



Quaderni
**DIRITTO ALLA
SALUTE E DIRITTO
ALLA CURA**

Il presente lavoro raccoglie gli interventi della conferenza tenutasi Sabato 10 Ottobre 2015 presso il Sermig dal titolo "Diritto alla salute e diritto alla cura" organizzato dal Gruppo Di Lavoro DUPP (Diritti Umani Psicologi Piemonte) in seno all'Ordine degli Psicologi del Piemonte. L'incontro era rivolto ad educatori professionali, psicologi, psicoterapeuti, medici, assistenti sanitari, infermieri e assistenti sociali.

L'obiettivo della conferenza è stato quello di approfondire quali siano le problematiche che potessero intercorrere nella relazione tra la tutela dei diritti umani e l'agire professionale di coloro che lavorano nelle relazioni di aiuto. L'intento è stato quello di costruire spazi di riflessione per analizzare verso quali direzioni si stiano muovendo gli sforzi di chi opera per preservare un diritto alla salute all'interno di un sistema di cura complesso che porta con sé criticità e contraddizioni.

Indice

CAPITOLO 1

Alcune note su psicologia e Diritti umani

di *Maria Teresa Fenoglio*

CAPITOLO 2

Il "non detto" delle disuguaglianze

di *Matteo Bessone*

CAPITOLO 3

Minacce al Diritto alla salute

di *Leopoldo Grosso*

La lunga marcia del diritto alla salute e dei diritti sociali
Modifica del titolo v della costituzione e livelli essenziali di assistenza
I diritti delle carte costituzionali sono diritti di carta?
"La povertà è la peggiore delle malattie"
La contrazione dei servizi e delle prestazioni
Crescente privatizzazione del mercato della salute
Individualismo liberista e attacco ai "beni comuni"
Stili di vita e determinanti di salute
Per una reale democrazia della Farmacopea
La via giudiziaria alla tutela della salute e il volontariato dei diritti
Per uno statuto dei diritti degli esclusi

CAPITOLO 4

Le disuguaglianze di salute

di *Giuseppe Costa e Morena Stroschia*

Geografie sociali e geografie di salute
Carta di identità delle disuguaglianze di salute
I meccanismi di generazione delle disuguaglianze
Crisi e disuguaglianze
Quali azioni?

CAPITOLO 5

Individuo o comunità: una scelta obbligata?

di *Jean-Louis Aillon*

Giustizia sociale: questione di vita o di morte
Salute bene comune
Il nostro ruolo

CAPITOLO 6

La crisi economica e i "tagli" alla spesa sanitaria

di *Fabrizio Starace*

Le conseguenze della riduzione della spesa sanitaria sulla salute dei cittadini
Le dannose conseguenze sulla popolazione portatrice di sofferenza psichiatrica
Reinvestire sulla salute

CAPITOLO 7

PER UN CAMBIO DI PARADIGMA CULTURALE

di *Maurizio Pallante*

I relatori

Maria Teresa Fenoglio

Psicologa, Presidente di Psicologi per i Popoli-Torino, Responsabile delle squadre SPES operanti in convenzione con il 118, Caposquadra del Nucleo Psicologi di ANA, Professore incaricato del Laboratorio in Psicologi dell'emergenza alla Facoltà di Psicologia dell'Università di Torino

Matteo Bessone

Psicologo, psicoterapeuta in formazione, fondatore dello Sportello TiAscolto!, membro del gruppo di lavoro dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte DUPP “Diritti Umani Psicologi Piemonte”

Leopoldo Grosso

Psicologo, psicoterapeuta, vicepresidente del Gruppo Abele, responsabile dell'Università della Strada, consulente di istituzioni comunali e regionali e autore di numerose pubblicazioni in materia di dipendenze e consumi

Giuseppe Costa

Medico specializzato in Medicina del Lavoro e in Igiene e Medicina Preventiva, Epidemiologo in Regione Piemonte dove è Direttore del Servizio di riferimento regionale di Grugliasco (TO)

Jean-Louis Aillon

Medico, psicoterapeuta presso il Centro Frantz Fanon, Dottorando in Antropologia e Psicologia all'Università di Genova, autore del saggio “La decrescita, i giovani e l'utopia: comprendere il disagio per riappropriarsi del nostro futuro”, portavoce della Rete Sostenibilità e Salute

Fabrizio Starace

Psichiatra Direttore della Struttura Complessa di Psichiatria Territoriale e del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Modena.

Il Gruppo di Lavoro Diritti Umani Psicologi Piemonte dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte è composto da: Maria Teresa Fenoglio, David Barbaglia, Guido Leonti, Elisabetta Vaira, Enrico Todesco, Matteo Bessone, Stella Brancato.

Hanno contribuito alla stesura del presente documento anche Marcella Cernicchiaro e Leopoldo Grosso

Alcune note su Psicologia e Diritti umani

di *Maria Teresa Fenoglio*

I tempi che stiamo vivendo, segnati dalla recrudescenza di ogni forma di violazione dei diritti umani e della domanda ineludibile di una vita pacifica e dignitosa, ci impongono di mettere al servizio di quanti soffrono per la violazione dei più elementari diritti, il pensiero, i paradigmi e gli strumenti specifici della psicologia.

Su iniziativa di un piccolo gruppo costituitosi negli anni passati presso l'Ordine degli Psicologi del Piemonte, era stato dato vita a un Tavolo “Psicologia e Diritti Umani” e a una iniziativa convegnistica che ha avuto luogo presso la Fabbrica delle E, Gruppo Abele, e che ha riscosso molto interesse. Oggi, a scenari parzialmente mutati, un gruppo di colleghi facenti capo ad associazioni che hanno messo l'impegno sociale al centro dell'aiuto psicologico, Caritas, Gruppo Abele, Psicologi per i Popoli, Mamre, ed alcune associazioni di giovani Psicologi, si è costituito in GDL all'interno dell'Ordine. Abbiamo così pensato di riprendere in mano le iniziative dando ad esse più continuità e vigore. A questa intenzione ci spingono non solo l'aggravarsi degli scenari internazionali e nazionali (si pensi ai richiedenti asilo, alle nuove e vecchie povertà, alle sempre più gravi forme di emarginazione ed esclusione sociali), ma considerazioni in merito alla nostra professione.

Riteniamo infatti che la psicologia e gli psicologi siano in grado di dare risposte specifiche, professionali e utili in ambiti in cui si stanno muovendo ONG, gruppi e istituzioni su basi non sempre sufficientemente professionali, ma forse più sensibili di noi alle problematiche collettive.

Nella comunità degli psicologi, nonostante molte presenze individuali a tutela dei diritti, l'attenzione ai contesti in cui il disagio mentale si sviluppa si è sempre più affievolito, perdendosi il nesso tra condizioni sociali e sofferenza psicologica. Abbiamo assistito negli ultimi 20 anni, in maniera sempre più pervasiva, al restringimento delle aree di applicazione della psicologia e all'impoverimento dei suoi paradigmi, spesso diventati molto “tecnici”. Il crollo del welfare e le difficili prospettive professionali dei giovani hanno così allontanato la concreta possibilità ma anche la concezione di una professione al servizio delle comunità sociali, tesa alla promozione del benessere, dei valori della convivenza, dell'accoglienza, dell'arricchimento interculturale e della solidarietà. Non soltanto la rinuncia a questa ottica ci sembra sbagliata da un punto di vista etico, ma ci appare come un grave errore in termini di mancata valorizzazione della nostra professione. Raramente la voce degli psicologi è considerata un punto di vista di cui tenere conto per comprendere i fenomeni sociali. Sono ben poche le occasioni in cui la psicologia e gli psicologi si confrontano con altre visioni professionali, offrendo il proprio specifico contributo. Il silenzio della psicologia di fronte agli eventi globali si è fatto assordante. A parte pochi pionieri, gli

psicologi appaiono estranei alle sorti del mondo, alla ecologia, alla economia, alle guerre, al dialogo tra le popolazioni, ai mutamenti globali. Da loro, nonostante in passato si abbiano avute tante testimonianze e oggi vi sia qualche voce singola, sembra non scaturisca abbastanza.

Questo dato stupisce, perché da una indagine svolta sempre a cura dell'Area Psicologia e Diritti Umani dell'Ordine, risulta in realtà siano tanti i colleghi impegnati in prima persona nei diversi settori inerenti i Diritti Umani (sul sito dell'Ordine del Piemonte la ricerca è pubblicata).

Ciò che è mancato, oltre che evidentemente un sostegno culturale a una psicologia orientata al sociale e ai diritti, è una alleanza tra i colleghi sensibili a queste istanze. Una rete permanente, che possa risultare un punto di riferimento ben identificabile, in grado di offrire stimoli e prospettive.

Il GDL che ha organizzato questo evento, attivo presso l'Ordine degli Psicologi del Piemonte, a cui seguiranno altri due, uno su psicologia e giustizia e l'altro sul diritto all'ambiente salubre, da tenersi a Casale, ha proprio questo intento, e cercherà di operare in direzione della valorizzazione di quanto già esiste e del pensiero su quanto sarà necessario e possibile.

Il "non-detto" delle disuguaglianze

di *Matteo Bessone*

“Ogni parola ha delle conseguenze, ogni silenzio anche” sosteneva Sartre e si sa, ce lo insegna anche Vygotskij, tramite il linguaggio si sviluppano le nostre facoltà di pensiero e queste, a loro volta, ci permettono di acquisire una metacognizione che svincola le nostre azioni dalla necessità arricchendole di libertà. Anche se non è possibile etichettare con le parole ogni ambito di esperienza, in mancanza di un certo numero di parole in grado di circoscrivere le esperienze, non ci è data la possibilità di sviluppare un pensiero e un significato per tale esperienza.

A partire da tale considerazione quindi, quali sono le parole, che più di altre, in questo preciso momento storico, descrivono la nostra pratica professionale? Negli ultimi dieci anni credo si stia assistendo a quella che Foucault (1985) definisce un’“esplosione discorsiva” nell’ambito psicologico il cui risultato è il proliferare di termini come: stili di vita, trauma, tecnica, protocollo, autonomia, evidence-based, tutti termini che rimandano in maniera più o meno esplicita ad una specifica concezione del modo di intendere il nostro lavoro, il nostro ambito di competenza, il nostro approccio e anche il nostro “oggetto” di lavoro, l’uomo. All’interno di tale esplosione discorsiva, soprattutto in ambito clinico, la persona appare essere spesso separata contesto, sembra poter essere un individuo, isolato e isolabile dall’ambiente che lo circonda, strappata via dal contesto che la costituisce. Non sempre la psicologia sembra in grado di prendere seriamente in considerazione il contesto in cui essa e le persone si muovono; il proprio mandato sociale sembra essere stato oscurato ed sostituito da una concezione di psicologia al servizio dei molti individui che le si rivolgono. L’aspetto sociale è stato ridotto all’aspetto individuale, le analisi di contesto troppo spesso non sembrano essere di pertinenza degli psicologi.

Fortunatamente però, accanto a tale tendenza, se ne osserva una di senso opposto, in grado di integrare più che di separare. Emblematico in tal senso appare il crescente interesse verso la mente-corpo o il corpo-mente, due facce di una stessa medaglia il cui rapporto sta portando notevoli progressi in molti ambiti anche di ricerca. Ma se ci fermiamo, ancora una volta, forse ci accorgiamo che a tale medaglia manca una faccia, la terza, oppure, se preferiamo, uno spazio all’interno del quale sia possibile immaginare tale medaglia. Nuovamente l’ambiente, che si relaziona con la persona e con i suoi vincoli biologici, è stato offuscato. Anche all’interno delle più lodevoli spinte all’integrazione, come la psiconeuroimmunoendocrinologia, l’ambiente viene considerato tramite una lente scientifica, esclusivamente per il reciproco impatto che ha sull’espressione genica. Spesso il materiale a cui facciamo riferimento, spinti da un desiderio di autorevolezza e di credibilità, che crediamo solo studi validati scientificamente possano consentirci di conquistare, appartiene al floridissimo e indubbiamente utile ambito medico. La relazione diventa così scomponibile in una moltitudini di valori misurabili, controllabili e prevedibili. Preferiamo

rifugiarsi nel dato validato biomedico "oggettivo" (e oggettivante) piuttosto che andare alla ricerca di un discorso sul senso e sui significati più tipico delle scienze sociali e delle scienze umane. Che cosa è stato del paradigma bio-psico-sociale? Che fine ha fatto la dimensione sociale? Dove è finito il contesto da cui emergiamo e che ci configura come esseri-nel-mondo?

Nel processo diagnostico (non qui inteso in senso strettamente classificatorio ma in senso ampio) quale peso riusciamo concretamente ad attribuire all'ambiente, l'aspetto -socio-, nello strutturarsi di particolari ipotesi psicodiagnostiche e particolari forme di malattia? Come è ormai noto il contesto (non solo quello familiare, ma anche quello socio-economico, che si plasma all'interno di dinamiche globali) ha un peso molto grande nel generare e distribuire salute e malattia. Da questo particolare punto di vista, la salute e la malattia si configurano anche (ed è proprio a partire dalla consapevolezza della presenza di questo "anche" che muovo queste riflessioni) come un processo sociale, economico, politico e culturale.

Alla luce di questa consapevolezza, che possiamo dare per assodata e se vogliamo, per legittimare con autorevolezza tali riflessioni, per scientificamente validata, quale può essere il nostro ruolo come psicologi? Come professionisti, cosa stiamo facendo per lavorare sui contesti che generano sofferenza? Per intervenire, sulla politica, sulla cultura e sull'economia che producono, letteralmente, le forme della malattia, sia in quanto forma di sofferenza che in quanto costruzione socialmente determinata di interpretare alcuni tipi di esperienza? Quanto siamo consapevoli delle proporzioni con cui, secondo la maggior parte degli studi, il contesto socio-culturale, il patrimonio bio-genetico, l'ambiente fisico e il sistema sanitario influiscono sullo stato della salute di un individuo? Secondo l'OMS il contesto socio-economico influisce per il 50%, il patrimonio bio-genetico per il 15%, l'ambiente fisico per il 10% e il sistema sanitario per il restante 25% sulle condizioni di salute, inoltre Dever (2013) sostiene che solo l'11% della mortalità prevenibile sia spiegabile sulla base dei Servizi Sanitari, mentre il rimanente 90% sia attribuibile a fattori biologici e soprattutto ambiente e stili di vita.

Quale è il senso, di fronte a questo quadro, della nostra neutralità? La nostra neutralità, su che ambito si può collocare? Clinico? Sociale? Se è vero che è impossibile non comunicare, la nostra neutralità diventa una difficoltà a prendere consapevolezza delle nostre posizioni. Quanto e come parliamo, pensiamo, agiamo sulla tali disuguaglianza?

Sappiamo, ormai da qualche anno, e ce lo dicono anche autorevoli premi Nobel e ricercatori, che la salute è il prodotto delle disuguaglianze incorporate. Ed ecco così che scopriamo la deprivazione economica come una delle principali cause dei fenomeni di dipendenza, che la trasmissione intergenerazionale può riguardare non solo traumi o lutti non elaborati, ma anche povertà ed esclusione sociale, che l'esposizione differenziale a rischi occupazionali ha un effetto molto potente sull'insorgenza di esperienze depressive. Ma quando si parla di salute, molto spesso, l'accento continua ad essere posto sull'individuo,

operando una sistematica selezione di quegli aspetti che ineriscono l'individuo, eludendo discorsi di processo sul contesto socio-economico-strutturale che plasmano più di qualsiasi altro fattore le forme con cui malattia e salute si distribuiscono con ottimi gradi di precisione nella popolazione. È la deriva degli stili di vita, la mistificazione della responsabilità sociale che si accompagna ad un'accentuazione dell'individualismo che domina la nostra cultura. Non è un caso che nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 le parole “stili di vita” compaiano ventisei volte mentre quella “determinanti sociali” solamente due.

Foucault parlava a questo proposito della logica della censura, che in un'ottica di psicologia individuale, potremmo ridefinire come “non-detto”. Per Foucault si crea un legame tra l'indicibile, l'inesistente e l'illecito. Tale responsabilità sociale, appare censurata da un certo modo di intendere il nostro operare. Nell'impossibilità di nominarla, essa scompare nell'inesistenza e ogni tentativo di evocarla appare illecito. Ma per una professione come quella dello psicologo, al di là delle preferenze teoriche, come è possibile offuscare il mandato sociale dal quale prende forma e vita? Parole come diritti umani, disuguaglianze, bene comune, sembrano scomparse dal nostro linguaggio e dalle nostre teorie operative (probabilmente perché difficili da operationalizzare, quantificare, controllare e predire) e qualora compaiono vengono additate di idealismi o ideologismi che non hanno niente a che vedere con la neutralità ambito clinico, inteso come ambito tecnico, in cui sia possibile operare sul malessere come un chirurgo opera su una cisti.

È importante riflettere sul linguaggio che abbiamo costruito per raccontarci e raccontare le nostre esperienze, per dare forma alle nostre teorie e ai nostri interventi. I termini che utilizziamo hanno un valore importante nell'attribuire una connotazione politico-sociale (non partitico!) e/o depoliticizzante, medico e/o demedicalizzante. Non è un caso se l'acronimo PHC, inizialmente significante Primary Health Care si sia trasformato, con il passare del tempo in Personalized Health Care.

Se come scienziati lottiamo per la semplificazione, ben consapevoli del rischio di riduzione del senso che questa comporta, come professionisti abbiamo a che fare con la complessità.

Abbiamo la responsabilità, nei confronti della società di cui vorremmo occuparci, di non trascurare gli aspetti di complessità che caratterizzano il nostro lavoro, di uscire dall'ambito ipertecnistico per abbracciare con rigore la complessità che viene solo dall'integrazione con altri domini della conoscenza (economia, sociologia, antropologia, scienze politiche)

Da questo punto di vista sono due le azioni con cui crediamo sia necessario confrontarsi: la prima è una presa di consapevolezza, anche all'interno della psicologia clinica, dell'importanza cruciale del contesto socio-economico-culturale nel determinare forme di sofferenza. Tale consapevolezza non può che costringere a rivedere in noi quegli aspetti, dati per scontati, che nel nostro operare co-determinano il riprodursi di quei meccanismi

che, a livello, sociale, producono e mantengono la sofferenza. Non sarebbe responsabile esimersi da tale aperto confronto con le nostre pratiche barricandoci difensivamente dietro alla bandiera della neutralità e del primato assoluto e incontrovertibile delle evidenze scientifiche. La pratica clinica rappresenta e dà forma ai valori di una società. Tale società è responsabile, tanto quanto lo è l'individuo di alcune esperienze di sofferenza. Questa consapevolezza non è rassicurante, ma ci costringe ad uno sforzo in cui, nella tolleranza dell'incertezza, siamo costantemente obbligati ad prendere atto di cosa, nel nostro operare clinico, rischia di rivelarsi, ad un'indagine più ampia iatrogeno. La seconda azione che si rende necessaria inerisce la costruzione di pratiche, linguaggi e teorie che possano indagare l'ambito delle disuguaglianze come fattore eziopatologico. In quest'azione appare opportuno uno spostamento del focus dell'intervento dall'individuo alla comunità che viene così ad assumere il significato di contesto familiare per la persona che la abita. Per tale tipo di intervento l'obiettivo è quello di riportare alla luce i legami presenti tra la persona e la propria comunità, le reciproche influenze e responsabilità.

Minacce al diritto alla salute

di Leopoldo Grosso

La lunga marcia del diritto alla salute e dei diritti sociali

Il diritto alla salute è ben radicato e saldo nel nostro ordinamento giuridico. I 565 “Padri costituenti” (in realtà c’era anche uno sparuto gruppo di “madri”) che nel 1948 hanno dato forma alla nostra Costituzione ribadiscono nell’articolo 32 che la Repubblica tutela la salute come “fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”. Il lungo percorso storico della affermazione dei Diritti in Europa, iniziata con l’ affermazione dei diritti civili e proseguita con la conquista dei diritti politici, sta cercando oggi di concretizzarsi con l’ affermazione dei diritti sociali (il loro primo significativo “sdoganamento “ risale al periodo di ricostruzione del secondo dopoguerra). Se l’ onda lunga dell’estensione della conquista dei diritti politici da parte delle donne costituisce un fatto ancora relativamente recente (In Inghilterra le donne hanno avuto il primo accesso al voto tra la Prima e la Seconda Guerra Mondiale; in Italia nel 1948; in Svizzera solo nel 1970), l’affermazione dei diritti sociali è invece un cantiere aperto da relativamente poco tempo. Non a caso i diritti sociali sono definiti “diritti di terza generazione” (dopo i civili e i politici). Il solo diritto alla salute, forse perché è il più prossimo al diritto alla vita, è il più tutelato nel nostro ordinamento e costituisce un diritto esigibile (se negato ci si può rivolgere ad un’Autorità terza, che ne ri-stabilisce la legittimità), opportunità che invece non si riscontra oggi per la stragrande maggioranza dei diritti sociali.

Modifica del titolo v della costituzione e livelli essenziali di assistenza

Nel 2001 con la modifica al Titolo Quinto della seconda parte della Costituzione, muta l’art. 117, in cui si sottolinea che alcune competenze sono di materia esclusiva dello Stato (e non delle Regioni o di altri Enti locali): politica estera, difesa... fino ad arrivare alla definizione delle prestazioni concernenti la soddisfazione dei diritti civili e sociali, che assumono una forma precisa nei Livelli Essenziali di assistenza (LEA). La definizione dei LEA, i cosiddetti interventi minimi irrinunciabili a livello sanitario e sociale a cui un cittadino ha diritto, viene sottratta alla discrezione regionale e rimane di esclusiva competenza dello Stato, che ha anche il compito di vigilare che gli standard minimi vengano realizzati in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, proprio per il vincolo del potere statale alla sola definizione degli standard minimi, la conseguenza è che i diritti sociali, e primo fra tutti il diritto alla salute, diventano “geo-referenziati”, dipendenti dalla variabile territoriale-amministrativa in cui si esercitano le competenze di soddisfazione e di tutela. È ormai assodato che il decentramento del potere a livello regionale comporta un elevato rischio di disuguaglianza tra i cittadini italiani: questo accade perché, fatti salvi gli standard dei livelli minimi di assistenza su tutto il territorio nazionale, le diverse Regio-

ni italiane hanno la possibilità di incrementare o meno le relative prestazioni e servizi, in base ai bisogni locali che vengono accertati, all'evoluzione delle nuove risposte scientifiche e tecnologiche possibili, alla disponibilità delle risorse di cui sono dotate e alla qualità della loro gestione. Un esempio significativo di disuguaglianza già accertata ha come oggetto la spesa sociale pro-capite stanziata regionalmente: mentre il Trentino Alto Adige (Provincia autonoma) investe per l'assistenza 304 euro a cittadino ogni anno, la Calabria ne stanZIA invece 26 (l'8% della spesa del Trentino) (ISTAT 2010). Più si slitta dalle prestazioni sanitarie ("bene o male" garantite dalle Asl) a quelle socio-sanitarie (che dovrebbero realizzarsi in integrazione tra Asl e Comuni) ed a quelle assistenziali (le cui risorse dipendono esclusivamente da Comuni e Consorzi di Comuni) più il rischio di disuguaglianza sul piano nazionale diventa molto più evidente.

I diritti delle carte costituzionali sono diritti di carta?

Le misure per realizzare i diritti sociali (complementari al diritto alla salute) sono atti dovuti, come stabilito dal II comma dell'art. 3 della nostra Costituzione che cita "... È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini impediscono il pieno sviluppo della persona umana". Il diritto che vi si afferma non è solo descrittivo, ma è esplicitamente impegnativo, in quanto il secondo comma dell'Art. 3 Cost. indica chiaramente che la strada per garantire nei fatti la libertà e l'uguaglianza dei cittadini consiste nel rimuovere gli ostacoli sostanziali che ne impediscono il raggiungimento. Lo Stato Sociale nella Costituzione Italiana non è un'opzione politica, ma un principio giuridico vincolante, anche se ancora in debito di piena realizzazione. Nella stessa direzione si muove la "Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea" (Nizza 2000): l'art. 35 evoca così la protezione della salute: "Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana" (nella Carta di Nizza l'aggettivo "elevato", quando si riferisce alla Salute, ricorre costantemente). Sulla carta (la Carta italiana e comunitaria) il Diritto alla Salute si configura come ben radicato, ma dalla affermazione di principio alla reale applicazione il percorso è ancora lungo: ed alto è il rischio di incappare in alcune difficoltà di tragitto. Molti venti minacciano oggi il diritto alla salute e il diritto alla cura: Il vento forte della crisi economica che perdura dal 2008; i tagli lineari alla spesa sanitaria che ne sono conseguiti; la privatizzazione crescente del mercato della salute; l'attacco ai beni comuni (scuola pubblica, sistema sanitario nazionale, previdenze) che di fatto redistribuiscono indirettamente reddito ai cittadini, ma le cui prestazioni vengono sempre più subordinate alle risorse e alle scelte di priorità politica.

"La povertà è la peggiore delle malattie"

“La povertà è la peggiore delle malattie” sostiene l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, Report 2011). Inoltre, mutuando e correggendo Shakespeare, aggiunge: “povertà, il tuo nome è donna”, perché il 75% delle persone povere nel mondo appartiene al genere femminile. In Italia, le ultime rilevazioni ISTAT (WWW.Istat/arch.2015), (stime da considerarsi “in difetto” per il cambiamento della modalità di raccolta dati) contano più di 4 milioni di persone in condizioni di povertà assoluta e oltre 7 milioni e 800 mila in condizioni di povertà relativa. L’11% dei cittadini, pur avendone bisogno, rinuncia ad una prestazione sanitaria per ragioni economiche o per difficoltà di accesso al servizio (“Quotidiano Sanità”, 22 marzo 2015), un dato che risulta in costante aumento nel corso di questi ultimi anni. A fronte di un quadro di maggiore povertà della popolazione, invece di investire sull’ampliamento delle misure di welfare, le concomitanti riduzioni di spesa nella scuola e nel Sistema sanitario nazionale fungono paradossalmente da salvadanaio per i Governi, divenendo ambiti da cui traslocare risorse per quelle che sono considerate le priorità nei momenti di crisi.

La contrazione dei servizi e delle prestazioni

Già nel 2012 la spesa sanitaria si colloca (scendendo) al 7,1% del PIL (Eurostat year-book 2015), assestandosi al di sotto della media europea (Gran Bretagna riserva il 7,8% del proprio PIL alla spesa sanitaria, la Germania l’8,6%, il 9% la Francia e, primo dei paesi scandinavi, la Danimarca con il 9,4%). La situazione non è destinata a migliorare: con la conversione del Decreto Legge del 2015, sono previsti altri 2 miliardi e 352 milioni di sottrazione di risorse al Sistema Sanitario Nazionale. Il dato sembra non essere passato inosservato all’OCSE (l’Organizzazione internazionale di Cooperazione e Sviluppo Economico) che fornisce all’Italia un avvertimento ben chiaro già nel 2014, prima della conversione del decreto legge: eventuali riduzioni di spesa avrebbero ulteriori ripercussioni sull’accesso, sui livelli e sulla qualità dell’assistenza sanitaria. Le conseguenze dei tagli si fanno infatti sentire su un ampio arco di fronti: ulteriore blocco del turn-over del personale sanitario, aumento del precariato, aumento della compartecipazione di spesa (ticket) da parte dei cittadini. L’indicatore comparato del numero di occupati in sanità per abitanti (EUROSTAT, Il Sole24- Sanità17-3 2014) è eloquente: in Italia 20 operatori sanitari ogni 1000 abitanti, contro i 33 della Francia, i 34 in Gran Bretagna, i 43 (più del doppio) in Norvegia. La ripercussione sull’efficacia della cura è l’aumento considerevole delle liste d’attesa per la diagnostica e per le visite mediche, i tagli di alcune prestazioni ritenute meno essenziali o di interi ambiti di intervento. La prevenzione è stato l’ambito più preso di mira. Prevenzione universale e prevenzione selettiva sono state dimezzate rispettivamente del 42% e del 39% (Osservasalute 2015). Tra le conseguenze dell’interruzione del turn-over si annoverano l’innalzamento dell’età media degli operatori sanitari e la mancata trasmissione di esperienza e formazione professionale ai pochi giovani assunti, spesso solo precari e a rotazione.

La crescente privatizzazione del mercato della salute

L'altra minaccia che rischia di logorare il Sistema Sanitario Nazionale è quello della spinta, costante e in crescita, alla privatizzazione del mercato della salute. C'è un effetto "paradosso" dei ticket sanitari: dall'inizio della crisi del 2008 il costo dei ticket è salito dal 40 al 65% per visite mediche e diagnostica ("Cittadinanza attiva" 23-10-2015). Provvedimenti che hanno comportato in realtà la diminuzione complessiva delle entrate da ticket, che nel loro insieme sono passate da 287 milioni nel 2012 a 281 milioni nel 2013. A causa dell'aumento della compartecipazione alla spesa le persone accedono meno ai servizi del SSN; oppure preferiscono, con una spesa non troppo superiore, rivolgersi al mercato privato, evitando le liste di attesa. Tra i fruitori del SSN c'è chi è esentato dai tickets per indigenza, chi per le patologie accertate di cui è portatore, chi non è esente e che, per aumenti dei costi di cura e della diminuita fruibilità del S.S.N., si rivolge sempre più al mercato privato della salute. Nel decennio 2000-2010 il giro d'affari della sanità privata è cresciuta del 25,5% ("Sociale.it 17-12-2014, I. Rinaldi "I costi dell'assistenza privata").

Individualismo liberista e attacco ai beni comuni

L'ultima minaccia ai diritti sociali è rappresentata dalla "rivoluzione culturale" del liberismo individualista, che emblematicamente si usa far risalire alla celebre affermazione del premier britannico Margaret Thatcher: "Non esiste una cosa chiamata società, ma solo individui e famiglie" (Intervista 1987) e che costituisce la premessa all'attacco dei beni comuni. In Italia i due principali "beni comuni", il Sistema Sanitario Nazionale ad accesso universale (a partire dal 1978) e la scuola pubblica (dalla grande riforma che introdusse l'obbligo scolastico fino a 14 anni nel 1962-63 con l'istituzione della scuola media unificata) sono le istituzioni che concretizzano più di altri i principi della giustizia sostanziale e dell'uguaglianza, ridistribuendo ricchezza tramite servizi gratuiti a tutti i cittadini e ponendo al centro delle strategie di salute, non solo le persone ma i sistemi sociali. Tutte le "Raccomandazioni" dell'OMS ribadiscono che se si intendono aumentare i livelli di salute della popolazione, non è auspicabile agire sul livello individuale quanto sulla comunità, soprattutto sul piano politico e istituzionale, tramite interventi "strutturali". Appare, in questa prospettiva, inopportuno contrapporre il cambiamento degli stili di vita individuali ai determinanti sociali di salute ed agli aspetti strutturali della società. La vera sfida consiste nell'integrazione dei due approcci. Le evidenze scientifiche sottolineano ormai da anni quanto gli aspetti sociali che condizionano la salute siano fortemente sottovalutati, soprattutto nella pianificazione degli interventi sanitari.

Stili di vita e determinanti di salute

Un "case-study" significativo, relativo alle così dette "malattie comportamentali" concerne l'obesità dei bambini: tra i determinanti di salute più prossimi (determinanti prossimali) vengono individuate le abitudini alimentari e le abitudini motorie;

tra i determinati distali (sociali, così detti “strutturali”) la disponibilità, l’accessibilità, la pubblicità di tutto il “cibo spazzatura”. Tutti gli interventi si concentrano sulle diete e sulle abitudini alimentari dei singoli individui, oltre che sulla correttissima convinzione che i bambini debbano fare tanto movimento, ma quanto tale approccio viene integrato da misure strutturali, in grado di intervenire sui prodotti perché vengano rispettati canoni di salute, sulla distribuzione e sulla reclamizzazione perché venga contenuta l’offerta e il condizionamento socio-culturale? Per contro la focalizzazione quasi esclusiva degli interventi sull’individuo alimenta il proliferare di un mercato della salute, con i suoi eccessi e derive “salutiste”, che possono condurre, ad esempio, fino al ricorso al “life-style trainer”, un professionista preparatore-allenatore, che si fa carico di modificare lo stile di vita della persona che si sente inadeguata al compito. Il “moralismo salutista” comporta la colpevolizzazione individuale dei comportamenti giudicati inappropriati, lasciando totalmente in ombra le determinanti strutturali e senza chiamare in causa le responsabilità di scelte economiche e sociali che inducono e condizionano gli stili di vita individuali. Se le disuguaglianze di salute vengono unicamente ricondotte alla responsabilità individuale dei propri comportamenti, la conseguenza che ne deriva è la messa in discussione del diritto alla cura di chi è “colpevole” della propria malattia. Senza sottovalutare l’importanza della soggettività e della responsabilità dei comportamenti individuali, tuttavia essi rappresentano solo una faccia della medaglia e una parte della verità, che non può essere scambiata per il tutto, e non può occultare la necessità di programmare interventi sui sistemi sociali, che hanno una forte ricaduta sulla sanità pubblica e sul miglioramento della salute dei cittadini in generale, anche e soprattutto quando non si connotano come interventi strettamente sanitari. Non a caso nel Comune, la responsabilità della sanità è in capo al Sindaco, a cui compete il coordinamento di tutte le politiche sul proprio territorio (dall’ambiente, alla casa, al traffico, al welfare...), che tutte insieme convergono nel comporre e definire le determinanti di salute di quel contesto. Quanto i determinanti di salute, e le sue disuguaglianze, siano connessi con lo stato di benessere-malessere delle popolazioni è ben dimostrato dai dati dell’andamento della mortalità infantile dove si registra una prima buona notizia: a livello mondiale la mortalità infantile è scesa da 12 milioni di morti in età perinatale nel 1990, a 5,9 milioni nel 2015, (Report Child Mortality Unicef-OMS ,2015). Purtroppo la cattiva notizia è che di tali bambini muoiono per il 48% nei primi 28 giorni di vita per cause prevedibili: prematurità, complicanze del parto, polmonite, diarrea, stepsi, malaria e, “naturalmente”, malnutrizione. È una mortalità “geo-referenziata” dove le determinanti di salute si chiamano povertà materiale e culturale, insufficienza e inadeguatezza dei sistemi sanitari, mancanza di diritti. Assegnare tre premi Nobel per la medicina a medici chi si sono occupati delle malattie della povertà (William C. Campbell e Sotoshi Omura per gli studi sulle malattie causate dai parassiti, e Youyou Tu per le scoperte legate alla terapia della malaria) ha costituito in questo senso un segnale forte, perché per quanto le malattie della povertà siano ancora oggi le più diffuse nel mondo, sono anche le più

dimenticate, perché intorno ad esse gravita un minor giro di affari e gli investimenti sulla cura e sulla prevenzione non sono abbastanza convenienti. Anche in Italia si continuano a registrare forti differenze territoriali: il tasso di mortalità infantile, è di 2,88 : 1000 bambini al Nord e di 3,85: 1000 bambini al sud, con una differenza del 33%. (Noi-Italia 2015-ISTAT). Marmot dell'Institute of Health Equity of University College of London (in "Review of social determinants", 2013) sostiene che le opportunità di godere di buona salute siano strettamente correlate all'istruzione, al lavoro, all'abitazione e al reddito nel corso della vita. Afferma in maniera chiara ed incontrovertibile che il modo in cui si agisce su questi quattro fattori sociali, ha un impatto fortissimo sullo stato di salute della popolazione. Più una malattia è prevedibile e prevenibile, più si dispone di strumenti per superarla, e più forte è la correlazione tra il risultato di salute e il livello socio economico. Tutte le malattie "comportamentali", le malattie croniche e persino gli incidenti (non solo quelli stradali e domestici) sono correlati, come indicano gli studi epidemiologici, con il livello di istruzione e quello socio economico. Lo sviluppo delle disuguaglianze di salute avviene in base ad un gradiente sociale evidente: le persone con svantaggio sociale si ammalano di più, guariscono meno, perdono più autosufficienza e muoiono anche prima. Uno studio effettuato a Torino (Epicentro, 2013), sostiene che la speranza di vita di un operaio rispetto a quella di un dirigente è inferiore di cinque anni. Le differenze sociali, economiche e culturali, e le disparità territoriali, rappresentano dei fattori sociali importantissimi ("determinanti") che hanno a che fare con la salute degli individui.

Per una reale democrazia della farmacopea

Lo del Sofosbuvir (La Stampa 24-6-2015) per un trattamento annuale è in Egitto di 800 euro, mentre negli Stati Uniti è di 75 mila euro l'anno; in Italia si è negoziato un prezzo di acquisto per un ammontare annuo di 37 mila euro, IVA inclusa. Rispetto alla sorte di molti malati, in virtù del miliardo di euro stanziato dal Governo tramite l'Istituto Superiore di Sanità, si riescono a curare solo le persone più gravi, con criteri di precedenza dettati dalla severità dell'evoluzione della malattia; il che significa che per il momento sono escluse dal diritto alla cura una larghissima quota di persone. Tale iniquità, se relativamente nuova in Italia, non lo è affatto nel panorama internazionale: si replica, pur in forme diverse, la logica di quanto è già accaduto con i farmaci antiretrovirali per l'Hiv, resi per troppo tempo indisponibili a fronte della pandemia in particolare nel Continente africano. Tutto ciò è in procinto di accadere per altri tipi di farmaci (sono già pronti dei farmaci per il colesterolo, a diffusione planetaria, che hanno costi altrettanto alti.

La via giusidiziaria alla tutela della salute e il volontariato dei diritti

Esiste anche una via giudiziaria alla tutela del diritto alla salute. Se la politica "non ce la fa" nei suoi compiti di protezione sanitaria e di tutela dell'uguaglianza dei cittadini, perché risulta impotente di fronte alla "centralità del mercato" che sostituisce,

anche in sanità, l'attenzione alla centralità delle persone, risulta inevitabile, per un diritto reclamabile, il ricorso all'Autorità giudiziaria. Poiché non esistono diritti che non costano (e non è accettabile la giustificazione, ripetutamente addotta, della mancanza di risorse da parte di Asl ed Enti locali), i diritti esigibili devono essere sottratti a qualsiasi altra ulteriore negoziazione politica. Sono già stati sanciti e conquistati nel passato, spesso con dure lotte e sacrifici e, se i diritti non sono rispettati, è inevitabile il ricorso alla giurisdizione. Nell'ambito della tutela dei diritti, insieme alla Magistratura giocano un ruolo strategico sia l'informazione che il volontariato di settore (il volontariato dei diritti). Chi lavora in carcere, ad esempio, sa benissimo che l'informazione per i detenuti stranieri, per accedere ai benefici che le leggi prevedono, molto spesso non è accessibile per problemi linguistici, di incomprensione culturale, e per un più complicato rapporto con l'avvocatura. Ne consegue l'importanza del ruolo del volontariato dei diritti che li renda noti e li divulghi, cerchi la collaborazione di indispensabili mediatori culturali, funga da ponte con gli "avvocati di strada", nelle difficoltà e nella latitanza delle istituzioni nel ricoprire tali funzioni. È in questo modo che si effettua la traduzione operativa delle indicazioni fornite dalla celebre Conferenza di Ottawa dell'ormai lontano 1986, prima Conferenza Internazionale per la Promozione alla Salute. Sono ancora molto attuali due ambiti di impegno suggeriti, che molto hanno a che vedere, direttamente e indirettamente, con la questione salute: - Advocating, dare voce ai bisogni negati e far valere l'esigenza del rispetto dei diritti umani; -Enabling, "mettere in grado" le persone (come testimonia tutta l'esperienza indiana, da Yunus ad Amartya Senn), di riscattarsi da sole, formando, con azioni di empowerment, le capacità di portare avanti progetti di emancipazione economica e sociale (ad es. di auto- imprenditorialità tramite la gestione dei microcrediti, in cui le donne in particolare si sono rivelate molto affidabili). Una storica associazione torinese che difende i diritti delle persone non autosufficienti (CSA ,Fondazione di promozione sociale) annovera, tra le sue battaglie in corso, la lotta contro le dimissioni illegittime di molti anziani non autosufficienti dai ricoveri ospedalieri. Al di là dei dgr (giorni di degenza giornalieri pre-stabiliti in base alla patologia da curare), la legge attuale asserisce che un anziano non autosufficiente non può essere dimesso dall'ospedale se non gli è stata garantita la continuità della cura a domicilio o in altre strutture adeguate. Se invece, come da prassi usuale, avvengono le dimissioni senza alcuna ricerca di alternativa alle cure ospedaliere, l'Associazione invita gli interessati e i loro familiari a far valere i loro diritti, a spedire subito una raccomandata all'Asl in cui si fa opposizione alle dimissioni, intimandone la sospensione, pena il ricorso alla Magistratura (F. Santanera "I diritti degli anziani cronici non autosufficienti", in "Aggiornamenti sociali", 2011).

Per uno statuto dei diritti degli esclusi

E necessario, come sostiene L.Pepino ("Strada facendo"-droga:la ricerca e la proposta,Torino 20-22 sett.2002) che l'Italia si doti di uno Statuto dei Diritti degli Esclusi, per rendere giustizia a una parte ingente di popolazione che non accede al diritto

alla salute . È il "caso" dei migranti che non hanno il permesso di soggiorno, anche se già nella più volte riformulata legge 40 del 6-3-'99 "Turco-Napolitano" (l' articolo non è stato cambiato dalla Bossi -Fini) si afferma chiaramente che anche agli stranieri che non sono in possesso del permesso di soggiorno, devono essere loro garantite le cure "urgenti, essenziali ancorché continuative". Si è molto dibattuto sulla definizione di urgenza, e nella bozza oggi in discussione dei nuovi LEA ,nell'art. 62 ,viene specificato che "sono considerate urgenti le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita e danno per la salute". Un altro esempio emblematico di "caso", concerne le persone senza dimora: qualsiasi persona italiana senza dimora che non può esibire una certificazione di residenza, non ha accesso ai servizi sociali, non gli può essere assegnato un medico di base,non gli viene rilasciata la tessera sanitaria e non può nemmeno esercitare il diritto di voto. Su questo tema specifico sono in corso attività di sensibilizzazione e negoziazione in particolare coi Comuni delle città più grandi, per quantomeno ottenere il diritto a una residenza anagrafica virtuale ("residente in via del Comune n° 1"), che ripristinerebbe l'accesso ad alcune prestazioni negate. Anche su questo terreno l'Italia risponde in modo diseguale: Torino ha attuato da tempo la misura tampone, Milano ancora latita.

Le disuguaglianze di salute

di *Giuseppe Costa e Morena Stroschia*

Geografie sociali e geografie di salute

Le disuguaglianze di salute sono quelle differenze nella salute ingiuste e prevenibili che si devono alla diversa distribuzione delle risorse (sociali, economiche o ambientali). Non si tratta solo della scontata constatazione che esistono delle differenze nell’aspettativa di vita tra il nord (ricco) e il sud (povero) del mondo. Le disuguaglianze di salute, infatti, si riscontrano a qualunque latitudine e anche all’interno dei paesi più sviluppati è possibile osservare un divario di salute che segue un divario sociale. Sembrerebbe banale constatare che i più poveri si ammalano di più e muoiono prima dei più ricchi, tuttavia esiste un imperativo etico che impone ai ricercatori e agli operatori sanitari di occuparsene (non c’è nessuna buona ragione per lasciare che questo succeda) oltre al fatto che molti aspetti delle disuguaglianze restano ancora da spiegare. Ad esempio è controintuitivo il fatto che nel mondo ricco il divario di salute tra classi sociali sia in aumento nonostante i crescenti investimenti in politiche di welfare (Mackenbach 2003).

Le disuguaglianze di salute si possono osservare anche all’interno di una stessa città. Se si pensa alla diversa distribuzione del reddito tra i quartieri di Torino (particolarmente evidenti tra la collina e il centro ricchi e la periferia nord, Barriera di Milano, Vallette più poveri) si può osservare come queste differenze abbiano un impatto preciso sulle forme che la salute e la malattia assumono e con cui si distribuiscono nella popolazione. Se salissimo sul tram che ci porta dalla collina verso le Vallette, avremmo che per ogni km percorso gli abitanti di Torino perderebbero cinque mesi di speranza di vita (Servizio di Epidemiologia ASL TO3 2015a). Da un punto di vista diacronico, questo significa che gli abitanti della collina hanno un vantaggio sulla speranza di vita di circa 4 anni rispetto agli abitanti delle Vallette: una distanza di trent’anni separa le esperienze di salute dei due quartieri, vale a dire che lo stato di salute attuale del quartiere Vallette è equivalente a quello raggiunto in collina già ai tempi del rapimento Moro.

Quali sono le cause di queste differenze? Fortuna? Stili di vita? Inquinamento atmosferico? Barriere alle cure? Genetica? Probabilmente no. Sono ormai molte le evidenze che mettono in relazione le geografie sociali e le geografie di salute: le condizioni sociali (i determinanti sociali) hanno un impatto incontrovertibile sullo stato di salute e di malattia di tutti noi.

Questo impatto appare molto evidente per alcuni indicatori. Analizzando ad esempio l’influenza del livello di istruzione sulla mortalità, sappiamo che questo spiega, in Italia, circa il 30% delle disuguaglianze di salute tra gli uomini (e il 10-20% tra le donne) (Costa et al. 2014).

Anche nella salute soggettiva si riscontrano queste differenze: a parità di età, ad esempio, la probabilità di stare male o molto male, classificata per titolo di studio evidenzia una differenza di tre volte tra la popolazione meno istruita e quella più istruita (Servizio di epidemiologia ASL TO3 2015b). Le differenze non si osservano solo tra i due estremi della scala sociale, esiste infatti un gradiente nelle disuguaglianze di salute: per qualsiasi indicatore sociale (istruzione, condizione professionale, reddito ecc.) preso in considerazione, chi occupa una determinata posizione nella scala sociale sta peggio di chi si trova nella posizione immediatamente sovraordinata, a tutti i livelli e per quasi tutti gli indicatori di salute, senza che sia identificabile una soglia.

Analogamente alla posizione sociale, anche le differenze geografiche giocano un ruolo importante per il fatto che i contesti macroeconomici, politici e relazionali di ogni territorio hanno la capacità di modulazione (amplificandole o riducendole) le disuguaglianze legate alla diversa distribuzione individuale delle risorse, come si osserva nelle regioni dell'Italia meridionale dove, ad esempio, l'intensità delle disuguaglianze nella salute percepita, sono molto più ampie di quanto si osservi nel centro-nord (Fig.1, Servizio di epidemiologia ASL TO3 2015b).

Questo ci porta ad immaginare che il contesto abbia un effetto capacitante, ovvero, riprendendo il concetto di Amartya Sen di capacitazione, gli ambienti e i contesti possono facilitare (o ostacolare) i soggetti ad utilizzare le risorse di cui dispongono, ampliando (o diminuendo) le capacità del dell'individuo all'interno della comunità a cui appartiene (Sen 1992).

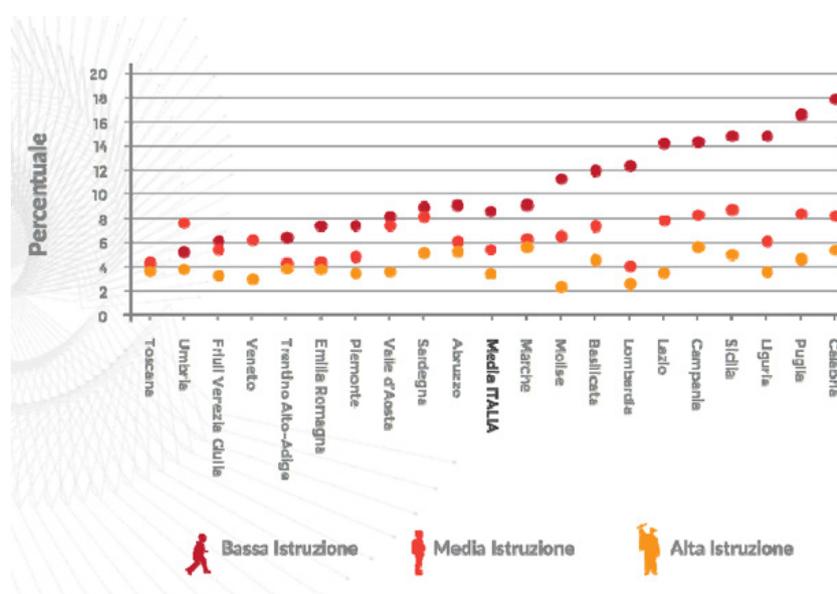


Fig. 1. Disuguaglianze per titolo di studio e per Regione nella salute percepita (percentuale di risposte "male" o "molto male") in Italia. Elaborazione a cura del Servizio di Epidemiologia ASLTO3 su dati ISTAT, indagine multiscopo sulla salute 2013.

Carta di identità delle disuguaglianze di salute

Quali sono gli elementi costitutivi delle disuguaglianze di salute ?

Le disuguaglianze sociali e di salute rappresentano la prima causa della variazione di salute e di malattia, sono perciò quel fattore che predice e spiega con maggior grado di precisione e meglio di qualsiasi altro la variazione di salute e di malattia della popolazione.

Le responsabilità per tali disuguaglianze sono molteplici e si possono identificare su almeno due livelli: da una parte la responsabilità dei meccanismi di stratificazione sociale (politiche educative, lavorative, abitative, di sviluppo economico) che presiedono alla quantità e alla distribuzione delle risorse individuali; dall'altra la responsabilità della creazione di contesti capacitanti, ovvero contesti in grado di facilitare gli individui nell'utilizzo delle risorse di cui dispongono, allocate in tutte le istituzioni politiche non-sanitarie e sanitarie che modellano la realtà in cui ci muoviamo (sindaci, governatori, responsabili ASL, sindacati).

Le disuguaglianze di salute, a svantaggio dei più poveri, si configurano, al di là tutti possibili approcci che è possibile tenere nel loro confronti, sempre e soprattutto come un problema di giustizia sociale, anche se negli ultimi anni si è guardato ad esse come una possibile fonte di profitto per alcuni.

Le disuguaglianze di salute si osservano per tutti gli indicatori di salute (mortalità, nuove diagnosi di malattia, salute percepita, disabilità ecc.) e per la maggior parte delle voci nosologiche: sono pochissime le malattie per cui l'elevata posizione sociale costituisce uno svantaggio concorrendo a determinare una maggior incidenza di malattia. Tra queste è possibile citare un'elevata incidenza di allergie e dermatite nei figli di famiglie più ricche presso le quali è maggiore il rischio che durante i primi mesi di vita del bambino (iperprotetto dall'ambiente e dagli stimoli antigenici) il sistema immunitario sia esposto ad un numero eccessivamente basso di stimoli (Hammer-Helmich 2014). Anche per i tumori femminili (tumore della mammella e del polmone) legati all'età della madre alla nascita del primo figlio il primo e all'abitudine al fumo il secondo, sono più a rischio le donne in carriera (Costa et al. 2009a).

Le disuguaglianze di salute si osservano per qualunque indicatore di stratificazione sociale secondo un gradiente, senza una soglia, e questo ha delle implicazioni circa le politiche che possono essere efficaci per contrastarle: mentre per le relazioni a soglia è possibile intervenire con politiche selettive, la disposizione a gradiente delle disuguaglianze impone la necessità di disporre di politiche universali, in grado non tanto di aggredire certi livelli di povertà o di istruzione, quanto di abbassare la pendenza della differenza del gradiente, poiché le disuguaglianze sono distribuite su tutta la popolazione e su tutta la popolazione è necessario intervenire (Costa et al. 2009a).

Infine le disuguaglianze di salute presentano intensità variabile a seconda del genere

(più intense tra gli uomini rispetto a quanto si verifichi tra le donne dove la posticipazione della maternità e l'abitudine al fumo, che incidono molto sulle principali cause di morte, sono più diffuse tra le donne di alte classe sociale), dell'età (meno evidenti tra gli anziani che rappresentano una popolazione selezionata di sopravvissuti a condizioni che tra i più giovani sono responsabili di disuguaglianze più intense), del contesto (più intense in Europa settentrionale e orientale rispetto ai paesi mediterranei) e del tempo (crescenti in tutti i paesi ricchi nel corso degli ultimi 20-25 anni) (Costa et al. 2009a e 2014).

1 meccanismi di generazione delle disuguaglianze

Sono cinque i principali meccanismi che danno forma alle disuguaglianze e per ogni meccanismo è possibile identificare un punto d'ingresso per le politiche di contrasto (Costa et al. 2014):

1 - La stratificazione sociale:

La diversa distribuzione delle risorse è misurabile con diversi indicatori, alcuni più vicini al concetto di disuguaglianza distributiva dei beni materiali (reddito, condizioni abitative), altri che misurano la stratificazione su base relazionale (classe sociale, titolo di studio) o che sono in grado di cogliere entrambi questi aspetti (condizione occupazionale). Le disuguaglianze di salute si osservano qualunque sia l'indicatore utilizzato per misurare la stratificazione sociale che di per sé esprime un diverso livello di controllo e di capacità di utilizzarle al meglio per la propria realizzazione individuale. Dunque è la stratificazione sociale in sé il primo meccanismo alla base delle disuguaglianze sociali di salute, condizione che Michael Marmot, presidente della Commissione OMS sui Determinanti Sociali della Salute, ha battezzato “Status Syndrome”. Secondo questa teoria il livello di salute non dipenderebbe tanto dal livello assoluto di risorse materiali possedute quanto dal grado di autonomia, dal controllo sul proprio destino, dal supporto sociale e riconoscimento del proprio ruolo e questo spiega perché le disuguaglianze si osservano anche nelle fasce più alte della scala sociale per chi occupa una posizione medio-alta rispetto a chi occupa una posizione immediatamente sovraordinata (Marmot 2006).

2 - Esposizione ai fattori di rischio (psicosociali, ambientali, comportamentali)

La posizione sociale influenza l'esposizione ai fattori di rischio ambientali, occupazionali, comportamentali e psicosociali. Se è intuitivo immaginare che tra dirigenti e operai ci sia una diversa esposizione a fattori occupazionali tradizionalmente considerati dalla prevenzione negli ambienti di lavoro (fumi, polveri, movimentazione dei carichi), meno intuitivo è osservare che anche tra persone impiegate in mansioni impiegate si manifestano disuguaglianze di salute legate alla posizione occupata nella scala gerarchica (Marmot 2010).

In effetti il grado di controllo delle persone sul proprio destino si spiega anche con la diversa esposizione ai fattori di rischio psicosociali, particolarmente studiati in ambito lavorativo e sintetizzabili nel cosiddetto job strain, ovvero lo squilibrio tra le richieste e aspettative dell'organizzazione, il grado di autonomia, la remunerazione e la disponibilità di aiuto di cui si dispone. I lavoratori che svolgono mansioni più esecutive ai quali si richiede molto, con basso grado di autonomia e controllo, una bassa remunerazione e con poco sostegno, così come ai lavoratori il cui stress lavorativo è legato alla precarietà del contratto di lavoro, presentano un rischio aumentato di contrarre numerose patologie quali quelle cardiovascolari, muscolo scheletriche e depressione (Costa et al. 2014).

Altri due fattori di rischio a cui sono maggiormente esposte le classi sociali più svantaggiate sono quelli ambientali (tra le persone che abitano vicino a una discarica, ad esempio, la proporzione di persone di basso stato socioeconomico è circa il doppio rispetto a quelle di alta classe sociale) e quelli comportamentali (sono molti gli studi che evidenziano una maggior prevalenza di comportamenti insalubri tra i soggetti più svantaggiati, soprattutto per gli uomini: consumo di alcool, fumo, alimentazione squilibrata, sedentarietà, dipendenze e sesso non protetto) e le barriere di accesso all'assistenza sanitaria.

3 - Barriere di accesso all'assistenza sanitaria:

Tale tipo di ostacolo all'accesso appare evidente in quella che viene detta inverse care law, che mette in luce il fatto che l'utilizzo dei servizi sanitari sia inversamente proporzionale al bisogno. Ad esempio a Torino nelle zone in cui c'è una maggior incidenza di infarti (le aree più deprivate della periferia nord e sud) si osserva un tasso di rivascolarizzazione molto più basso rispetto alle zone in cui c'è una minor incidenza di infarti, quindi un minor bisogno (le aree collinari, più ricche, Fig. 2, Servizio di Epidemiologia ASL TO3 2009). Questo richiama alle loro responsabilità coloro che possono in qualche modo modulare l'incontro tra domanda e offerta, prevedendo, nel determinare l'allocazione delle risorse sanitarie una densità di servizi maggiormente corrispondente al bisogno di salute espresso. La responsabilità di questi meccanismi è da identificare nell'incontro tra domanda ed offerta ovvero anche nel modo in cui chi ha bisogno impatta l'offerta e riesce ad adattarla, negoziarla ed utilizzarla.

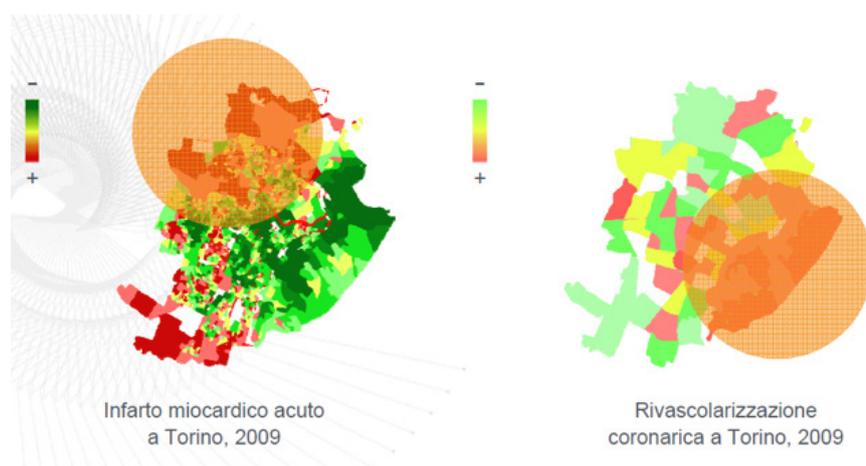


Fig. 2. L'inverse care law a Torino. A sinistra l'intensità della colorazione è proporzionale ai tassi di nuove diagnosi di infarto (dal verde, poche diagnosi, al rosso, molte diagnosi). A destra è proporzionale ai tassi di interventi di rivascolarizzazione coronarica. Elaborazioni a cura del Servizio di Epidemiologia ASL TO3 su dati dello studio longitudinale torinese, 2009.

4 - Vulnerabilità:

La posizione sociale influenza il grado di vulnerabilità delle persone, intesa come capacità di far fronte all'effetto sfavorevole di un fattore di rischio, prevenendo l'insorgenza del danno di salute conseguente, sia come capacità di far fronte ad un problema di salute già insorto, prevenendone gli esiti peggiori, ovvero modificando la velocità di progressione della malattia. Una bassa posizione sociale aumenta la suscettibilità all'effetto del fattore di rischio e limita la persona alle opportunità di prevenzione. In generale la scarsa disponibilità di aiuto, ovvero il capitale sociale, rappresenta il minimo fattore comune degli effetti negativi della vulnerabilità. A parità di esposizione ai fattori di rischio sopraindicati vi è una variazione della vulnerabilità relativa alla medesima esposizione. Ad esempio operai stranieri in un cantiere edile, hanno maggiori probabilità di infortunio rispetto agli operai italiani nel medesimo cantiere, esposti ai medesimi fattori di rischio, perché maggiormente vulnerabili rispetto a quei fattori di rischio. In questo caso la vulnerabilità può risiedere nelle barriere linguistiche che possono ridurre l'efficacia degli interventi formativi ma anche nella maggiore ricattabilità di questi gruppi di popolazione che sono così più disponibili a svolgere mansioni più pericolose (Bena et al. 2014).

Un altro esempio di vulnerabilità è la minore capacità dei soggetti più svantaggiati di utilizzare le opportunità di diagnosi precoce che permettono, come nel caso di alcuni tumori (mammella, cervice, colon-retto) di identificare e curare tempestivamente la malat-

tia. Nel caso degli screening per i tumori femminili è particolarmente evidente come le donne di bassa istruzione effettuino mammografia e pap-test meno delle donne più istruite (Sorveglianza Passi 2011-2014 a e b),

Le possibilità di contrastare questo fattore comporta la necessità di predisporre interventi realmente efficaci e personalizzati nei diversi contesti.

5 - Conseguenze sociali della malattia

La compromissione del livello di salute retroagisce sfavorevolmente sulla posizione sociale della persona. È quello che accade nei processi di selezione che, sulla base di una salute compromessa, interrompono o modificano la mobilità sociale ed è anche quello che accade quando il concorso alla spesa per far fronte ad un problema di salute rende socialmente vulnerabili o fa scivolare nella trappola della povertà, innescando storie ricorsive di disuguaglianze di salute in cui non si riesce a determinare se sia iniziata prima la povertà o il danno di salute.

In altre parole i più poveri non solo si ammalano di più (per i meccanismi di cui sopra) ma chi è malato poi è più a rischio di impoverirsi, in alcuni casi per far fronte alle spese sanitarie che in certe situazioni possono essere consistenti (si pensi ai bisogni assistenziali delle persone con disabilità), in altri perché la malattia è una condizione predisponente per l'uscita dal mercato del lavoro o la mancata progressione nella scala sociale se non addirittura per la discesa nella scala sociale.

Crisi e disuguaglianze

In questo particolare periodo storico, quali sono gli effetti prevalenti della crisi sullo stato di salute della popolazione?

In chiave epidemiologica, controintuitivamente, la crisi non peggiora di molto lo stato di salute delle persone più svantaggiate. Forse tali risultati sono viziati da una latenza tra la presenza della crisi e il manifestarsi dei suoi effetti. Al di là di queste ipotesi gli indici di salute fisica sono tutti migliorati nella popolazione: la crisi non è perciò andata a intaccare la salute fisica degli italiani.

Gli effetti peggiori della crisi sono però evidenti sulla salute mentale. I poveri hanno subito maggiormente gli effetti della crisi? In tutte le dimensioni di svantaggio (disoccupazione, lavoro posizione nella professione, condizione abitativa, disponibilità economiche) i più poveri stanno peggio della media della popolazione ma gli eccessi di sofferenza mentale tra i poveri sono uguali prima e dopo la crisi. La crisi non ha modificato perciò l'effetto di svantaggio sociale sullo star male ma ha aumentato drammaticamente la platea di chi sta male, aumentando il numero disoccupati e di coloro i quali si posizionano in una bassa posizione sociale (Costa et al. 2012).

Inoltre la crisi ha posto un problema importante relativo all'accesso alle cure, problema strettamente legato alle politiche di austerità in ambito sanitario (chiusura degli ospedali di piccole dimensioni, diminuzione dei tempi di degenza e di ricovero, riduzione dei posti letto). Per quanto alcuni tagli nelle sanità possano avere effetti benefici, riducendo gli sprechi e le prescrizioni inadeguate, spesso tali tagli colpiscono maggiormente proprio quelle fasce di popolazione più vulnerabili con un maggior bisogno di assistenza medica. Ad esempio in Piemonte negli ultimi 10 anni si è avuta una diminuzione del 17% dei ricoveri ordinari (Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane 2013) che ha avuto l'effetto di una diminuzione del 50% dei ricoveri inappropriati (Gruppo Remolet 2009). Questo porta a pensare che l'intervento sia stato effettivamente utile e funzionale dal punto di vista della gestione delle finanze. Quello che però occorre sottolineare è che sono i più poveri, ovvero di quella fascia di popolazione con maggior carico di malattia, anche cronica, ad utilizzare maggiormente i ricoveri (Costa et al. 2009b) e non è detto che questa fascia di popolazione sia anche quella utilizza in maniera impropria i servizi. Dunque anche se le misure di austerità, possono avere effetti positivi è necessario mantenere desta l'attenzione sulle possibili minacce all'equità.

Quali azioni?

Accertati i meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute è possibile immaginare un ventaglio di azioni di contrasto efficaci che si muovano su molteplici piani.

Il primo piano è quello sulle risorse o capacità individuali. Il bersaglio di tali azioni è l'individuo “fragile”, la logica che le sottende è di tipo prevalentemente assistenziale e prevede politiche definite “passive” come il trasferimento di reddito a persone disoccupate. Il principale fattore di rischio è costituito dalla possibilità di produrre dipendenza che viene bilanciata dalla possibilità di attivare interventi finalizzati a forme di empowerment individuale per rafforzare alcune abilità personali.

Una seconda tipologia, comprende tutte le azioni di advocacy (patrocinio) che mirano ad influenzare le politiche pubbliche e l'allocazione delle risorse all'interno dei sistemi politici, economici e sociali e relative istituzioni. L'advocacy può includere numerose attività che una persona o organizzazione può svolgere, incluse campagne a mezzo stampa, dibattiti e pubblicazione di ricerche o sondaggi e raccolta di documentazione favorevole. Si parla di Health Equity Audit quando si va a scrutinare l'impatto delle politiche (sanitarie e non) sui principali meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute. Ad esempio si stima che circa 400.000 casi di sofferenza mentale siano legati alla disoccupazione dovuta alla recente crisi. 80.000 di questi casi si sarebbero potuti evitare se adeguate misure

di welfare e di sussidi previdenziali avessero mitigato le ricadute economiche della disoccupazione. Nel caso in cui invece delle adeguate politiche attive del lavoro riuscissero a portare la disoccupazione ai livelli precrisi i casi di malattia mentale diminuirebbero di 250.000 unità (Servizio di epidemiologia ASL TO3 2015a).

Queste prime due categorie di interventi descrivono gli effetti sulla salute ai policy maker di politiche non strettamente sanitarie, effetti che spesso sono non voluti o non previsti. Bisogna però mettere in conto il rischio del governo della complessità del processo e della effettiva disponibilità politica a modificare le politiche esistenti nella direzione dell'equità. Tuttavia tali politiche hanno dimostrato un alto grado di efficacia laddove gli attori politici riescono ad attivarsi in direzione di un miglioramento dell'equità.

Una terza classe di azioni si riferisce agli interventi di empowerment sul rendimento del contesto. Mirano a promuovere l'equità attraverso la creazione e la promozione di politiche che hanno per oggetto diretto la qualità dei contesti. L'obiettivo è accrescere la qualità delle esperienze che le persone vivono in uno specifico contesto, aumentando la loro autonomia, il loro coinvolgimento, la dotazione di beni collettivi disponibili e creati nel contesto. Tali politiche mirano a generare un effetto liberante permanente, rimuovendo le cause che rendono le persone passive, schiacciate in condizioni sgradite, private di alternative, sguarnite della possibilità di metter in gioco scambi e risorse di altri. Il mezzo è l'aumento dei livelli di autonomia e autodeterminazione delle persone e le capacità di apprendimento individuale collettivo. Appare in quest'ottica fondamentale integrare politiche diverse, che incidano sul medesimo contesto di vita, in un'ottica partecipativa e creativa. Il rischio in questo caso è soprattutto legato al metodo, tutti i progetti e le azioni devono essere realmente rispettosi di tutti gli attori in gioco e non possono svilupparsi se non nel medio-lungo periodo.

Bibliografia:

Bena A, Giraud M (2014), *Occupational injury risk in immigrant workers in Italy: differences in work characteristics and age*, *Epidemiol Prev*; 38(3-4):208–18.

Costa G. (2009a), *Le disuguaglianze di salute: una sfida per le discipline che si occupano di valutazione delle politiche*, In Saraceno C., Brandolini M., Schizzerotto A. *Secondo rapporto osservatorio disuguaglianze sociali - 2009*, Il Mulino, Bologna.

Costa G, Vannoni F, Landriscina T, Onorati R, Marinacci C (2009b), *Equità nell'ospedalizzazione*. *Monitor*, 5° suppl. al n.24. Agenas, disponibile sul sito http://www.agenas.it/archivio_monitor.html ultimo accesso 6/3/2014

Costa G, Marra M, Salmaso S, Gruppo AIE su crisi e salute (2012), *Health indicators in the time of crisis in Italy*, *Epidemiol Prev*; 36(6):337–66.

Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (a cura di) (2014) *L'equità nella salute in Italia- Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Franco Angeli e Fondazione Smith Kline, Milano

Gruppo Remolet (2009), Analisi dei dati SDO 2006/2008, Monitor, 5° suppl. al n.24. Agenas, Disponibile sul sito http://www.agenas.it/archivio_monitor.html ultimo accesso 6/3/2014

Hammer-Helmich L, Linneberg A, Thomsen SF, Glümer C. (2014), *Association between parental socioeconomic position and prevalence of asthma, atopic eczema and hay fever in children*, Scand J Public Health;42(2):120–7.

Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, et al. (2003), *Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries*, Int J Epidemiol;32(5):830–7.

Marmot MG (2006), *Status syndrome: a challenge to medicine*, JAMA; 295(11):1304–7.

Marmot M. (2010), *Fair society, healthy lives. The Marmot review*, University College of London.

Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2013), Rapporto Osservasalute 2012, disponibile sul sito <http://www.osservasalute.it/> ultimo accesso 6/3/2014

Sen A (1992), *Inequality re-examined*, Oxford: Oxford University Press.

Servizio di Epidemiologia ASL TO3 (2009) Elaborazioni su dati dello studio longitudinale torinese.

Servizio di Epidemiologia ASL TO3 (2015a) Elaborazioni su dati dello studio longitudinale torinese.

Servizio di Epidemiologia ASL TO3 (2015b) Elaborazione su dati ISTAT, indagine multiscopo sulla salute 2013

Sorveglianza PASSI (2011-2014a)

<http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningMammografico.asp>

Sorveglianza PASSI (2011-2014b)

<http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningCervicale.asp>

Individuo o Comunità: una scelta obbligata?

di Jean-Louis Aillon

Giustizia sociale: questione di vita o di morte

Il lavoro dello psicologo nell'ambito dei diritti, in particolare del diritto alla salute, presenta alcune peculiarità che possono utili all'acquisizione di un ruolo più appropriato della psicologia nel nostro contesto (spesso influenzato da processi globali) che a una sua maggiore consapevolezza professionale e deontologica. La psicologia dei diritti umani interroga la professione dello psicologo, spesso guidata, in maniera inconsapevole, da automatismi che rappresentano il prodotto della storia di una disciplina e del contesto socio-economico-culturale in cui ha preso forma.

La prima caratteristica è legata al focus dell'intervento: il setting clinico non può esaurire l'ambito dell'intervento se non con effetti iatrogeni che non vengono presi in considerazione. Uno psicologo non può ignorare i fattori che maggiormente influenzano l'ineguale distribuzione di salute e di malattia nella popolazione ovunque nel mondo. Il principale di questi fattori è la disuguaglianza, generata da precise politiche socio-economiche (e culturali) ed incorporata in una forma della sofferenza che sfocia nella malattia. Il rischio di malattia cresce in ragione inversa delle risorse sociali di cui gli individui dispongono; a ogni posizione sociale corrisponde un livello di salute peggiore di quello della posizione sociale immediatamente superiore per cui la giustizia sociale rappresenta letteralmente una "questione di vita o di morte" (Marmot)

Appare auspicabile, a livello politico, non tanto investire di più in politiche sanitarie quanto investire meglio in politiche mirate a diminuire le disuguaglianze tra i cittadini più ricchi e quelli più poveri attuando politiche non solo in ambito medico ma anche in ambito non-sanitario. Si calcola infatti che la salute sia influenzata solo in una percentuale che va dal 10 al 25% dall'efficacia dei servizi sanitari anche se il 90% delle risorse disponibili per la salute vengono allocate nel comparto, mentre percentuali molto minori vengono destinate a politiche che avrebbero un effetto maggiore nella generazione di processi di salute.

Appare necessario un lavoro attento sui determinanti sociali della salute: casa, educazione, lavoro, condizioni sociali di quartieri, supporto e coesione sociale, alimentazione- messi in seria crisi dal contesto economico dominato, a partire dagli anni '70, dalla crescente deregulation del mercato accompagnata da una cultura dell'individualismo che mina alla base la possibilità per tutti di poter godere del diritto alla salute.

Causazione e selezione sociale

La malattie sono legate ai determinanti sociali attraverso due meccanismi contemporaneamente: la causazione sociale per cui le pressioni ambientali determinate da una bassa

condizione sociale sono psicopatogene e la selezione sociale per cui un preesistente disturbo conduce ad una condizione sociale deteriore.

In questa prospettiva il lavoro all'interno di un setting strettamente clinico perde di senso, o meglio, perché il lavoro all'interno di un setting clinico possa essere concretamente efficace e coerente, lo psicologo che voglia lavorare nell'ambito dei diritti non potrà esimersi da un'azione sui contesti psicosociali, un'azione volta non ai singoli individui bensì alla collettività. Anche la salute mentale infatti si distribuisce secondo un gradiente (Fisher e Baum): è ormai appurato che fattori come basso reddito, incertezza abitativa, basso livello di istruzione, basso supporto sociale, licenziamenti, siano altamente correlati a problemi di salute mentale

Salute bene comune

In quest'ottica la salute non viene più intesa solamente come un diritto da tutelare, ma come un bene comune, di cui prendersi cura in modo attivo, attraverso la partecipazione responsabile e diretta delle persone e delle comunità anche nella definizione e nell'attuazione delle politiche (Carta di Bologna, 2014). Lo psicologo può rivestire una duplice funzione nei confronti delle politiche di salute: una funzione di advocacy verso i decisori politici rispetto all'importanza dei determinanti della salute, e verso la popolazione è possibile puntare ad attivare e responsabilizzare le comunità locali nei confronti di legami comunitari e contesti psicosociali che possano prevenire l'insorgere di condizioni patologiche promuovendo stili di vita più sani. Da questo punto di vista l'intervento ipertecnistico e iperspecializzato ad opera dei medici e degli psicologi, può apparire miope rispetto alle cause che generano la maggior parte delle condizioni patologiche, se non addirittura iatrogeno (Illich, *Nemesi Medica*).

Già nella Dichiarazione di Alma Ata, nel 1978 (con cui venne sancita ufficialmente l'importanza della Primary Health Care) si affermò che “le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno” e che tale assistenza sanitaria richiede la promozione dell'autonomia dell'individuo e della comunità, per garantire il funzionamento e controllo dell'assistenza sanitaria. Tale risoluzione venne ribadita dalla Carta di Ottawa (1986), considerato il documento fondativo della promozione della salute, che sottolinea l'importanza del rinforzare l'azione comunitaria anche nella definizione di priorità e strategie, sviluppando abilità personali e di comunità (empowerment) e riorientando il funzionamento dei servizi sanitari.

Molte, seppur frammentate, sono le realtà che a vario livello si muovono in questa direzione oggi, alcune delle quali hanno dato vita alla Rete Sostenibilità e Salute (RSS).

Il nostro ruolo

Alla luce di queste considerazioni, il lavoro dello psicologo assume nuove funzioni. L'obiettivo di un percorso psicologico, non sarà più quello adattivo, in cui lo psicologo aiuta il paziente ad adattarsi alla società, al contrario l'obiettivo sarà quello di contribuire al cambiamento della società perché questa possa meglio rispondere ai bisogni dell'umanità. Il dilemma potrebbe essere così posto: "cambiare le persone per adattare alla società o cambiare la società per adattare alle persone"? Chiaramente ad un'attenta analisi il dilemma del dualismo soggetto-società non sta in piedi, ma la domanda ci può aiutare a riflettere su una questione spinosa e molto pragmatica per quegli psicologi che vogliono lavorare nell'ambito dei diritti.

Benasayag (in "L'epoca delle passioni tristi") riprende questa contraddizione della funzione clinica ampliandola e sottolinea come, nel momento in cui, come psicologi, curiamo i membri non conformi al funzionamento sociale, diventiamo inconsapevolmente complici del mantenimento dello status quo. A nostra insaputa rischiamo di curare la società dai suoi membri non conformi al funzionamento sociale, tramite "terapie" che lavorano in funzione

della norma e degli ideali sociali, allo scopo di ottenere essenzialmente che le persone si comportino secondo le aspettative di una società (in questa chiave Benasayag interpreta l'ADHD) Agendo in questo modo eludiamo, scotomizzandolo il discorso politico, adattando i nostri pazienti ad un mondo spesso malato (e che fa ammalare) e senza esserne consapevoli diventiamo il braccio armato del potere. Questo non significa però che il lavoro clinico sia di per sé errato, è tuttavia necessario prestare attenzione alle nostre intenzioni momento per momento durante tutto lo svolgimento del processo clinico. Un esempio di quanto il lavoro clinico rischi di offuscare quello politico ci è fornito sempre da Benasayang nel suo libro "l'effetto specchio" in cui vengono descritti i sintomi dei bambini che vedevano scomparire dalla scuola i propri compagni di classe, figli di immigrati senza documenti, sequestrati dalle forze dell'ordine. Qualora si fosse limitato ad un intervento strettamente clinico (cura del sintomo) Benasayang avrebbe eluso, mistificandolo, il discorso politico, e legittimando il gesto di quella violenza perpetrata dallo stato. Al contrario lo psicoanalista decide di interrompere il suo lavoro sul sintomo per contribuire ad un lavoro che si muova su un piano sociale e politico insieme a molti cittadini preoccupati per l'accaduto. Adriano Zamperini, a proposito dei tragici eventi del G8 di Genova, per argomentare tale rischio della pratica clinica utilizza l'espressione di trauma psicopolitico il quale, egli sostiene, non è giusto sia elaborato per via intrapsichica senza che ne venga riconosciuta la valenza primariamente sociale e politica. In tale ambito Zamperini sostiene che la terapia sia costituita dal riconoscimento più ampio delle responsabilità, dalla denuncia esplicita delle forze in gioco.

Tale legame tra la dimensione intrapsichica e quella politica è ben presente all'inter-

no dell'etnopsichiatria critica: sull'onda del lavoro di Frantz Fanon, alla sofferenza viene riconosciuto un profilo sordo e ostinato: quello di critica implicita dell'ordine sociale, dei rapporti di forza e delle forme di violenza presenti in ogni contesto, in ogni cultura e la malattia viene definita come prodotto e forma di resistenza, alle ideologie dominanti (Scheper-Hughes, Lock).

Con tali consapevolezza non possiamo limitarci ad agire come operatori (barricandoci dietro ad un'impossibile neutralità) nascondendoci come cittadini. Abbiamo la responsabilità di mettere a disposizione della cittadinanza il nostro sapere per facilitare un welfare di comunità che metta al centro comunità resilienti, anche nei piccoli gesti quotidiani.

Al giorno d'oggi i temi scottanti sono molti, dai cambiamenti climatici, alla guerra per le risorse, alle migrazioni, ai trattati di libero commercio, tutti accomunati dal paradigma indiscusso di una crescita indiscriminata di un'economia sempre meno sostenibile e sempre più dannosa per la salute.

Non possiamo sacrificare il ruolo di cittadinanza attiva né dimenticare l'importanza della clinica militante sia dentro lo studio che fuori, nella consapevolezza che a tutti noi sta una scelta, e che anche non scegliere è una scelta.

La crisi economica e i "tagli" alla spesa sanitaria

di Fabrizio Starace

La prima reazione alla crisi economica è stata quella di negarla. Il negazionismo si declinava in frasi tipo "Non ci riguarda!", "Non ha a che fare con noi!". Oggi la ripresa è ancora molto lenta anche se si è molto distanti dalla realtà di 7 anni fa. Per far fronte alla crisi, la spesa sanitaria ha costituito l'"isola del tesoro" cui attingere per ripianare il bilancio. Dal 2009 al 2014 i "tagli" da parte delle diverse manovre finanziarie sono state di oltre 17 miliardi di euro. Sono stati sottratti al fondo definito per la sanità dall'Accordo Stato-Regioni, necessario per erogare i Livelli Essenziali di Assistenza, che nel 2009 era di 110 miliardi, e nel 2013 di 109 miliardi. Con l'Accordo del 10 luglio 2014 viene sottoscritto il "Patto per la salute" e si ristabilisce a 110 miliardi il trasferimento alle Regioni per la sanità per i 2014, prevedendo l'incremento di 3 miliardi sia per il 2015 che per il 2016. L'Accordo fu sottolineato dal Governo come un grande passo avanti rispetto ai tagli "lineari" degli anni precedenti. Ma nel febbraio 2015 veniva deciso che erano necessarie ulteriori economie per la spesa sanitaria e veniva apportata una riduzione di 2.250.000 euro, anche per i due anni successivi. Tutto ciò all'interno di un contesto internazionale in cui la spesa sanitaria dell'Italia si poneva già leggermente al di sotto della spesa sanitaria media dei paesi europei. Se poi si rapporta la spesa sanitaria al Prodotto Interno Lordo (PIL), l'Italia registra un saldo negativo, nel confronto con gli altri Paesi, per quanto riguarda la contrazione della spesa per la salute. Se nel 2010 si osservava ancora un +1%, nel 2013 il calo diventava di -3%. Nel paragonare i tagli all'interno dei grandi compartimenti di spesa pubblica, è vero che, apparentemente la spesa sanitaria è stata decurtata del 2,8% rispetto al 7,5% dell'istruzione e al 10,7% della protezione sociale; ma l'entità del taglio va rapportato al volume dei singoli bilanci e, in termini assoluti, il taglio della spesa sanitaria ha comportato i recuperi più elevati. Bisogna poi aggiungere, senza commento, che, al contrario, la spesa per l'Ordine pubblico e per la Difesa risulta aumentata. In quali settori della sanità si è voluto risparmiare? Nella progressiva riduzione del personale, che non è stato sostituito o è stato "esternalizzato", nella spesa farmaceutica e nell'acquisto di beni e servizi dal privato-accreditato. Per evitare che i tagli fossero di nuovo lineari (in percentuale indistintamente su tutte le voci di spesa, indipendentemente dalla diversa rilevanza dei servizi e delle prestazioni), l'ultimo decreto del 2015 suggeriva agli Enti Locali di proporre ai fornitori delle ASL una "rinegoziazione" del contratto, volta a ridurre i prezzi unitari dei prodotti, e/o il volume complessivo degli acquisti. Qual è stato l'impatto complessivo ottenuto? Certamente il contenimento del disavanzo della sanità, ma con rilevanti conseguenze sul piano della salute pubblica.

Le conseguenze della riduzione della spesa sanitaria sulla salute dei cittadini

Il "caso" della Grecia, come è stato documentato, è il più drammatico. L'effetto della crisi greca sul piano sanitario è stata una drastica riduzione delle prestazioni ambulatoriali, con un conseguente incremento di ricoveri; sono aumentati i suicidi e le infezioni da Hiv. L'uso dei servizi medici di routine si è ridotto in molti paesi dell'Europa occidentale in cui si è registrata una sostanziale riduzione dell'accesso ai servizi; solo la popolazione più abbiente di ogni Paese non ha subito alcun calo nella fruizione delle prestazioni. In Italia l'Agenas (l'Agenzia Nazionale per la Salute), rispetto all'accesso alla specialistica ambulatoriale, ha registrato una diminuzione di prestazioni dal 2011 al 2013. Non casualmente le persone in povertà assoluta, a cui viene a mancare il denaro anche per il cibo, sono passate, negli anni della crisi, prima al 9%, e poi al 13%. Qualcuno ha paradossalmente sottolineato gli aspetti positivi della crisi: i cittadini sarebbero costretti a mutare stili di vita rispetto a un eccesso di consumi nocivi (es. tabacco, cibi spazzatura...): il fatto è che non c'è alcuna consequenzialità tra il fenomeno della povertà e la modificazione di alcune abitudini. Un problema non risolve l'altro, ma si aggiunge e si somma al precedente. Ciò che emerge da alcuni studi internazionali e nazionali è l'aumento dei suicidi e dei tentati suicidi tra la popolazione colpita dalle conseguenze della crisi economica. Da alcune meta-analisi degli studi condotti emerge come il rischio di suicidio raggiunga un picco dopo 9 mesi dalla perdita del lavoro, ma riemerge col perdurare della situazione che assume caratteristiche di cronicità: un secondo picco si registra infatti a distanza di 30 mesi dalla perdita del reddito. Il rischio di suicidio dopo la perdita del lavoro è calcolato in un + 30% , che sul lungo termine aumenta fino a quasi raddoppiare. I rischi di suicidio e di tentato suicidio sono più evidenti dove la crisi ha colpito più forte: nell'Europa meridionale. Lo studio di De Vogli , parzialmente criticato sotto il profilo metodologico, riunendo nel computo suicidi e tentati suicidi, rileva che come diretta conseguenza delle difficoltà economiche, si registra, nel 2012, un incremento di 290 comportamenti suicidari .

Le dannose conseguenze sulla popolazione portatrice di sofferenza psichiatrica

Respetto alla popolazione che entra in uno stato di povertà come conseguenza della crisi economica, la London School of Economics ha sottolineato, in uno studio comparato tra il 2006 e il 2010, quanto lo svantaggio patito sia stato maggiormente a carico dei portatori di un disturbo mentale rispetto a tutti gli altri disoccupati: essi subiscono più la disoccupazione, trascorrono un più lungo periodo prima di trovare un nuovo lavoro, e hanno una probabilità più alta di inaccessibilità successiva al mercato del lavoro. Anche in Italia si rileva lo stesso andamento e, tra i disoccupati, coloro che sono seguiti dai servizi

psichiatrici, costituiscono una schiera del 50% più numerosa rispetto ai disoccupati senza problemi di sofferenza psichica. Il dato è simile in tutta l'OCSE: ma nel contesto italiano si registra un forte divario regionale; le Regioni del sud risultano maggiormente penalizzate su entrambi i parametri: disoccupazione per i loro abitanti e "cronicizzazione" nella mancanza di progetti di inserimento lavorativo per le persone con problematiche di sofferenza psichica. In una indagine condotta dal DSMDP di Modena, in collaborazione con la Fondazione Marco Biagi, si è cercato di verificare la ricaduta del costo della crisi sulla salute mentale mediante un'analisi multilivello. Si è rilevato un ridotto indice di salute mentale, con la diminuzione da 0,8% a 0,6%, con maggiore rilevanza tra i 15 e 64 anni. Quali sono le variabili predittive della salute mentale e fisica che emergono? Come già sottolineato dalla letteratura di settore, risulta che essere donna è sfavorevolmente associato alla salute mentale, confermando la condizione femminile suscettibile di una maggiore vulnerabilità. Viceversa l'essere coniugato comporta un effetto protettivo sulla salute mentale della donna e, per l'uomo, sulla sua salute fisica. La disoccupazione ha conseguenze negative per entrambi i generi e in maniera più rilevante per le donne. Quali azioni di contrasto vengono suggerite? Le politiche attive per il lavoro e l'inserimento sociale. È noto che per ogni 100 dollari investiti nelle politiche attive per il lavoro, si riduce dello 0,4% il rischio di suicidio. A Modena, su 600 persone con diagnosi di psicosi, il disturbo psichiatrico più grave, chi fruiva di un progetto di inserimento lavorativo ha ridotto del 54% (più che dimezzato) il numero di ricoveri e del 30% la durata media dei ricoveri stessi. La domanda che si pone è pertanto: "Stiamo dando alla salute mentale la giusta priorità?". La risposta è purtroppo negativa in quanto la parola magica "appropriatezza" dei trattamenti è stata interpretata e usata a senso unico, per giustificare i tagli alla spesa. Per giungere all'appropriatezza di un intervento non si tratta solo di eliminare le scelte superflue o sbagliate, ma anche di valorizzare le scelte che non si compiono! Sono ormai evidenti gli interventi ritenuti efficaci, ma che non vengono attivati. Un esempio su tutti è costituito dagli interventi precoci nelle psicosi. Gli interventi precoci si sono dimostrati molto efficaci: un esito positivo per il 40% dei pazienti ed un miglioramento fino all'80%. Tuttavia non più del 30% dei servizi psichiatrici dispongono di programmi strutturati per gli interventi precoci. Questo sicuramente non avverrebbe se fosse disponibile un farmaco in grado di fornire gli stessi risultati; un farmaco così potente non sarebbe sottovalutato nella cura delle malattie. Se siamo, come operatori socio-sanitari e come psicologi, più che convinti dell'efficacia di alcuni interventi che invece vengono sacrificati, bisogna essere in grado di sviluppare una maggiore advocacy: organizzarci per "Far contare la salute mentale", come recita il titolo di un articolo. Il peso globale delle patologie della salute mentale e delle dipendenze è di alto impatto, poiché costituiscono la causa principale degli anni vissuti con disabilità a livello internazionale: in aumento del 37% dal 1990 al 2010, con un trend in continua crescita. La malattia mentale pesa per il 23% in termini di perdita delle giornate lavorative (per le malattie cardiovascolari il peso è del 16%). Per quanto riguarda la mortalità la speranza di vita per

una persona con psicosi e trattata con neurolettici è di 15-20 anni inferiore a quella media. Investire sugli interventi di prevenzione e cura delle malattie mentali è conveniente anche sotto un profilo meramente economico. Sempre la London School of Economics stima che per ogni sterlina investita nel settore degli interventi precoci per la psicosi si tragga un risparmio di 18 sterline. Oggi la maggior parte delle malattie mentali è curabile e gli interventi di prevenzione risultano efficaci e convenienti. Un fatto ormai certo è che la cura psicoterapica della depressione tramite la terapia cognitiva comportamentale comporta un esito più stabile e duraturo nel tempo della sola farmacoterapia (che di per sé mostra un tasso di ricaduta più alto). La politica della salute mentale basata sull'evidenza è stata adottata dal Governo inglese per il periodo 2010-2014 con l'obiettivo di ampliare l'accesso alle terapie psicologiche. Nel report che ne è conseguito, che ha analizzato 3 anni di attività, si segnalano 1 milione di beneficiari, con 680.000 trattamenti completati, tassi di guarigione superiori al 45% e un miglioramento ritenuto significativo per il 65%; infine, 45.000 persone sono state sottratte al circuito assistenziale e restituite a una vita produttiva. E l'Italia? I dati per la definizione del fabbisogno di cure e di interventi risalgono a 15 anni fa! Viene citato uno studio del 2002 in cui la prevalenza dei disturbi ansiosi (i più diffusi) riguardava il 7% della popolazione generale. Solo una persona su sei aveva consultato un servizio nei 12 mesi precedenti e di questi, a loro volta solo uno su sei, aveva ricevuto in intervento farmacologico senza psicoterapia. Bisogna inoltre tener presente che l'AIFA (L'Agenzia Italiana per i Farmaci) segnala che il raggiungimento dell'aderenza terapeutica richiede, per avere effetto terapeutico efficace, almeno 80 giorni per gli antidepressivi, obiettivo raggiunto solo dal 33% degli assuntori.

Reinvestire sulla salute

La spesa per la salute mentale del 2008 era, sulla carta, definita intorno al 5% della spesa sanitaria complessiva. Di fatto si valuta che viene effettivamente speso dal 3% al 3,2%. Da questo punto di vista l'Italia è appena sopra a nazioni quali la Repubblica Ceca, la Lituania, Cipro, la Romania e l'Estonia. Il tema dell'equità di accesso interroga le politiche per la salute. Riguarda soprattutto il rispetto dei Livelli essenziali di Assistenza, Regione per Regione. Alcune di esse si trovano pressoché permanentemente in fondo alla classifica, avvalorando l'evidenza che vivere in determinati territori anziché in altri costituisce una corsa ad handicap per la tutela della propria salute, sia per le condizioni di vita che per l'assetto dei servizi. In base al proprio "codice postale" si ha maggiore o minore probabilità di ammalarsi e di curarsi. In questo modo l'accesso ai servizi assume l'aspetto di una lotteria. Allo Stato compete l'obbligo di definire gli obiettivi e gli standard, nonché il controllo dell'attuazione dei LEA, alle Regioni e alla ASL la gestione. Allo Stato è attribuito un potere di sostituzione là dove le Regioni risultano inadempienti o fallimentari, ma solo

rispetto agli obiettivi economici, non la Tutela della salute. Si è commissariati sulla base del disavanzo economico, non per il mancato raggiungimento degli obiettivi di salute. È un paradosso che dobbiamo superare.

Per un cambio di paradigma culturale

di *Maurizio Pallante*

Il dott. Pallante apre il suo intervento con due interrogativi “di prospettiva”, che rivelano la portata culturale dei quesiti fin qua posti. “Il disagio sociale è destinato ad aumentare o a diminuire?” I fondi per il SSN sono destinati a aumentare o diminuire?

Questa premessa fa presagire che questo momento critico sia ancora ben distante dal finire.

Si parlava nei precedenti interventi di una correlazione tra disagio e povertà. Se la povertà è carenza di reddito, il disagio sarebbe dunque da ricondurre meramente a una carenza di reddito? L'implicazione conseguente è che ad un aumentare dei redditi dovrebbe corrispondere una proporzionale diminuzione del disagio psichico e non? Forse questo passaggio logico rischia di essere fuorviante. Sarebbe opportuno provare altri ragionamenti, aprire a nuovi scenari e nuovi valori, mettendo in discussione gli indicatori di povertà (relativa e assoluta) che finora sono rimasti confinati entro logiche di mercato in cui il contrasto alla povertà è sorretto unicamente dall'inseguire un aumento di produzione e reddito. L'alzarsi o l'abbassarsi della soglia di povertà in che termini vanno misurati? Per fare un esempio: nella generazione dei nostri nonni se non si possedeva il telefono non si era necessariamente poveri per questo motivo. Oggi chi non ha uno smartphone è povero. Insomma, se il possedere dei beni può portare ad un maggior benessere, il disagio non è necessariamente causato dalla povertà, una società ricca non è necessariamente una società sana laddove non vengano considerati altri parametri. Inoltre nello stabilire ricchezza e povertà di una persona, la variabile economica deve necessariamente essere l'unica? E se provassimo a utilizzare come indicatore il tempo libero? La possibilità di coltivare relazioni ricche e significative?

Vengono messi in discussione alcuni dei paradigmi attuali. L'occupazione è l'unica forma di lavoro? La casalinga, che non riceve un reddito in cambio dei suoi servizi, non produce comunque un lavoro importante? È davvero solo il denaro l'unica forma di ricchezza? Contrastare le disuguaglianze, secondo il dott. Pallante, non significa semplicemente cercare di aumentare la disponibilità di risorse economiche per le persone più povere e metterle nelle condizioni di accedere alle cure, ma scardinare un sistema (di valori) che nel suo complesso, anche nei suoi tentativi di prendere delle contromisure, perpetua e riproduce, talvolta senza rendersene conto, il meccanismo delle disuguaglianze. Viene proposta una visione alternativa. Perché anziché cercare di far aumentare i redditi non è possibile far diminuire i consumi? Nel suo intervento emerge come quanto sia necessario ripensare dei paradigmi che, visti in maniera acritica, non pongono prospettive di cambiamento radicale.

Per fare un esempio il dott. Pallante ritorna sugli anziani la cui qualità di vita ad esempio può essere migliorata con l'utilizzo di condizionatori all'interno delle RSA in cui sono ospita-

ti. Viene ricordato che una soluzione di questo tipo va però ad aumentare l'inquinamento, contribuendo a rovinare il clima e di conseguenza si contribuisce a generare ulteriori ondate di caldo anomalo da cui gli anziani possono trovare sollievo con l'impiego dei condizionatori. Si costituisce un fenomeno paradossale, come un cane che si morde la coda.

È necessario un cambiamento degli stili di vita e dei valori. Qui viene sottolineato come il grande inganno del nostro tempo sia stato quello di far coincidere il benessere con il consumo (di merci), mentre, secondo il dott. Pallante, il luogo dove il benessere può esprimersi è quella della comunità (com-munus), dove il tempo e le relazioni sono beni di valore (economia del dono). Ma in una società dove il valore è dettato dalle regole del mercato è inevitabile che non ci sia spazio per soddisfare bisogni umani più autentici.

Così ci troviamo oggi in un contesto emergenziale in cui vi è un'istituzionalizzazione del disagio, dove chi sta male viene isolato ed etichettato, mentre gli operatori della salute si affannano a rincorre a posteriori un rimedio ad un malessere che invece potrebbe essere prevenuto tramite la ricostruzione di legami sociali. Detta in altri termini bisogna intervenire sulle cause e non sui sintomi. L'ottica della prevenzione si rivelerebbe lungimirante e dovrebbe essere il riflesso di una visione diversa. Una visione realizzata da professionisti che tuttavia non possono solo esser quelli del mondo economico. Sarebbe auspicabile individuare degli indicatori di benessere tramite l'apporto, non solo degli economisti, ma anche tramite quello di tutti i professionisti della salute che, uniti in un'ottica interdisciplinare, potrebbero offrire risposte più articolate per prospettive a lungo termine.



www.ordinepsicologi.piemonte.it

ORDINE DEGLI PSICOLOGI - Consiglio Regionale del Piemonte -
Via San Quintino n. 44 10121 - TORINO
Tel. 011.53.76.86 - 011.53.88.33
email segreteria.iscritti@ordinepsicologi.piemonte.it