetta, altresì, di rendere compartecipi attori con profili diversi per promuovere il benessere complessivo della persona e del suo nucleo familiare, attraverso la creazione dei punti di accesso di prossimità (hub di prossimità) presso cui le famiglie possono disporre di personale qualificato in grado di istruire pratiche di accesso alle prestazioni, trovare eventuali fondi per prestazioni da erogare a soggetti che non possono sostenerne i costi.

L'effetto immediato di questo approccio è il **contrasto all'isolamento e all'istituzionalizzazione delle persone più fragili**, che sono risorse importanti per un tessuto comunitario equilibrato, spesso detentrici di storia, memoria e relazioni affettive importanti.

Il **coinvolgimento della comunità** di riferimento è un **elemento centrale** per la buona riuscita di un tale approccio, perché vengono recuperate le reti familiari e comunitarie di prossimità che nei decenni passati hanno assicurato un'attenzione e una cura degli elementi più fragili delle stesse.

Fondazione Èbbene: l'agire di un nuovo paradigma

La modalità che ha caratterizzato in questi anni l'operato della Fondazione, ovvero la valorizzazione dei destinatari diretti e della comunità territoriale, è ri-



sultata efficace dal punto di vista degli stessi beneficiari, trasformando situazioni di vulnerabilità, temporanea o permanente, in opportunità e risorsa e praticando un vero e proprio cambiamento culturale nel disegno e nell'erogazione dei servizi alla persona.

Ci sono, a volte, resistenze iniziali sia da parte degli attori del territorio sia dei beneficiari stessi, talvolta reticenti al cambio di paradigma in grado di superare l'approccio meramente assistenziale focalizzato esclusivamente sul soddisfacimento del bisogno (spesso considerato unicamente nella sua dimensione materiale) in favore di uno maggiormente capacitante e votato all'autonomia. Superate tali resistenze, si rileva come il **metodo di prossimità abbia contaminato positivamente tutti i soggetti chiave**, diventando riferimento nel campo dei servizi alla persona, in alcuni casi anche dai soggetti di *welfare* pubblico.

Un approccio cooperativo in risposta ai bisogni delle persone in grado, attra-

verso la logica sussidiaria dei servizi, di coinvolgere e attivare tutti gli attori che gravitano attorno al nucleo beneficiario e che si rendono disponibili ad agire insieme condividendo obiettivi comuni.

Questo approccio e questa logica rappresentano un modo specifico e reciproco di orientarsi, valorizzarsi ed essere valorizzati, ciascuno secondo il proprio contributo originale e caratteristico, in termini di ambiti, compiti e capacità: un nuovo modo di stare in relazione tra i soggetti del territorio.

Il vero antidoto ai virus dell'umanità è la **fraternità**, unico modo attraverso cui il bene personale coincide con il bene comune e offre una prospettiva futura di bene.

E c'è ben da riflettere se tra gli ideali della Rivoluzione Francese (*libertè, egalitè, fraternitè*) dai quali nasce lo Stato moderno, è proprio la fraternità ad aver incontrato le resistenze maggiori.



Medici e operatori sanitari: un capitale umano sottovalutato

Carla Collicelli, Sociologa del welfare e della salute del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), referente del Gruppo di lavoro ASviS sul Goal 3 “Salute e benessere” e Senior Expert ASviS per i rapporti istituzionali

La pandemia ha contribuito a confermare il valore del capitale umano in sanità. La risposta pronta e incisiva delle strutture allo scoppio dell’epidemia e la tenuta del sistema sanitario italiano attraverso le diverse ondate dell’epidemia non sarebbero state possibili se non fossero state animate dall’impegno e dalla competenza del personale. Nell’affrontare il tema di un rilancio e di un ripensamento degli assetti del nostro sistema della salute e del benessere, occorre quindi partire dalla constatazione del **valore del capitale umano per la qualità delle cure e per il funzionamento del sistema** e dalla necessità di sostenerlo e rafforzalo.

Gli effetti deleteri che la pandemia ha avuto sulla salute e sul sistema sanitario sono noti, e vanno dall’arretramento della speranza di vita alla nascita (da 83,2 anni medi del 2019 agli 82,1 del 2020, risaliti agli 82,4 nel 2021) al peggioramento degli stili di vita, in particolare per il consumo di alcol e di tabacco; dall’aumento delle patologie psichiatriche e del disagio psichico, documentate attraverso l’andamento del consumo di ansiolitici, ipnotici e sedativi, ai ritardi e intoppi nel campo della prevenzione, degli screening, della chirurgia non urgente e della continuità assistenziale per le patologie croniche. Tanto che flette verso il basso nel 2020 la curva dell’indice sintetico dell’Obiettivo 3 (Salute e benessere) dell’Agenda 2030 delle Nazioni Unite (ONU), pubblicato dall’ASviS nel suo Rapporto annuale di fine 2021.

Ci si è interrogati relativamente poco sui contraccolpi subiti dal capitale umano, che tanta parte ha avuto nel sostenere la risposta del Paese all’emergenza. Un **capitale umano attraversato**, già prima della pandemia, **da una crisi ormai cronica** che attiene sia agli aspetti quantitativi ed economici sia a quelli qualitativi e valoriali.

Per quanto riguarda gli aspetti quantitativi, è noto il **gap storico italiano** rispetto agli altri Paesi europei per quanto riguarda il **personale infermieristico**: in Italia gli infermieri sono 5,49 per mille abitanti, contro un valore medio di 9,42 per mille di Francia, Germania, Gran Bretagna e Spagna, con un gap stimato di 237mila unità, che salgono a 350mila se si considera il rapporto con la popolazione over 75. Il numero totale di medici sulla popolazione generale in Italia è simile a quello della media dei Paesi europei più grandi, con 4,06 medici per mille abitanti contro una media del 3,58 per mille. Tuttavia, se si confronta l’entità del personale medico con quella della popolazione anziana over 75, la situazione italiana mostra un analogo svantaggio, anche se più contenuto, con 35,06 medici per mille abitanti over 75, contro i 37,52 dei quattro Paesi.

A questo gap vanno aggiunti la contrazione, nel recente passato, del personale medico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), pari a 532mila unità nel periodo 2017-2018, l’invecchiamento progressivo, che porterà da qui a dieci anni al



pensionamento di almeno 133mila medici, e in generale le previsioni negative sui flussi in uscita negli anni a venire anche al di là di quelli determinati dal pensionamento. Secondo la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici (FNOM), a seguito della pandemia è fortemente **aumentato lo stress lavoro-correlato** e un terzo dei medici dichiara che andrebbe in pensione anche subito. Secondo l'Associazione dei Medici Dirigenti (ANAAO ASSOMED), si sono avute nel solo comparto ospedaliero tra duemila e tremila uscite all'anno tra il 2020 e il 2021 e si prevede un esodo di 40mila unità entro il 2024 per pensionamento, ma anche per dimissioni a causa di *burn-out* e stress. Le stime relative al fabbisogno che andrebbe colmato nei prossimi anni in termini di personale indicano per gli infermieri valori tra le 60mila e le 100mila unità e per i medici valori annui di almeno 13mila unità.

Senza entrare nel merito delle differenze retributive, che vedono anch'esse medici e operatori sanitari italiani in netto svantaggio rispetto ai colleghi europei, i dati citati sono un segnale chiaro del fatto che **la pandemia ha solo accentuato lacune e inadempienze preesistenti relativi alla valorizzazione del capitale umano**. Un capitale umano che costituisce la colonna portante del sistema, indispensabile sia per reggere ulteriormente nel tempo l'impatto delle criticità vecchie e nuove sia per far fronte ai nuovi servizi e strutture che verranno messi in piedi grazie agli investimenti previsti dalle Missioni 5 (Inclusione e coesione) e 6 (Salute) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Entrambe le Missioni sono essenziali per un rilancio innovativo del sistema, ma legate, per la buona riuscita, alla disponibilità di personale sufficiente, motivato e preparato.

Secondo il Ministero dell'Economia e della Finanza (MEF), l'effetto previ-

sto del PNRR sull'occupazione è positivo nella misura del 3,2% e, secondo il progetto Re-Start del gruppo Adecco, si avrà un aumento di occupate donne pari a 38mila unità e di giovani pari a quattromila. Tuttavia, i calcoli relativi alle carenze degli organici ospedalieri e al fabbisogno di personale infermieristico per le nuove strutture da creare indicano cifre ben più alte.

Ad oggi è stata prevista nella Legge di Bilancio una spesa per il personale della Sanità di 90,9 milioni per l'anno in corso, 150 milioni per il 2023, 328,3 milioni per il 2024, 591,5 milioni per il 2025 e 1.015 milioni a decorrere dal 2026 a valere sul finanziamento del SSN e in deroga ai tetti di spesa sul personale. Il Governo ha, inoltre, scelto di investire una parte dei soldi del PNRR nella formazione dei medici di medicina generale: con 102 milioni di euro verranno finanziate 2.700 borse di studio di medicina generale, di cui 900 già assegnate. Grazie al PNRR è stato avviato anche il finanziamento di 4.200 contratti di formazione medica specialistica aggiuntivi per un ciclo completo di studi di cinque anni. Questo investimento ha contribuito a portare a 17.400 il numero delle borse di specializzazione per il 2022, il triplo rispetto a tre anni fa.

Tuttavia, al di là dei numeri, è importante considerare anche gli **aspetti qualitativi delle professioni sanitarie**, innanzitutto rispetto ai cambiamenti intervenuti dal punto di vista della clinica e della organizzazione sanitaria, e prima fra tutti la **interdisciplinarietà** necessaria sia tra le diverse specializzazioni mediche sia rispetto alle altre professionalità sanitarie e sociali. Questo tipo di cambiamenti impongono che si intervenga in termini innovativi sul percorso formativo degli operatori della salute, ad esempio con l'introduzione della formazione interprofessionale (FIP), da tempo consiglia-



ta a livello mondiale e attuabile sia sul posto di lavoro sia in appositi contesti didattici e anche in collegamento con il modello delle reti clinico-assistenziali.

È altrettanto di vitale importanza **lavorare sui modelli organizzativi interni alle strutture sanitarie** nelle quali opera il personale sanitario. È ormai noto come il passaggio da organizzazioni sanitarie fortemente burocratizzate e basate su una gerarchia di tipo verticale ad aziende basate su un management diffuso sia un passaggio assolutamente necessario, se si intende rispondere alle sfide sempre più complesse della salute. Per ciò che attiene alla governance multilivello, le principali criticità espresse dai dirigenti sanitari di medio livello emergono nel rapporto tra management apicale e *middle management*, e i problemi più frequentemente additati dal personale sanitario sono relativi alla organizzazione, alla comunicazione, alle relazioni umane e allo stress lavoro correlato (60,3%). Le soluzioni indicate dai diret-

ti interessati riguardano soprattutto la necessità di sviluppare forme di leadership costruttiva (riconoscimento delle competenze, chiarezza delle funzioni e dei ruoli, prevenzione dei conflitti) per il 76,1% dei rispondenti.

Come è emerso da uno studio su diversi Paesi europei realizzato da Agenas, il modello vincente sembra essere quello delle équipes multidisciplinari, con figure sanitarie e socio-sanitarie che lavorano in stretta collaborazione e scambio. Indicazioni altrettanto valide emergono dalle esperienze che ricadono sotto il titolo di *Lean Thinking e Management*, un approccio finalizzato **all'eliminazione degli sprechi attraverso la mappatura dei flussi**, e basato su di una logica di miglioramento continuo, coinvolgimento e responsabilizzazione del personale di struttura mediante nuovi modelli decisionali (misti top-down e bottom-up).

Bibliografia

The Adecco Group, *Re-start generation*, 2021

ANAAO ASSOMED, 25° Congresso Nazionale, Napoli 26 giugno 2022

Collicelli C. et al., *Il Middle Management nella sanità italiana: stato dell'arte e prospettive gestionali*, Risultati da Forum Management Sanità, Fiaso, novembre 2018

FNOM CeO, Istituto Piepoli, *La condizione dei medici a due anni dall'inizio della pandemia da Covid-19*, aprile 2022

MEF, *PNRR Italy*, 21 aprile 2021

OECD, *Health at a glance 2019*, in CREA Sanità, XVII Rapporto Sanità 202, 2019

Rosa A., *Lean Organisation in sanità, Esperienze e modelli di applicazione da nord a sud*, Guerini Next, 2017

WHO, *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*, Geneva 2010



Il welfare che non c'è: le fragilità di un Paese demograficamente sbilanciato

Carolina Facioni¹, sociologa, Istat, Aiquav - Associazione Italiana per gli studi sulla Qualità della Vita e IIF - Italian Institute for the Future

Per quanto riguarda salute e resilienza economica, sociale e istituzionale, gli Stati membri devono rafforzare la propria capacità di risposta a shock economici, sociali e ambientali e a cambiamenti strutturali in modo equo, sostenibile e inclusivo ... [...] ... La crisi economica ha ridotto la capacità degli Stati membri di crescere, e ha esacerbato gli squilibri e le disparità territoriali... [...] ... Venendo infine alle politiche per le nuove generazioni, l'infanzia e i giovani, i Piani nazionali devono migliorare i sistemi educativi e di cura della prima infanzia, nonché le competenze di tutta la popolazione, comprese quelle digitali. Le nuove generazioni di europei non devono subire danni permanenti dalla crisi COVID-19. In linea con i principi del Pilastro europeo dei diritti sociali, gli Stati membri devono puntare a colmare i divari generazionali e rafforzare le politiche attive del lavoro e l'integrazione dei disoccupati. Risorse aggiuntive devono essere investite nel miglioramento dell'accesso e delle opportunità per bambini e giovani e all'istruzione, alla salute, all'alimentazione e agli alloggi. (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, pp. 10-11)

La citazione del testo del documento presentato alla Commissione Europea dal nostro Governo e dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri il 5 maggio del 2021 è necessaria per agganciarci al tema che sarà qui trattato. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è contraddistinto da un hashtag: *#nextgenerationitalia*. Un nome denso di potenza evocativa, che si può leggere in modi diversi, resti-

tuendovi sfumature differenti nelle loro possibili implicazioni. Rimanda al tema del **benessere della prossima generazione**, ma dice anche che gli impegni presi con l'Unione Europea (UE) incidiranno, a prescindere dai risultati ottenuti, sulla prossima generazione. Tuttavia, la prossima generazione non è una singola coorte di persone: qualsiasi momento storico si voglia considerare, esistono varie generazioni che convivono insieme e su cui inevitabilmente ricadranno le policy (e le loro conseguenze). La *next generation* sarà, come è giusto che sia, un luogo composito di persone, esperienze e culture. Il testo citato sottolinea, di fatto, la necessità di **colmare i divari generazionali**.

A riguardo occorre però considerare un aspetto molto peculiare del contesto italiano: le caratteristiche che avrà la popolazione su cui il PNRR e i suoi effetti agiranno. Si parla molto del **progressivo invecchiamento della popolazione italiana**, un fenomeno ormai da anni sotto l'attenzione della comunità scientifica e per il quale Sergio Mattarella, Presidente della Repubblica, e Papa Francesco hanno espresso la propria preoccupazione, sottolineando come la mancanza di figli impoverisca non solo l'Italia in termini di nuovi cittadini, ma lo stesso patrimonio culturale dell'Europa e dell'Occidente in genere².

Le più recenti previsioni pubblicate dall'ISTAT che arrivano al 2070 con proiezioni basate sui dati 2021 sono chiarissime nel descrivere un Paese sempre più vecchio. Stando al recente Rappor-



to dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in Italia la speranza di vita nel 2019 (anno di riferimento dei dati) era di 80,9 anni per un uomo e di 84,9 per una donna, con una media complessiva di 83 anni. Un dato vicino a quello del Giappone, la nazione con la più alta speranza di vita del mondo (81,5 anni per gli uomini, 86,9 anni per le donne, con una media di 84,3 anni). Gli effetti della pandemia da COVID-19 sulla speranza di vita stanno già (fortunatamente) rientrando e ci sono sensibili segni di ripresa. La statistica report pubblicata lo scorso aprile dall'ISTAT, con dati riferiti al 2021, rende chiaro quanto sia stato devastante l'impatto della pandemia sulla speranza di vita alla nascita in Italia. A soli due anni di differenza, infatti, il dato è sceso a 80,1 anni per gli uomini e a 84,7 anni per le donne (con una media di 82,4 anni). Occorre, inoltre, sottolineare che si tratta di un dato migliore rispetto al 2020: sono già stati recuperati, infatti, quattro mesi di vita per gli uomini e circa tre per le donne. Considerando invece il dato ISTAT pre-pandemico riferito al 2019, la perdita è di 11 mesi per gli uomini e di sette per le donne. Considerando l'inerzia (in senso statistico) tipica dei dati demografici, i numeri restituiscono tutta la forza distruttiva che ha avuto la pandemia in Italia.

Il fatto che in Italia si viva molto a lungo è, di per sé, un dato positivo, risultato di un sistema sanitario funzionante

o, comunque, di stili di vita corretti: è senz'altro un indicatore di qualità della vita. Se si parla di progressivo invecchiamento della popolazione è perché l'altissima speranza di vita convive con un altro aspetto che caratterizza il nostro Paese, ovvero la scarsissima natalità.

Nel 2021 il numero medio di figli per donna (di seguito TFR, acronimo dell'inglese *Total Fertility Rate*) è stato di 1,25, in leggero aumento rispetto all'1,24 del 2020. **L'Italia è tra le nazioni con il TFR più basso del mondo.** Considerando che, per garantire un ricambio generazionale, il TFR dovrebbe essere intorno a 2-2,1, è evidente come le proiezioni demografiche stiano delineando per gli anni a venire un quadro quantomeno complesso. Per meglio comprendere la situazione può tornare utile un'immagine, anche se un po' datata (Figura 1), pubblicata dall'ISTAT nel contesto delle Statistiche Sperimentali. Qui è illustrata, in dato assoluto, la composizione per sesso e generazioni della popolazione residente, italiana e straniera, al primo gennaio 2015. Le generazioni più rappresentate, quelle del *baby boom*, negli anni a venire "saliranno" sempre più verso le classi di età più alte, allargando la cima della piramide, mentre la base risulterà ancora più sottile, creando esattamente l'immagine di una piramide rovesciata.

¹ Sociologa, membro di AIQUAV, collabora con ASviS per il Goal 3. Tra i suoi prevalenti interessi di ricerca gli studi di previsione, nel cui ambito collabora con l'Italian Institute for the Future (IIF). Lavora da molti anni in ISTAT. In questo senso, dichiara l'assoluta proprietà intellettuale dei contenuti qui presentati, sottolineando come le opinioni riportate nel contributo non necessariamente coincidano con le posizioni espresse dall'Istituzione di appartenenza.

² Si consideri, a riguardo, tra i molti interventi del Pontefice sul tema, l'Angelus del 26 dicembre 2021, così come il messaggio del presidente Sergio Mattarella agli Stati Generali della natalità in data 12 maggio 2022.

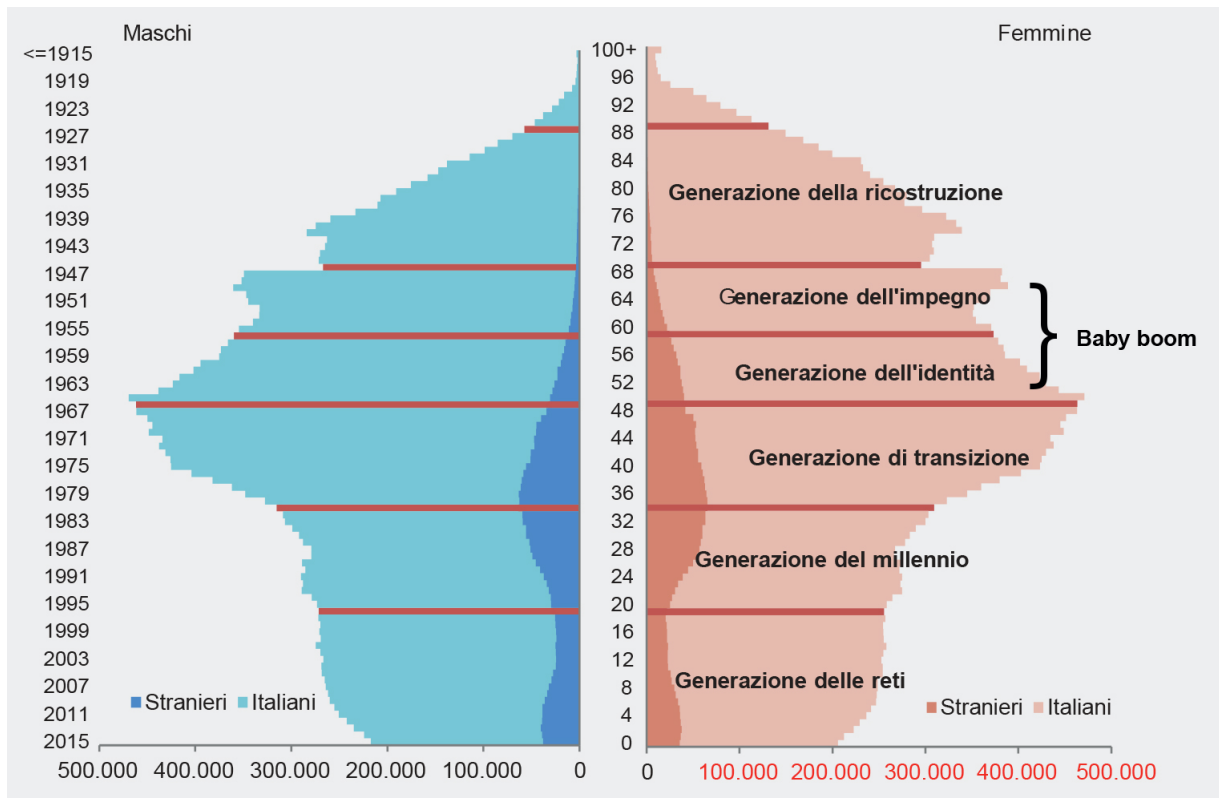


Figura 1: Piramide dell'età della popolazione italiana e straniera residente in Italia al 1 gennaio 2015

Fonte: ISTAT, Statistiche sperimentali 2016

In sintesi, la dinamica tra i due fenomeni (speranza di vita altissima, bassissimo *fertility rate*) si configura come un *megatrend*, un processo impossibile da arrestare o modificare in modo radicale, per il quale occorre mettere a punto, fin da subito, strategie per consentire una gestione meno problematica alle generazioni future. La disciplina dei *Futures Studies* pone l'identificazione e la messa in pratica di tali strategie nel contesto della cosiddetta *anticipation*, cioè la programmazione strategica basata sulle previsioni (Poli, 2019; Paura, 2022).

Sempre meno bambini in Italia: perché?

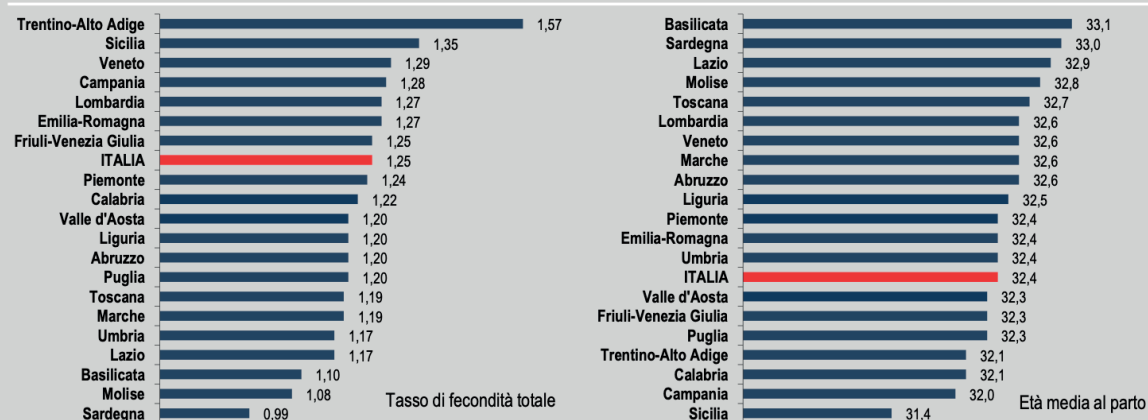
Il TFR è un dato in calo in tutto il mondo con poche eccezioni. Tuttavia, in

Italia non si tratta solo dell'effetto della seconda transizione demografica, fenomeno che investe il nostro Paese dalla seconda metà degli anni '60 del secolo scorso.

Un altro grafico aiuta a capire meglio la situazione sul territorio. La Figura 2 mostra la distribuzione nelle regioni italiane dei due principali indicatori di fecondità: il tasso di fecondità totale e l'età media al parto.

**FIGURA 2. PRINCIPALI INDICATORI DI FECONDITÀ PER REGIONE**

Anno 2021, stima, numero medio di figli per donna ed età media al parto (in anni e decimi di anno).



Fonte: Istat, Sistema di nowcasting per indicatori demografici.

Figura 2: Stime del numero medio di figli ed età media al parto nelle regioni italiane. Anno 2021.

Fonte: Istat

L'età media in cui nasce il primo figlio è 32,4 anni e questo rende estremamente difficile avere un secondo figlio, e a maggior ragione un terzo figlio che potrebbe spostare (di poco) il TFR nazionale. La Regione col TFR più alto è il Trentino-Alto Adige. È possibile che questa differenza sia dovuta a policy mirate a livello locale, tali da garantire un *welfare* più robusto e, in particolare, una migliore occupazione femminile. Un'organizzazione che consenta ai giovani, e soprattutto alle giovani donne, di poter pensare di avere un figlio senza timori.

La chiave è, quindi, nelle politiche sociali. Si tratta di garantire asili nido, ma anche, e soprattutto, un lavoro stabile (e ben retribuito) per le donne. Un lavoro che permetta alle donne che vogliono figli di averne senza timori e che consenta a quelle che hanno figli di continuare a lavorare. Troppo spesso, infatti, le donne lasciano il lavoro in quanto le risorse familiari non consentono di mantenere i bambini all'asilo nido o nelle scuole materne. In una situazione di emergenza economica, la decisione di una donna di lasciare il lavoro per seguire i figli

può apparire, per queste famiglie, un costo-beneficio. Ciò si rivela in pratica un disastro nel lungo termine, in quanto la mancanza di reddito della donna inciderà in modo negativo sugli investimenti per l'educazione dei figli (studi, sport, altre attività di formazione). Se manca il reddito della madre questo ricade negativamente su tutta la famiglia anche nel lungo termine. **Il lavoro delle donne è un investimento sul futuro.** Quanto l'occupazione femminile sia, soprattutto dopo l'emergenza da COVID-19, uno degli snodi cruciali per il benessere del nostro Paese nel suo complesso è evidente anche dagli ultimi indicatori di Benessere Equo e Sostenibile da poco pubblicati dall'ISTAT.

Un altro aspetto che il PNRR dovrà affrontare è il peggioramento, in particolare tra le giovani di 15-29 anni durante la pandemia, del **fenomeno dei NEET** (*Not in Education, Employment or Training*), i giovani che non studiano, non lavorano e non seguono corsi di formazione. Si tratta di un segnale di sofferenza che viene proprio della fascia di popolazione che sarà, nei prossimi anni, di importanza cruciale nella costruzione di futuri desiderabili per il nostro Paese.



Non investire fin da subito nella promozione umana e sociale dei giovani e delle giovani equivale a un suicidio.

L'attuale **precarizzazione del lavoro** impedisce ai giovani e alle giovani di guardare oltre l'immediato presente: questo rende precario l'intero percorso di vita. L'età in cui le giovani generazioni riescono a rendersi indipendenti dalle precedenti è sempre più alta, fatto che sembra portare il futuro in una direzione tutt'altro che desiderabile. Forse dare dignità ai giovani e alle giovani, non costringendoli a rimandare indefinitamente scelte importanti come avere figli sarà una delle sfide più ardue per le politiche sociali *next generation*.

Conclusioni

I *Futures Studies* sono da sempre sensibili alle tematiche demografiche. In un'in-

tervista concessa nel 2016, Eleonora Barbieri Masini, una delle massime teoriche della disciplina, disse che la situazione demografica di un territorio è il primo dato che va conosciuto per avere il quadro del contesto; è peraltro noto come, fin dagli anni '80, la sociologa cercò di far capire ai decisori politici del tempo la **necessità di pensare all'invecchiamento della popolazione** e alla conseguente crisi del sistema pensionistico italiano come ai principali problemi che il Paese avrebbe affrontato nei decenni a venire (Facioni, 2016). Il PNRR si configura oggi come lo strumento grazie al quale sarà, si spera, vinta la sfida che ci attende nei prossimi anni: ripensare il Paese, dando un nuovo senso alla convivenza tra generazioni. Sperando che non vengano perse oggi delle preziose opportunità di cambiamento: questo equivarrebbe a danneggiare tutti, giovani e meno giovani, domani.

Bibliografia

- AISP, *L'eccezionalismo demografico italiano*, Il Mulino, Bologna, 2022
- Ambrosi E. e Rosina A., *Non è un paese per giovani. L'anomalia italiana: una generazione senza voce*, Marsilio, Venezia, 2009
- Facioni C., *Anatomia dell'incertezza: il futuro nella voce dei demografi italiani*, in *Futuri* n. 7, pp. 6-37, giugno 2016
- Golini A. e Rosina A. (a cura di), *Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia*, Il Mulino, Bologna, 2011
- Golini A., *Italiani poca gente*, Luiss University Press, 2019
- Governo italiano, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - #nextgenerationitalia, 2021*: <https://www.governo.it/it/articolo/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza/16782>
- ISTAT, *Indicatori demografici. Stime per l'anno 2015, 19 febbraio 2016*: <http://www.istat.it>
- ISTAT, *Statistica sperimentale - Classificazione delle generazioni, 20 maggio 2016*: <http://www.istat.it>
- ISTAT, *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie - Base 1/1/2020, Statistiche Report, 2021*: <http://www.istat.it>
- ISTAT, *Indicatori demografici. Anno 2021, Statistiche Report, 8 aprile 2022a*: <http://www.istat.it>
- ISTAT, *BES 2021 - Il benessere equo e sostenibile in Italia, 2022b*: <http://www.istat.it>
- Italian Institute for the Future, *Emerging long-trend megatrends 2022 - Dieci cambiamenti destinati ad influenzare il nostro futuro*: <https://www.instituteforthefuture.it/progetti/emerging-long-term-megatrends/>
- Paura R., *Occupare il futuro. Prevedere, anticipare e trasformare il mondo di domani*, Codice, Torino, 2022
- Poli R., *Lavorare con il futuro. Idee e strumenti per dominare l'incertezza*, Egea, Milano, 2019
- Population Reference Bureau, *Population Data Sheet, 17 agosto 2021*: <https://interactives.prb.org/2021-wpds/>
- Rosina A. e De Rose A., *Demografia*, Egea, Milano, 2014
- Rosina A., *Neet. Giovani che non studiano e non lavorano*, Vita e pensiero, Milano, 2015
- Sennett R., *The Corrosion of Character. The Consequences of Work in the New Capitalism*, W.W.Norton & Company, 1998
- World Health Organization, *World Health Statistics 2021. Monitoring Health for the SDGs*, WHO, 2021



Abitare in montagna: come tutelare la salute

Carla D'Angelo, Commissione Centrale Medica CAI, Club Alpino Italiano e coordinatrice del Gruppo di lavoro ASviS sul Goal 3 "Salute e benessere"

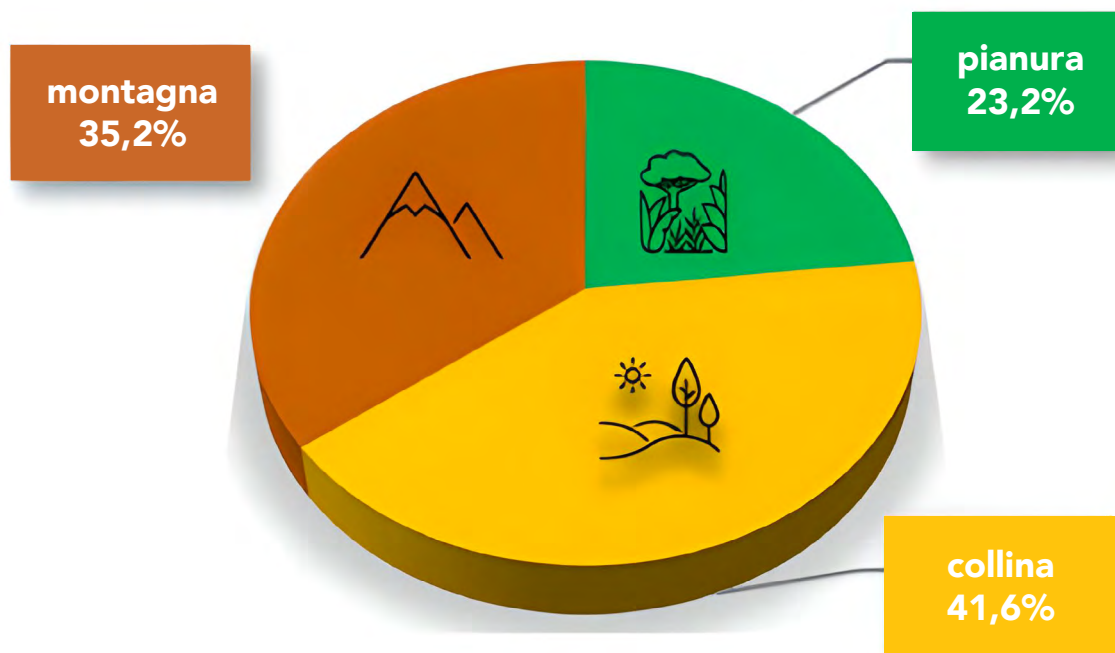
Il paesaggio italiano è caratterizzato da un territorio costituito prevalentemente da colline (42%) e da montagne (35%), ma **quasi la metà della popolazione vive in pianura (23%)** e la concentrazione dei servizi si realizza nei luoghi più abitati. Nonostante ciò, rimane la necessità di assicurare adeguate infrastrutture anche alla popolazione che risiede nelle altre zone. In montagna attualmente la popolazione residente è circa il 12% e un terzo dei Comuni italiani sono classificati come Comuni di montagna.

Sebbene in molte aree montane si possano registrare parametri di qualità della

vita superiori alla media del Paese, come ad esempio l'indice di vecchiaia più alto, non sempre si verificano le condizioni sufficienti per tutelare una efficace assistenza sanitaria: molti parametri utilizzati per pianificare i servizi non sono adeguati al contesto montano.

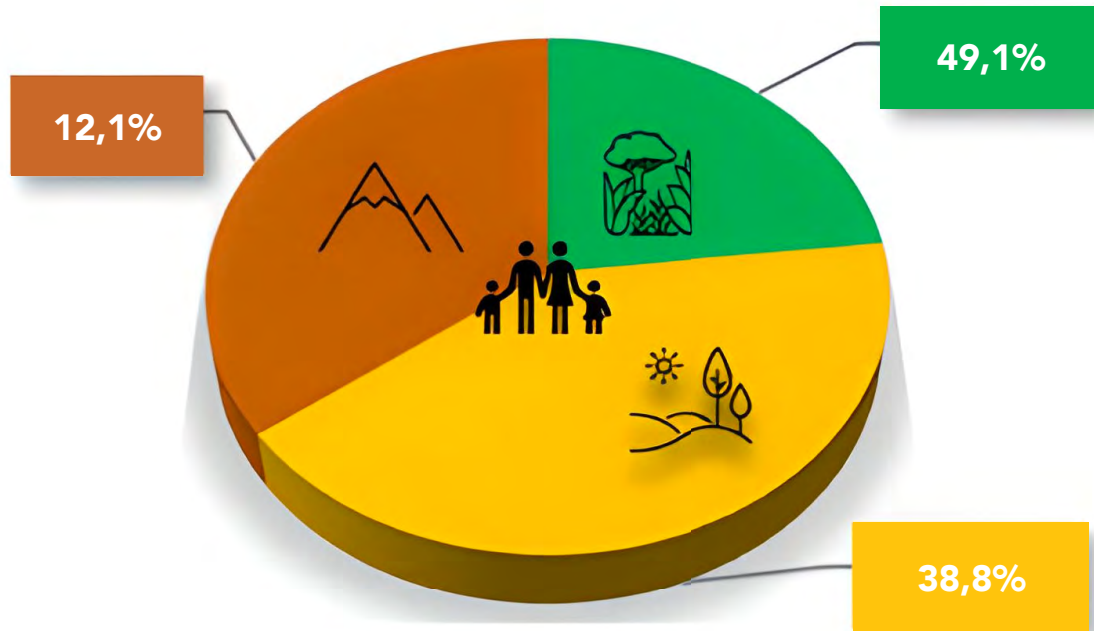
Ad esempio, gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici definiti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture che devono assicurarla non sono certamente idonei per le aree scarsamente popolate (e non solo montane) per le quali si dovreb-

Territorio italiano





Distribuzione della popolazione



bero utilizzare parametri di misurazione che tengano conto delle distanze e delle difficoltà di collegamento. È pertanto verosimile che non vi saranno case di comunità né ospedali di comunità (anche se la Regione Lombardia ha dimezzato lo standard previsto per le case di comunità nelle zone di montagna, passando da una ogni 50mila abitanti a una ogni 25mila) e appare improbabile che i medici di medicina generale possano aggregarsi in poliambulatori a loro volta lontani dall'utenza. Un contributo rilevante potrebbe venire dall'**utilizzo della telemedicina** per la possibilità di gestire diversi aspetti della presa in carico e delle cure dell'assistito con adeguati monitoraggi altrimenti molto onerosi per i pazienti non solo dal punto di vista economico, ma soprattutto per il disagio legato alla distanza dai centri sanitari di riferimento.

In ogni caso, sia per la razionalizzazione delle risorse, umane e materiali, sia per il livello di performance diagnostico-te-

rapeutica delle piccole strutture sanitarie, è intuibile che realizzare strutture e infrastrutture nei comuni montani richiede una analisi più approfondita rispetto agli altri territori.

Lo sbilanciamento della distribuzione della popolazione a favore dei centri urbani è andato crescendo dagli anni del secondo dopoguerra: il fenomeno della concentrazione urbana, sostenuto da necessità economiche e produttive, non è stato, nel lungo periodo, sempre sinonimo di benessere umano e sociale. Oggi le **riflessioni sulla qualità della vita** inducono molte persone a prediligere luoghi meno affollati, complice anche la possibilità di nuove metodologie di lavoro. L'esperienza legata alla pandemia ha anche contribuito a rivalorizzare **modelli abitativi ubicati in spazi e luoghi diversi** dove, pur mantenendo le relazioni interpersonali, è possibile fruire di ambienti aperti e rispettosi della natura.



Sulla distribuzione della popolazione gli studi geo-demografici spiegano che non è semplice attuare politiche che abbiano l'obiettivo di perseguire l'ottimo di popolazione cioè *“quel livello di popolamento nel quale il benessere individuale è massimo, e verrebbe diminuito frazionalmente sia dall'aggiunta sia dalla diminuzione di un individuo”*. L'obiettivo di tali politiche, sia quello di promuovere la sostenibilità della popolazione, di fermare l'esodo di una popolazione rurale o di promuovere lo sviluppo di tutti i territori, non è perseguibile nell'immediato, ma **richiede lunghi periodi, poco convenienti per le stesse dinamiche politiche**.

Eppure, in questa direzione sembra andare il nuovo disegno di legge *“Disposizioni per lo sviluppo e la valorizzazione delle zone montane”*, presentato il 24 maggio 2022 alle Camere, che propone di fronteggiare lo spopolamento delle montagne attraverso *“l'elaborazione di modelli di sviluppo diversificati, misurati sulle specificità territoriali al fine di conservare e valorizzare la varietà e l'unicità dei territori e dei relativi servizi, anche attraverso processi sostenibili e innovativi”*.

Vuole, in particolare, rispondere *“all'obiettivo di ridurre le condizioni di svantaggio in cui oggettivamente versano le zone montane, con la previsione di una serie di misure dirette a sostenere le attività produttive, a fronteggiare il problema dello spopolamento, a consentire la fruizione di tutti i servizi essenziali (in primis la scuola e la sanità) in condizioni di parità con chi risiede nelle altre aree del territorio nazionale”*. A proposito della sanità sono **previste forme di incentivazione** a favore degli esercenti le professioni sanitarie e degli operatori socio-sanitari che prestano la propria attività lavorativa presso strutture sanitarie e socio-sanitarie ubicate nei comuni

classificati montani e che riguardano la valorizzazione dell'attività prestata, alcune agevolazioni fiscali e forme di contribuzione.

Considerata l'attuale **carenza di risorse umane nel settore sanitario** in tutto il territorio nazionale, è difficile supporre che queste iniziative possano motivare gli operatori della sanità a scegliere i luoghi montani piuttosto che altre sedi meno disagiate; d'altra parte, le stesse costituiscono un supporto per evitare che altri ancora si trasferiscano, abbandonando i piccoli centri abitati della montagna.

Rimane da valutare la possibilità che altre forme di sostegno vengano concesse alla popolazione che vive nei territori montani affinché siano temperate disuguaglianze e diseguità per l'accesso alle cure legate alla distanza dagli ospedali e dalle strutture sanitarie in generale. In quest'ottica si potrebbero definire strategie territoriali per l'applicazione di **esenzione/riduzione del pagamento di ticket dei livelli essenziali di assistenza (LEA) per area geografica** e non solo per patologia o reddito, per il rimborso dei costi di viaggio, per l'agevolazione di accesso alle prestazioni attraverso l'utilizzo di agende di prenotazione dedicate e mirate.

È peraltro importante che l'obiettivo di ridurre le condizioni di non equità di accesso alle cure legate al territorio non si aggiunga alla **disomogeneità già presente per la variabilità tra le Regioni** rispetto alla garanzia dei servizi e delle prestazioni sanitarie; sarebbe invece opportuna la definizione a livello nazionale dei contesti abitativi penalizzanti per i quali sarebbe possibile l'accesso alle misure di sostegno al fine di assicurare la salute alla popolazione che vi risiede.

Infine, non si deve dimenticare che gli **abitanti della montagna** sono i primi sog-



getti coinvolti nella tutela di quell'ambiente considerato il principale contenitore della biodiversità e sono portatori di buone pratiche della sostenibilità dettate dalla convivenza con il territorio. In qualche modo vivono da sempre con i principi della salute unica tra uomo, animali e ambiente e conoscono nella pratica quali sono le criticità che minacciano il suo equilibrio. Occorre sostenere la possibilità di vivere in questi luoghi utilizzando una lente di osservazione localizzata per individuare le necessità e i bisogni da soddisfare.



Bibliografia

ISTAT, *Annuario statistico italiano 2021*, 2021

Bacci M.L., *Enciclopedia Treccani delle Scienze Sociali del 1996*, voce "Popolazione", 1996



Violenza domestica e pandemia: le conseguenze sulla salute e la riduzione dei servizi locali

Eloise Longo, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità

Premessa

Le misure di distanziamento sociale e di isolamento imposte dall'emergenza sanitaria hanno contribuito a far esplodere situazioni ad alto rischio e, tra queste, quella della violenza contro le donne e le ragazze. **L'aumento dei casi di violenza di genere nel mondo come conseguenza della pandemia è indicato dalle stesse Nazioni Unite che hanno definito questo fenomeno "pandemia ombra" proprio per sottolinearne l'impatto devastante.** A livello globale, anche prima dell'inizio della pandemia da COVID-19, sono 243 milioni le donne e le ragazze, una su tre, di età compresa tra 15 e 49 anni ad aver subito una violenza fisica o sessuale da parte di un attuale o ex partner, o sconosciuto. A livello internazionale ed europeo, sono state fornite raccomandazioni e linee guida per fronteggiare in emergenza le situazioni di violenza, che hanno sottolineato l'esigenza di rafforzare i servizi specializzati di supporto e ospitalità per le donne. In questo contesto, anche in Italia, l'esplosione dei casi di violenza è stata sostanziale. Le chiamate al 1522, nel 2020, sono aumentate del 79,5% rispetto al 2019, sia per telefono sia via chat (+71%).

Caratteristiche del fenomeno e conseguenze sulla salute

La violenza contro le donne è universalmente riconosciuta come una violazione dei diritti umani e un problema di salute pubblica globale. È uno dei principali

fattori di rischio, di cattiva salute e di morte prematura per le donne e le ragazze. Diverse sono le cause e le forme di violenza: fisica, sessuale, psicologica, economica, culturale, stalking. Le tipologie di violenza si manifestano tutte prevalentemente in ambito domestico/familiare tanto che si parla comunemente di **Violenza Domestica (VD)**, o *Intimate Partner Violence (IPV)*, o **violenza di genere (Gender Based Violence -GBD)** in quanto, come sottolinea la Convenzione di Istanbul (2011), **la disuguaglianza di genere è causa e conseguenza della violenza contro le donne.** Nessun intervento, dunque, può essere efficace senza un corrispettivo cambiamento nella mentalità culturale al fine di eradicare pregiudizi, atteggiamenti e abitudini basati su stereotipi negativi di genere e sull'idea dell'inferiorità della donna.

La VD è caratterizzata da una sistematica sotto rilevazione dovuta alla tendenza delle vittime a non esternalizzare e denunciare gli abusi subiti che rende estremamente difficile una stima del *burden of disease*, l'impatto della malattia associato a episodi di violenza o IPV. Secondo l'indagine dell'ISTAT, condotta su un campione di circa 25 mila donne, in Italia quasi 7 milioni di donne tra i 16 e i 70 anni hanno subito almeno una volta una violenza fisica, sessuale o entrambe, un fenomeno che impatta sul 31,5% della popolazione femminile italiana. **Le misure di distanziamento e di isolamento sociale imposte dall'emergenza sanitaria e messe in atto per proteggere**



la popolazione a rischio hanno esposto paradossalmente **donne e bambini a ulteriori violenze**, maltrattamenti, abusi e persino omicidi. Tale situazione ha contribuito a far emergere vere e proprie situazioni ad alto rischio. Le donne sono rimaste intrappolate nella rete dei propri aggressori, compagni, mariti che hanno continuato e intensificato le violenze psicologiche e fisiche. La casa che, nell'immaginario simbolico collettivo, è per antonomasia rifugio sicuro e tranquillo, nel periodo del lockdown si è rivelata una gabbia. La pandemia ha, inoltre, ulteriormente amplificato le disuguaglianze sociali e causato in tutto il mondo un aumento dei disturbi d'ansia e depressivi, maggiori soprattutto nelle donne e nei giovani.

Le conseguenze della violenza sullo stato di salute della donna assumono diversi livelli di gravità:

- invalidanti (conseguenze da trauma, ustione, avvelenamento, patologie sessuali o riproduttive, problemi ginecologici, interruzione di gravidanza, infezioni sessualmente trasmesse incluso HIV);
- un forte impatto psicologico e ricadute in termini di peggioramento complessivo dello stato di salute come Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD), depressione, abuso alcol e sostanze, comportamenti auto-lesivi o suicidari;
- disturbi alimentari e/o sessuali;
- femmicidio.

Le stesse conseguenze possono perdurare lungo tutto l'arco della vita e riguardare anche i bambini, vittime dirette o indirette di abusi e maltrattamenti.

Durante la pandemia le donne si sono ritrovate ad affrontare un carico maggiore nella gestione della vita domestica con un latente rischio di violenza, che è anche la violenza psicologica più "subdola", fatta di continue intimidazioni, svalorizzazioni, ricatti e isolamento dai propri familiari, amici e conoscenti.

Riduzione dei servizi sanitari e locali: dati di contesto

In tutti i Paesi, le *hotline*, i centri di crisi, le case rifugio, nonché l'assistenza legale e i servizi sociali sono stati ridimensionati a causa delle misure di controllo. I tribunali sono stati chiusi. A fronte di questa generale contrazione dei servizi di assistenza, molti Paesi hanno attivato un numero di emergenza nazionale e, laddove presente, è stato registrato un forte incremento del numero di richieste di aiuto a seguito di un aumento dell'incidenza della violenza. Nonostante i dati siano ancora scarsi, i rapporti provenienti da Cina, Regno Unito e Stati Uniti e altri Paesi suggeriscono un aumento dei casi di violenza domestica anche dopo la pandemia.

Per effetto delle politiche di contenimento i servizi sanitari e di cura dedicati alla salute sono stati spesso limitati alle sole "urgenze" e il personale specializzato è stato ridotto, rendendo difficile accogliere le richieste della popolazione. In parte si è supplito telematicamente e sono molti i servizi pubblici che si sono attivati per offrire assistenza a distanza. Un aspetto in particolare che merita di essere segnalato è l'**interruzione dei servizi di sostegno alla gravidanza** (corsi pre-parto, monitoraggi, ecc.) per i quali non sempre è stata fornita alla coppia genitoriale, o alla donna, un'alternativa. È venuta, inoltre, a mancare la presenza della rete familiare e amicale, un fattore protettivo importante per la salute mentale e la prevenzione del rischio di suicidio.

Conclusioni

Di fronte alla drammaticità della situazione è importante registrare che si è realizzato un **impegno notevole a livello inter-istituzionale** per fornire immediato aiuto per le donne a rischio di violenza



domestica. Le misure messe in atto per fronteggiare l'emergenza sanitaria hanno probabilmente amplificato situazioni relazionali violente, esponendo donne e bambini ad ulteriori forme di abuso e maltrattamento. In molte famiglie, il COVID-19 ha creato una "tempesta perfetta" di ansia sociale e personale, stress, pressione economica, isolamento sociale (compreso l'isolamento con familiari o partner abusanti) e conseguente aumen-

to dell'uso di alcol e sostanze. La pandemia può rappresentare l'occasione per re-immaginare e ri-disegnare le nostre società in modo più sicuro, promuovendo una cultura del rispetto e dell'inclusione fondata sul riconoscimento della parità di genere e sul ripudio di ogni forma di discriminazione. Tutto ciò richiede un lavoro di rete capillare a livello istituzionale in sinergia con il mondo dell'associazionismo e delle comunità locali.

Bibliografia

Bradbury-Jones C. e Isham L., *The pandemic paradox: the consequences of COVID-19 on domestic violence*, J Clin Nurs, 2020

Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica - Convenzione di Istanbul, adottata dal Consiglio d'Europa l'11 maggio 2011 e ratificata dall'Italia dalla Legge 27 giugno 2013, n. 77. <https://rm.coe.int/16806b0686>.

Davies S. e Batha E., *Europe braces for domestic abuse 'perfect storm' amid coronavirus lockdown*, Thomas Reuters Foundation News, 2020: <https://news.trust.org/item/20200326160316-7l0uf>.
ISTAT, *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2014*, Roma, ISTAT, 2015

Jardim G.B.G., Novelo M., Spanemberg L., et al. *Influence of childhood abuse and neglect subtypes on late-life suicide risk beyond depression*, Child Abuse Negl, 2018

Longo E. e Muratore G., *Violenza di genere e pandemia di SARS-CoV-2*. In Rapporto OsservaSalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Università Cattolica Sacro Cuore, (Sezione Approfondimenti) (in corso di stampa 2021)

Longo E., De Castro P, De Santi A. et al. *Violenza domestica e conseguenze sulla salute psico-fisica*, Not Ist Super Sanità, 2022

Longo E., *Riconoscimento e assistenza socio-sanitaria per le donne che subiscono violenza*, in Rapporto Osservasalute 2019, Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Università Cattolica Sacro Cuore, (Sezione Approfondimenti) Roma, 2019

Pitidis A., Longo E., Cremonesi P., Gruppo di lavoro Progetto REVAMP. Progetto REVAMP (REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum), *Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2019

UN Women, *Violence against women during covid-19*, UN Women 2021, 2021: <https://data.unwomen.org/sites/default/files/documents/Publications/Measuring-shadow-pandemic.pdf>

Vichi M. e Longo E., *Maltrattamento e abuso nell'infanzia quali fattori di rischio di suicidio in età adolescenziale e adulta*, EpiCentro, 10 settembre 2020, disponibile al link: <https://www.epicentro.iss.it/mentale/giornata-suicidi-2020-abusi-infanzia-e-suicidio>.

Women's Aid, *The Domestic Abuse Report 2020: The Annual Audit*, Bristol, Women's Aid, 2020

World Health Organization, *COVID-19 and violence against women What the health sector/system can do*, WHO, 2020: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-eng.pdf>

World Health Organization, *Mental Health Atlas 2020*, Geneva, WHO, 2021

World Health Organization, *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence*, Geneva, WHO, 2013

World Health Organization, *World Report on violence and health*, Ginevra, WHO, 2022

Zatti C., Rosa V., Barros A., et al. *Childhood trauma and suicide attempt: a meta-analysis of longitudinal studies from the last decade*, Psychiatry Res, 2017



La modifica degli articoli 9 e 41 della Costituzione e gli obiettivi del Goal 3

Fulvia Passananti, Segretariato ASviS

Il 9 marzo 2022 è entrata in vigore la Legge costituzionale 11 febbraio 2022, n. 1, che ha modificato gli articoli 9 e 41 della Costituzione in materia di tutela dell'ambiente.

Nello specifico, all'articolo 9 della Costituzione che, nei primi due commi, già prevedeva la tutela del paesaggio e del patrimonio storico artistico, è stato aggiunto un terzo comma in cui **si sancisce la tutela dell'ambiente, della biodiversità, degli ecosistemi e degli animali** e viene introdotto un riferimento espresso all'**interesse delle future generazioni**. Quest'ultimo riferimento assume un particolare peso poiché le scelte in materia ambientale operate dal legislatore, in un'ottica di sviluppo sostenibile, non dovranno sacrificare le opportunità di crescita delle generazioni future in nome degli interessi di quelle attuali.

Per quanto concerne invece l'articolo 41 della Costituzione, secondo cui l'**iniziativa economica** è libera, il legislatore costituzionale è intervenuto stabilendo che quest'ultima **non può svolgersi arrecando danno alla salute e all'ambiente**, oltre che alla sicurezza, libertà e dignità umana. Inoltre, ai fini sociali verso cui l'attività economica pubblica e privata deve essere indirizzata e coordinata, sono stati aggiunti anche quelli ambientali.

L'intenzione del legislatore costituzionale sembra, quindi, essere quella di rafforzare e dare maggiore centralità alla protezione della salute e dell'ambiente, prevedendo quest'ultimo sia come *limite* all'iniziativa economica privata sia come nuovo *fine* dell'attività economica pubblica e privata.

In generale, si tratta di un intervento

sul testo costituzionale veramente significativo, innanzitutto perché è **la prima volta dal 1948**, anno in cui è entrata in vigore la Costituzione, che viene **modificata la parte della Carta relativa ai principi fondamentali**. Una modifica di tale portata, quindi, risponde all'esigenza di adeguare il testo fondamentale ai tempi attuali, conformandolo alle nuove necessità. Tale riforma, infatti, si inserisce in una strategia più ampia che vede come attori le istituzioni sovranazionali e mondiali. Pertanto, si può ragionevolmente ritenere che l'enunciazione delle nuove tutele costituzionali non impatterà solamente sull'ordinamento giuridico, ma avrà anche dei risvolti culturali. In altre parole, un passo in avanti verso il raggiungimento, da parte dell'Italia, dei 17 Obiettivi di sviluppo sostenibile fissati dall'Agenda 2030.

A tal proposito, è interessante notare che inizialmente il progetto di legge costituzionale presentato alle Camere era decisamente più ambizioso del testo che poi è stato effettivamente approvato. Nel primo, infatti, si faceva un coraggioso riferimento alla promozione dello sviluppo sostenibile.

Il rilievo della riforma si evince, altresì, dal **largo consenso** con cui questa è stata approvata dalle Camere: in particolare, in seconda deliberazione al Senato, ci sono stati 218 voti favorevoli e due astenuti, mentre alla Camera dei deputati si sono registrati 468 voti favorevoli, un contrario e sei astenuti. L'ampia maggioranza, che ha superato la soglia dei due terzi dei componenti di ciascuna Camera, ha escluso la proponibilità dell'eventuale referendum costituzionale, come prevede l'articolo 138 della Costituzione. Inoltre, l'iter di approvazione è stato piut-



tosto celere se si tiene presente che una legge costituzionale viene adottata con due successive deliberazioni da parte di ciascuna Camera a intervallo non minore di tre mesi. In questo caso la prima votazione in Senato si è celebrata il 9 giugno 2021, mentre l'ultima, dopo la quale il testo è stato approvato definitivamente, si è svolta presso la Camera dei deputati l'8 febbraio 2022.

La Legge costituzionale n. 1 del 2022 è strettamente **connessa alla tutela della salute** perché esiste una logica **interdipendenza tra la protezione dell'ambiente e il diritto alla salute, individuale e collettivo**, di cui all'articolo 32 della Costituzione. Questo perché il **concetto di salute** accolto dalla dottrina e dalla giurisprudenza è ampio e la sua definizione non si riduce alla mera assenza di malattia dell'individuo, ma viene inteso come il **raggiungimento di uno stato di benessere ed equilibrio psicofisico** che

tiene conto anche dei rapporti fra la persona e l'ambiente esterno. Di conseguenza la tutela della salute non si realizza più solo nella cura della malattia, ma anche nelle attività di prevenzione e promozione della salute e, quindi, nella tutela dell'ambiente. Difatti, anche prima della modifica dell'articolo 9 della Costituzione, l'ambiente veniva riconosciuto dalla giurisprudenza costituzionale come valore primario e trovava fondamento proprio nell'articolo 32. Oggi, grazie al novellato articolo 9 questo importante valore costituzionale trova finalmente espressa menzione nella Costituzione. In conclusione, la promozione della salute del singolo e della collettività avviene anche attraverso la considerazione della relazione tra la comunità e l'ambiente e, per valorizzare questi aspetti è necessaria una revisione dei modelli di sviluppo finora applicati, al fine di favorire l'armonia tra la crescita economica, il benessere sociale e la protezione dell'ambiente.

Bibliografia

Bartolucci L., *Le generazioni future (con la tutela dell'ambiente) entrano "espressamente" in Costituzione*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2, 2022

Caravita B., Cassetti L. e Morrone M., (a cura di), *Diritto dell'ambiente*, Il Mulino, Bologna, 2016

Cassetti L., *Riformare l'art. 41 della Costituzione: alla ricerca di "nuovi" equilibri tra iniziativa economica privata e ambiente?* in *Federalismi.it*, 4, 2022

Cecchetti M., *Principi costituzionali per la tutela dell'ambiente*, Giuffrè, Milano, 2000

Cecchetti M., *Virtù e limiti della modifica degli articoli 9 e 41 della Costituzione*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2022

Demuro G., *I diritti della Natura*, in *Federalismi.it*, 6, 2022

Guerra Y., Mazza R., *La proposta di modifica degli articoli 9 e 41 Cost.: una prima lettura*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 4, 2021

Luciani M., *Salute. I. Diritto alla salute - Diritto costituzionale*, in *Enc. Giur. Treccani*, Roma, 1991

Montaldo R., *La tutela costituzionale dell'ambiente nella modifica degli artt. 9 e 41 Cost.: una riforma opportuna e necessaria?* in *Federalismi.it*, 13, 2022

Modugno F. (a cura di), *Diritto pubblico*, Giappichelli, Torino, 2019

Porena D., *Sull'opportunità di un'espressa costituzionalizzazione dell'Ambiente e dei principi che ne guidano la protezione. Osservazioni intorno alle proposte di modifica dell'articolo 9 della Carta presentate nel corso della XVIII legislatura*, in *Federalismi.it*, 14, 2020

Rescigno F., *Quale riforma per l'articolo 9*, in *Federalismi.it*, 2021

Santini G., *Costituzione e ambiente: la riforma degli artt. 9 e 41 Cost.*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2, 2021



Pandemia e “Marmot cities”

Michael Marmot, Institute of Health Equity, University College London

L'Italia è un Paese la cui popolazione gode di buona salute ma questa, tuttavia, non è equamente distribuita. L'Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione, pubblicato nel 2018 dall'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), mostra che il tasso di mortalità per età, per uomini abitanti a Trento e con alto livello di istruzione è di 98/10.000 mentre, lo stesso tasso misurato in Campania per gli uomini con basso livello di istruzione sale a 169/10.000. La differenza di mortalità per le donne è minore dove donne con alto livello di istruzione di Trento hanno un tasso di 72/10.000, rispetto al 99/10.000 per donne con un basso livello di istruzione che vivono in Campania. La differenza per le donne è minore: il tasso di mortalità per donne con alto livello di istruzione che abitano a Trento è di 72/10.000, mentre per le donne con un basso livello di istruzione che vivono in Campania è di 99/10.000. L'Atlante mostra due elementi che influenzano il tasso di mortalità: ampie differenze regionali e, all'interno di ogni Regione, si osserva un gradiente sociale nella mortalità dove donne e uomini con un numero maggiore di anni di istruzione hanno un tasso di mortalità minore rispetto alle persone con istruzione inferiore.

Nel Regno Unito si rileva una situazione simile, con ampie differenze regionali nel tasso di mortalità e nell'aspettativa di vita. All'interno di ogni regione, inoltre, si nota che più l'area residenziale è povera più l'aspettativa di vita è bassa.

Ci sono chiaramente delle differenze politiche, economiche e culturali tra il Regno Unito e l'Italia, come il fatto che il Regno Unito, in un atto di auto-sabotaggio, abbia lasciato l'Unione europea. Si può, tuttavia, imparare molto dal confronto delle misure adottate nei due Paesi. **Obiettivo di questo contributo** è presentare l'esperienza degli ultimi decenni del Regno Unito nell'affrontare le disuguaglianze nella salute e le possibili implicazioni per l'Italia.

Le tre sfide delle disuguaglianze nella salute

La prima sfida è legata a ciò che è successo prima della pandemia. La salute della popolazione nel Regno Unito ha subito un peggioramento dal 2010 e l'aumento della speranza di vita registrato fino ad allora ha subito un significativo rallentamento; inoltre sono aumentate le disuguaglianze nella speranza di vita tra le aree più ricche e quelle più povere, con una marcata diminuzione nelle aree più deprivate. La domanda è: cosa è successo nel 2010?

Dopo le elezioni di quell'anno si è insediato un governo guidato da una coalizione conservatrice. È plausibile che le politiche adottate abbiano contribuito a un peggioramento della salute della popolazione. La priorità del governo era l'austerità con il cambiamento nelle principali politiche dello Stato. Nel decennio successivo al 2010 la spesa pubblica è stata ridotta dal 42% al 35% del Pil. Ci sono stati, inoltre, anche importanti tagli alle spese da parte dei governi locali. Più un'area era povera, maggiori



erano i tagli: nel 20% delle aree più benestanti la spesa per persona è scesa del 16%, mentre nel 20% delle aree più povere è scesa del 32%.

La seconda sfida è rappresentata dalla pandemia. All'inizio dello scoppio della pandemia da COVID-19, molti commentatori hanno affermato, nel Regno Unito come in Italia, che la pandemia avrebbe ridotto le disuguaglianze in quanto tutta la popolazione era a rischio. Si sbagliavano. La pandemia ha reso evidenti e amplificato le disuguaglianze presenti nella società.

La terza sfida è la crisi del costo della vita. La ripresa dalla pandemia, i problemi della catena di fornitura e l'invasione dell'Ucraina da parte della Russia hanno influenzato i prezzi. L'inflazione ha colpito, in particolare, il settore agroalimentare ed energetico. Cibo ed energia costituiscono una quota significativa delle spese domestiche delle persone a basso reddito. Un'inflazione media del 10% si concretizza in un'inflazione dell'8% per il 10% della popolazione più ricca e del 14% per il 10% più povero.

Un calo del 3-4% nel reddito di chi si trovava già sulla soglia della povertà prima dell'aumento del costo della vita sarà una minaccia per la loro dignità. Rivolgersi ai banchi alimentari per far mangiare la propria famiglia, indossare due cappotti in casa per stare al caldo e annullare la festa di compleanno dei propri figli e figlie per via del costo possono rappresentare una minaccia per la dignità di una persona e danneggiarne la salute, rendendo impossibile soddisfare i bisogni fisici e provocando stress per l'aumento della povertà.

Azioni a livello urbano e regionale

Nella Marmot Review del 2010 sono stati indicati **sei ambiti di azione** per assicurare:

- la migliore infanzia possibile a ogni bambino e bambina;
- educazione e formazione continua;
- occupazione e condizioni lavorative;
- reddito minimo per una vita salutare;
- luoghi sani e sostenibili dove vivere e lavorare;
- un approccio alla prevenzione attento ai determinanti sociali.

Come già sottolineato, l'azione del governo nazionale non ha recepito tali raccomandazioni. Sono state, tuttavia, prese misure da altri parti. La città inglese di Coventry si è proclamata una **"Marmot city"**. Ha preso i **"Marmot six"**, le sei raccomandazioni, e li ha posti alla base dei piani della città per il futuro. Un altro esempio è dato dalla Greater Manchester, un'area urbana che comprende nove autorità locali, oltre alla città di Manchester. L'Institute of health equity - University College London è stato invitato a lavorare con Greater Manchester per elaborare i piani per una salute migliore e più equa. Il risultato è stato il documento **"Build Back Fairer in Greater Manchester: Health Equity and Dignified Lives"** (Ricostruire l'equità nel Greater Manchester: equità nella salute e vite dignitose).

Stiamo ora lavorando in città e regioni dell'Inghilterra e del Galles. **Lavorare a livello territoriale** significa coinvolgere l'amministrazione locale, i servizi sanitari e di cura, le associazioni di volontariato, religiose e della comunità e altri e altri settori pubblici come l'istruzione, i vigili del fuoco e la polizia.

Un evidente elemento mancante è il settore privato. Tuttavia, una delle maggiori compagnie di assicurazione europee, Legal and General, all'UCL Institute of Health Equity ha chiesto consiglio all'UCL Institute of Health Equity su come agire per migliorare l'uguaglianza in ambito sanitario. Abbiamo pubblicato un report sul tema dal titolo **"The Business**



of Health Equity: The Marmot Review for Industry” (il business dell’equità nella salute: la Marmot Review per le aziende). Abbiamo individuato tre aree in cui le aziende possono intervenire per contribuire positivamente al miglioramento dell’uguaglianza nella salute: qualità dell’occupazione, beni e servizi e impatto più ampio sulla società, sulla comunità e sull’ambiente.

Grazie alla collaborazione con Legal and General stiamo creando una rete di “Marmot cities” e regioni che coinvolgano gli attori pubblici locali e quelli privati.

L’azione locale è importante perché può essere più focalizzata sulle condizio-

ni in cui le persone sono nate e in cui crescono, vivono, lavorano ed invecchiano (i determinanti sociali della salute). In Italia l’azione a livello urbano è già notevole. L’obiettivo ambizioso potrebbe essere creare una rete italiana di città con salute equa e sostenibile che possa collaborare con la rete che stiamo creando nel Regno Unito. Impegnarsi a livello locale non significa deresponsabilizzare il governo centrale. Sono necessarie politiche nazionali dedicate ai determinanti sociali della salute. Confidiamo, tuttavia, nelle azioni stimolanti a livello locale per creare società più giuste.

Bibliografia

Marmot M., *Fair society, healthy lives: the Marmot review; strategic review of health inequalities in England post-2010*, [S.l.]: The Marmot Review, 2010

Marmot M., *Health Equity in England: the Marmot Review 10 Years*, On. BMJ, 2020.

Marmot M., Allen J., Goldblatt P., Herd E. e Morrison J., *Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England*, London, Institute of Health Equity, 2020

Marmot M., Allen J., Boyce T., Goldblatt P. e Morrison J., *Build Back Fairer in Greater Manchester: Health Equity and Dignified Lives*, London, Institute of Health Equity, 2021

Marmot M., Alexander M., Allen J. e Munro A., *The Business of Health Equity: The Marmot Review for Industry*, London, Institute of Health Equity, 2022



Conclusioni

I contributi presenti in questo Quaderno hanno voluto offrire uno spunto di riflessione e di approfondimento sui principali effetti della pandemia in diversi settori della nostra società, non dimenticando gli esiti sul nostro equilibrio psicofisico.

La pandemia da COVID-19, infatti, rappresenta un'emergenza sanitaria globale che ci ha reso più insicuri e fragili aprendoci gli occhi di fronte al fatto che, in un'epoca globalizzata, **siamo tutti interconnessi e interdipendenti** ed è assolutamente necessario porre la salute globale come priorità nelle politiche locali, nazionali e globali, come previsto dall'Agenda 2030 dell'ONU.

La pandemia ci ha anche portato a **riflettere sulle conseguenze negative dell'attuale modello di sviluppo economico** (basato solo su indicatori economici), che ha provocato una distribuzione sempre più iniqua delle risorse e della ricchezza prodotta e un aumento delle disuguaglianze sia all'interno dei Paesi che tra i Paesi. Oltre a ciò, la pandemia ha messo in luce quanto il rapporto fra economia e salute sia un concetto fondamentale, da riconsiderare in un'ottica di **"economia del benessere"** (una disciplina economica che prende spunto dall'equilibrio economico generale di stampo keynesiano) il cui obiettivo ultimo è la tutela del benessere umano e dell'ambiente, garantendo equità e dignità personale.

Una delle conseguenze negative della globalizzazione basata sul profitto è stata quella dell'accesso disuguale ai vaccini contro il virus SARS-Cov-2. Se infatti si è arrivati ad ottenere in tempi rapidissimi dei vaccini efficaci e sicuri grazie alla stretta cooperazione del mondo scientifico e delle istituzioni pubbliche di molti Paesi, la distribuzione mondiale è stata rallentata dalle norme relative alla proprietà intellettuale da parte delle industrie farmaceutiche, per cui la distribuzione del vaccino ha seguito più le logiche economiche e di mercato che non quelle sanitarie.

Questo, oltre ad essere inaccettabile in termini di rispetto dei diritti e della dignità umana, ha ridotto, di fatto, i vantaggi della cooperazione internazionale che hanno portato allo sviluppo di un vaccino efficace in tempi brevi e che, molto probabilmente, ha allungato i tempi necessari per debellare la pandemia, consentendo al virus di riprodursi e diffondersi. Altro tipo di sfida è quella legata alla logistica e alla presenza delle infrastrutture necessarie alla conservazione dei vaccini. In molti Paesi africani le strutture sanitarie non sono adeguatamente attrezzate per somministrare il vaccino.

In questo scenario, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), definendo "vaccino apartheid" la situazione creata con i vaccini contro il virus SARS-Cov-2, ha deciso di avviare un processo di consultazione globale per redigere un **"Trattato Pandemico Globale"** che punti a rafforzare la prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie future. Sotto l'egida dello statuto OMS, il trattato si propone di affrontare i principi di diritto alla salute, l'accesso universale alle cure e le regole secondo cui la proprietà intellettuale e le conoscenze necessarie per sviluppare e produrre tecnologie sanitarie essenziali per il contrasto di future pandemie diventino beni pubblici globali in epoca di pandemia. L'OMS stima, però, che occorreranno molti anni per



arrivare a un trattato pandemico globale condiviso da tutti gli Stati membri e che molto dovrà esser fatto per vederlo applicato.

Parallelamente, in risposta alla preoccupazione dei Paesi economicamente svantaggiati, il mondo delle organizzazioni no profit si è organizzato per promuovere iniziative a sostegno di un'assistenza sanitaria universale e gratuita. L'Alleanza per il vaccino popolare (*People's vaccine Alliance*) nasce dalla collaborazione di più di cento organizzazioni e reti a cui hanno anche aderito esperti di salute, economisti, premi Nobel, politici e leader religiosi per promuovere la richiesta di un vaccino COVID-19 gratuito e disponibile per tutte e tutti. Partendo dal vaccino COVID-19, le organizzazioni no profit attive nel promuovere il rispetto dei diritti umani, la cultura della pace e della solidarietà e il diritto alla cura hanno richiamato l'attenzione sulla più ampia problematica dell'accesso ai medicinali, alle terapie e alla diagnostica, ancora fortemente influenzata dai meccanismi di concorrenza industriale e di monopolio delle aziende produttrici.

D'altra parte è noto che il **diritto alla salute**, inserito dal 1948 nella "Dichiarazione Universale dei Diritti Umani" dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, è **nella pratica spesso disatteso**, non solo nei Paesi martoriati da guerra e povertà, ma anche in Paesi a reddito medio alto come l'Italia, tra i pochi Paesi nel mondo a vantare un'assistenza sanitaria universalistica e la tutela della salute per tutte e tutti come principio fondante della propria Costituzione (Art.32). In questo contesto, nonostante l'Italia possa contare su leggi evolute e lungimiranti per la tutela della salute, molti importanti obiettivi aspettano ancora di essere attuati. E non va dimenticato che uno dei principali problemi risiede nelle risorse messe a disposizione del sistema salute e nella capacità di utilizzo e distribuzione delle stesse. I fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sono, da questo punto di vista, un'opportunità di rilancio e anche di ripensamento dell'offerta sanitaria alla luce di quanto appreso dall'esperienza del COVID-19, in particolare grazie al previsto potenziamento delle cure primarie, dell'assistenza territoriale e di prossimità a garanzia di una maggiore equità e del superamento di un modello di sanità aziendalizzata e fortemente ospedale-centrica, più focalizzata sulla terapia che non sulla prevenzione.

La pandemia ha anche accentuato lacune e inadempienze pre-esistenti relative alla contrazione del personale sanitario, ricordandoci che il numero per abitanti è notevolmente inferiore in Italia rispetto alla media europea, e anche che i livelli retributivi sono molto più bassi rispetto ai grandi Paesi europei con cui siamo soliti confrontarci. Eppure, la tenuta del sistema sanitario durante le ondate pandemiche è stata positiva, e ciò è avvenuto proprio grazie alla competenza e all'impegno dei professionisti sanitari. Il che rimanda alla scarsa considerazione che in Italia persiste rispetto al capitale umano in generale e specialmente al personale sanitario. La carenza organizzativa, la cronica riduzione del personale in organico, unita alla scarsità di strutture attive determina i cosiddetti "deserti sanitari" in cui si riscontrano disuguaglianze nella fruizione e/o nell'accesso ai servizi. A ciò si aggiunge il fatto che, durante la pandemia, è peggiorata la continuità assistenziale per tutte le patologie NON-COVID-19, con una diminuzione drastica dell'accesso ai servizi, e un "effetto *rebound*" (incremento di richieste successivo all'allentamento delle misure restrittive).



E ancora, nonostante la pandemia abbia avuto un importante impatto psicologico sulla popolazione generale e in particolare su alcuni gruppi più fragili (quali anziani, donne e adolescenti), le azioni di coordinamento e di concreto intervento hanno presentato notevoli criticità sia a livello nazionale che regionale, specie per ciò che riguarda la salute mentale, rispetto alla quale le disuguaglianze inter-regionali sono notevoli.

La pandemia ci ha ricordato il rapporto imprescindibile che sussiste tra le persone e il Pianeta, evidenziando la **stretta interconnessione tra salute umana, animale e ambientale secondo il concetto di “One Health”**. Ed è evidente che da questo punto di vista in prima linea ci sono i cambiamenti climatici, che interessano dinamiche sociali complesse e che spaziano dall’immigrazione all’abbandono delle campagne e all’eccessiva urbanizzazione, imponendo la necessità di adottare sempre di più una strategia globale per la tutela della salute e dell’ambiente.

A fronte dell’emergenza climatica e recependo l’approccio *One Health*, l’Italia ha recentemente rafforzato e dato maggiore centralità alla tutela della salute e dell’ambiente introducendo nella Carta Costituzionale integrazioni agli Art.9 e 41 in un’ottica di sviluppo sostenibile. Con queste modifiche non solo si ribadisce che la tutela dell’ambiente e della biodiversità è un principio fondante per il nostro Paese, ma anche che la libera iniziativa economica non potrà svolgersi arrecando danni alla salute e all’ambiente.

In sintesi, la Pandemia da COVID-19 ha senz’altro evidenziato tanto la necessità di una governance globale e intersettoriale che metta insieme il settore sanitario e i settori non sanitari con le rispettive quote di responsabilità, quanto le carenze strutturali proprie dei singoli Paesi e dei propri governi nazionali. In questo contesto, azioni a livello locale (urbano e regionale) che coinvolgono l’amministrazione locale, i servizi socio-sanitari e di cura, le associazioni e il mondo civile potrebbero rappresentare un primo step verso la creazione e lo sviluppo di luoghi, in cui nasciamo, cresciamo, lavoriamo e viviamo, sani e sostenibili sul modello delle *Marmot Cities*. Impegnarsi a livello locale non significa deresponsabilizzare il governo centrale ma al contrario essere da modello implementando concretamente azioni per creare società più giuste.



Lista autrici e autori:

Sara Albiani, Oxfam Italia

Giovanni Baglio, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - AGENAS

Silvio Brusaferrò, Istituto Superiore di Sanità

Raffaella Bucciardini, Centro Nazionale per la Salute Globale dell'Istituto Superiore di Sanità

Chiara Cadeddu, Università Cattolica del Sacro Cuore Roma, Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica - Sezione di Igiene

Duilio Carusi, Fondazione Bruno Visentini, Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

Carla Collicelli, ASviS e CNR - CID Ethics

Carla D'Angelo, Commissione Centrale Medica CAI - Club Alpino Italiano

Massimo De Rosa, Fondazione Èbbene

Erica Eugeni, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - AGENAS

Carolina Facioni, Istat, Aiquav - Associazione Italiana per gli studi sulla Qualità della Vita e IIF - Italian Institute for the Future

Claudio Gatti, HelpAge Italia Onlus

Anna Maria Giammarioli, Centro Nazionale per la Salute Globale dell'Istituto Superiore di Sanità

Flavio Lirussi, Università di Padova e Società Italiana Promozione di Salute

Eloise Longo, Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento di Neuroscienze

Lucio Maciocia, Italia Nostra Onlus, Società Italiana Promozione di Salute, Asl Frosinone

Michael Marmot, Institute of Health Equity - University College London

Alessandro Messeri, Consorzio LaMMA - Laboratorio di Monitoraggio e Modellistica ambientale per lo sviluppo sostenibile, e Fondazione Clima e Sostenibilità

Rossella Miccio, Emergency ONG Onlus

Aldo Morrone, Istituto San Gallicano - IRCCS

Fulvia Passananti, ASviS

Walter Ricciardi, Università Cattolica del Sacro Cuore Roma, Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica - Sezione di Igiene

Francesco Salustri, Fondazione Tor Vergata, Università degli Studi Roma Tre e University College London

Fabrizio Starace, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche AUSL Modena,

Jacopo Tomasina, Emergency ONG Onlus

Stefano Vella, Università Cattolica del Sacro Cuore Roma, Dipartimento Sanità Pubblica

Erio Ziglio, Health University of Applied Studies - FhG, Innsbruck, Austria

Finito di stampare a ottobre 2022 a Roma presso EDITRON s.r.l



Quaderni
dell'ASviS

ISBN 979-12-80634-13-9



9 791280 634139