

Salute diseguale: Agiamo sulla scia di Francesco



“Sarebbe considerato un furto da parte nostra se non dessimo a qualcuno che ha molto più bisogno di noi”
San Francesco

a cura di
Aldo Bova

Atti del Convegno

Assisi, 16 novembre 2019



Salute diseguale Agiamo sulla scia di Francesco



Atti del convegno *Salute diseguale. Agiamo sulla scia di* *Francesco*

A cura di Aldo Bova



INDICE GENERALE

Introduzione.....	5
Salute diseguale.....	6
Atlante delle disuguaglianze geografiche e socioeconomiche nella mortalità	11
Salute diseguale e sofferenza mentale.....	17
Economy of Francesco	21
Verso l'equità nella salute	27
Economie in sanità e rischio disuguaglianze.....	30
Una cultura cristiana per una sanità universalistica.....	40
Fattore salute e vita prenatale	43
Conclusioni.....	45
Indice degli autori.....	47



INTRODUZIONE

Aldo Bova

Presidente del Forum delle Associazioni sociosanitarie

“Sarebbe considerato un furto da parte nostra se non dessimo a qualcuno che ha molto più bisogno di noi” – San Francesco.

In Italia i più poveri e più incolti vivono tre anni meno dei più ricchi e più colti. Ponendo in relazione il Sud con il Nord il gap aumenta di un anno.

Presso l’Istituto dei tumori “Pascale” di Napoli è stato osservato che, fra i pazienti che per neoplasie vengono trattati con chemioterapia, il 30% di coloro che sono incolti e poveri non risponde al trattamento. La percentuale è molto più ridotta fra le persone colte e in buone condizioni economiche. Questo è un dato triste ed allarmante, non conosciuto nell’opinione pubblica, che deve essere posto all’attenzione viva della politica, delle istituzioni, del sociale, della Chiesa, del volontariato, del laicato cattolico.

È necessario fare in modo che:

- nella popolazione si abbia percezione del diffusissimo fenomeno della Salute Diseguale
- lo si studi sotto i vari profili
- si cerchino le strade per uscirne
- ci si attivi per andare verso una condizione di equità nella Salute o, almeno, per far sì che si riduca la Salute Diseguale.

Il Forum delle Associazioni sociosanitarie ritiene che sia proprio dovere partecipare al progetto di far conoscere e far ridurre la Salute Diseguale.

In questa ottica ha organizzato ad Assisi un Convegno sul tema: Salute diseguale. Agiamo sulla scia di Francesco, tenuto il giorno 16 novembre 2019 presso l’Istituto Serafico.

Riteniamo utile raccogliere i contributi presentati, che devono costituire una base per la conoscenza del grave problema ed una base per ulteriori azioni divulgative ed operative nell’ambito della volontà di partecipare al progetto di portare la nostra comunità nazionale verso l’equità nella salute.



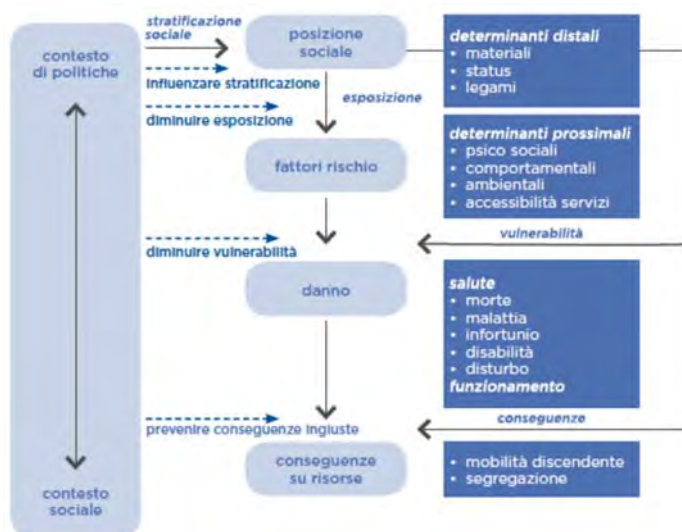
SALUTE DISEGUALE

C. Mirisola

Direttore Generale Istituto Nazionale salute Migrazioni e Povertà (INMP)

La salute diseguale è spesso socialmente determinata, frutto di meccanismi noti e documentati, ed entro certi limiti evitabili e modificabili.

Il modello causale, che è generalmente considerato il migliore nell'offrire un quadro esplicativo dei meccanismi attraverso cui lo svantaggio sociale influenza le disuguaglianze di salute, è quello proposto da Diderichsen (1).



Il punto di partenza del modello è rappresentato dalla stratificazione sociale. Si tratta di un insieme di processi economici, sociali e culturali che portano a una distribuzione diseguale dei più importanti fattori che permettono all'individuo di avere una maggiore capacità di autodeterminazione: si tratta dei cosiddetti "determinanti sociali di salute" (o determinanti distali, cioè le cause remote), importanti nel condizionare le dinamiche di salute all'interno della popolazione. Questi determinanti sono riconducibili alle risorse materiali, quali il reddito, al prestigio come lo status sociale e ai legami familiari e sociali. In tale ambito ricadono anche le differenze di genere o etnia, che sono talvolta all'origine di discriminazioni (ad esempio sul luogo di lavoro) e di un accesso diseguale alle opportunità.



Tra i determinanti più rilevanti, risultano la disponibilità di un lavoro e di una rete familiare, il livello di istruzione e le risorse materiali, misurate anche attraverso le condizioni abitative. Le persone più svantaggiate vivono più spesso in contesti abitativi più degradati, a loro volta causa di peggiori condizioni di salute. In particolare, se il lavoro ha caratteristiche di orario, condizioni fisiche e sociali, retribuzione, stabilità percepita, troppo lontane dai bisogni della persona, emergono sulla salute fisica e mentale effetti di breve e lungo periodo, ancora più accentuati in condizione di disoccupazione.

In generale, le persone svantaggiate sono più esposte ai principali fattori di rischio per la salute, come gli stili di vita insalubri (fumo, alcool, sovrappeso, sedentarietà, alimentazione non equilibrata, rapporti sessuali non protetti), fanno minore ricorso alla prevenzione, presentano rischi disuguali negli ambienti di vita e di lavoro, e più elevati fattori di rischio psicosociali, legati soprattutto all'occupazione.

Nel complesso le persone più povere muoiono di più e prima, fanno più fatica a curarsi anche a causa della rinuncia a prestazioni sanitarie per motivi economici.

I meccanismi all'origine della salute diseguale dispiegano i loro effetti lungo tutto il corso di vita di una persona, già a partire dai primi mesi di vita. Essi ricadono in parte sotto la competenza dell'ambito sanitario, in parte nel raggio di intervento di altri settori.

I determinanti delle disuguaglianze di salute che ricadono tra le più dirette competenze della sanità riguardano le barriere nell'accesso alle cure, la cui presenza si traduce non tanto in un differente rischio di ammalarsi, quanto piuttosto nel rischio di non guarire dalla malattia o di subirne limitazioni funzionali.

Un recente studio italiano ha confermato come lo status sociale sia il fattore in grado di influenzare maggiormente la mortalità prematura nella popolazione (2).

In Italia, nonostante si sia osservato, nelle ultime decadi, un progressivo miglioramento delle condizioni di salute, le persone di più elevato livello socioeconomico godono di migliore salute, si ammalano di meno e vivono più a lungo.

Nel periodo 2012-2014, i maschi italiani laureati vivevano in media 3 anni in più rispetto a chi aveva frequentato solo le scuole dell'obbligo, mentre tra le donne laureate il vantaggio sulle meno istruite era di un anno e mezzo. Allo stesso modo, le regioni italiane più povere mostrano indicatori di salute meno favorevoli. Il Mezzogiorno presenta un maggior rischio di mortalità prematura del resto d'Italia, fenomeno associato ad una maggiore concentrazione dello svantaggio sociale.



Analoghe differenze si osservano confrontando le aree metropolitane con le aree interne del Paese.

Inoltre, i dati delle ultime indagini Istat sulla salute (2000, 2005, 2013), mostrano la presenza di barriere nell'accesso alle cure appropriate per gli italiani di bassa istruzione, i quali ricorrono più spesso alle visite generiche e all'ospedale (e presso il pronto soccorso?), mentre riportano con minor frequenza esami e visite specialistiche; tale risultato trova conferma nell'aumento di persone che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie per motivi economici. In termini di disuguaglianze territoriali la crisi finanziaria globale ha colpito maggiormente il Mezzogiorno, con caduta dell'occupazione, del reddito pro-capite e anche degli investimenti pubblici. Va tuttavia rilevato come in Italia i sistemi universalistici di garanzia messi in atto dallo Stato (ad esempio la sanità pubblica e il sistema scolastico) abbiano sinora mitigato gli effetti della crisi economico-finanziaria sullo stato di salute della popolazione. In particolare, nel nostro Paese i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sembrano garantire la salute di tutti, anche dei soggetti più svantaggiati, nonostante la diseguale distribuzione sul territorio nazionale dei servizi, in termini sia quantitativi che qualitativi. Le differenze dei servizi erogati nel paese, dovute anche alle misure di austerità adottate in seguito alla crisi, riducono infatti l'effetto protettivo del dispositivo dei LEA, indebolendone i livelli effettivi di garanzia, soprattutto nel Mezzogiorno; è di tutta evidenza che la capacità di risposta del Paese varia da regione a regione.

Proprio perché molte disuguaglianze nella salute sono "socialmente determinate", esse possono e devono essere contrastate. Un'azione programmatica di contrasto alle disuguaglianze non può che assumere come riferimento l'articolo 32 della Costituzione, che tutela la salute come diritto esigibile da parte dell'individuo e come interesse della collettività, in quanto bene comune. Inoltre, il riconoscimento di cure gratuite agli indigenti evidenzia che alcuni diritti devono essere riconosciuti non solo formalmente, ma anche resi concretamente accessibili a tutti, specie a chi, per condizioni materiali svantaggiate, potrebbe non goderne in maniera effettiva.

Per raggiungere tali finalità, il Ministero della Salute si è dotato dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP). L'INMP ha nella sua "mission" istituzionale il perseguimento dell'equità nella salute attraverso la produzione di evidenze scientifiche, la realizzazione di attività di ricerca epidemiologica e la sperimentazione di modelli assistenziali utili a supportare i decisori politici nell'elaborazione di possibili strategie programmatiche efficaci, per i vari livelli del



sistema socio-sanitario. In particolare, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha assegnato all'INMP l'obiettivo di costruire una base di conoscenza sul tema delle disuguaglianze e di avviare una discussione critica tra i principali attori delle politiche, pubblici e della società civile sul tema dell'equità nella salute.

Al fine di stimolare le azioni programmatiche più efficaci e mirate, l'INMP si pone come centro di riferimento nazionale per il monitoraggio e il coordinamento delle politiche di contrasto alle disuguaglianze di salute. Sul fronte del monitoraggio, l'INMP ha attivato numerose linee di attività, con lo scopo di valutare in maniera rigorosa e sistematica le iniquità nella salute nel Paese, in collaborazione con i centri epidemiologici che hanno maturato esperienze sul tema, ma anche con il proposito di stimolare lo sviluppo di altri centri nelle aree sinora più carenti. Sia pure informalmente, dal 2013 all'interno dell'INMP opera con tali finalità l'Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute (OENES), che ha già prodotto importanti e riconosciuti risultati in ambito scientifico e di sanità pubblica, del quale si auspica la formale istituzione.

Nel 2017 l'INMP ha ricevuto mandato dal Ministro della Salute di curare la redazione del volume *L'Italia per l'equità nella salute* (3), elaborato in collaborazione con gli altri tre Enti vigilati (ISS, AGENAS, AIFA) e la ASL TO3 (uno dei principali centri di riferimento in Italia per lo studio della tematica). Il documento ha mostrato un Paese ancora diseguale nella salute, che ha la necessità di investire risorse economiche per ridurre tali disuguaglianze, come nel caso della prevenzione. Un investimento in tale ambito può generare migliori esiti nella salute, ma anche risparmi per il sistema sanitario, per la riduzione dell'incidenza e l'incremento della diagnosi precoce delle patologie oggetto degli interventi, e la conseguente riduzione del carico di sofferenze, soprattutto per le persone più svantaggiate e vulnerabili.

Nell'ambito delle attività dell'OENES, l'INMP ha attivato protocolli di ricerca con l'Istat, per valorizzare il patrimonio informativo e di competenze dell'Istituto ai fini della valutazione dell'equità nella salute in Italia. Uno dei principali prodotti di questa collaborazione è stato l'Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione (4), che ha consentito di indagare contemporaneamente le disuguaglianze geografiche e quelle socioeconomiche, misurate attraverso il titolo di studio, nel nostro Paese.

La disponibilità di dati aggiornati sulle disuguaglianze di salute in Italia appare cruciale per l'importanza che il tema va assumendo nell'agenda del governo italiano,



e nell'ottica di evidenziare gli eventuali effetti della lunga crisi economica e della crisi sociale che hanno colpito gravemente il nostro Paese. Sino ad oggi le fonti informative disponibili non consentivano di valutare congiuntamente le differenze nella mortalità a livello territoriale e geografico. La rappresentazione cartografica è particolarmente utile in termini di programmazione sanitaria, poiché evidenzia le differenze di mortalità dovute a fattori comportamentali, ambientali o sanitari. È possibile valutare quanto ampie siano le disuguaglianze di salute in ogni area, quali ne siano le spiegazioni più documentate e quindi quali possano essere le azioni di correzione più promettenti. Infatti, le differenze relative e assolute nella mortalità per titolo di studio documentano quale sia il potenziale di mortalità evitabile ancora attingibile, suggerendo così spunti per una valutazione delle priorità e la definizione di target di salute.

Bibliografia

1. Diderichsen E, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T. et al., eds. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press 2001.
2. Rasulo D, Spadea T, Demaria M, Onorati R e Costa G. Conta di più da chi nasci o dove arrivi? Determinanti di salute nel corso di vita. In: Costa G, Stroschia M, Zengarini N, Demaria M. 40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche. Milano, Inferenze 2017: 252-255.
3. Costa G, Baglio G, Costanzo G, Di Napoli A, Di Palma R, Eugeni E, Fortino A, Frazzica RG, Petrelli A, Masocco M, Punzo O, Rosano A, Vella S, Braga M, Cislighi C, Erba P, Latronico C. L'Italia per l'equità nella salute. Mirisola C, Ricciardi G, Bevere F, Melazzini M (a cura di). <https://www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/L-Italia-per-l-equita-nella-salute-Scarica-il-documento-tecnico>
4. Petrelli A, Di Napoli A, Sebastiani G, Rossi A, Giorgi Rossi P, Demuru E, Costa G, Zengarini N, Alicandro G, Marchetti S, Marmot M, Frova L. Italian atlas of mortality inequalities by education level. Petrelli A, Frova. *Epidemiol Prev* 2019; 43(1) Suppl.1:1-120.



ATLANTE DELLE DISUGUAGLIANZE GEOGRAFICHE E SOCIOECONOMICHE NELLA MORTALITÀ

A. Di Napoli

Istituto Nazionale salute Migrazioni e Povertà (INMP)

Differenze nella salute per livello socioeconomico sono presenti in tutti i Paesi, indipendentemente dal loro livello di mortalità, ovunque con un peggior stato di salute nei livelli socioeconomici più bassi, sia su indicatori di salute oggettiva, quali morbosità, disabilità e mortalità, sia su indicatori di salute autoriferita (1, 2).

In Italia, nonostante il progressivo miglioramento delle condizioni di salute osservato negli ultimi decenni e livelli di disuguaglianza tra classi sociali meno pronunciati rispetto agli altri Paesi europei, esistono differenze sistematiche: le persone più svantaggiate stanno peggio, si ammalano di più e vivono di meno. Allo stesso modo, le regioni italiane più povere mostrano indicatori di salute e di assistenza sanitaria meno favorevoli. Tali differenze sono socialmente determinate e pertanto, almeno in parte, evitabili e modificabili (3).

L'Istituto Nazionale salute Migrazioni e Povertà (INMP), ente del Ministero della Salute, ha come sua "mission" istituzionale quella di perseguire l'equità nella salute. A tal fine, tra le attività dell'INMP vi è quella di Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute (OENES), che produce evidenze scientifiche utili anche a supportare i decisori nell'elaborazione di possibili strategie programmatiche efficaci, per i vari livelli del sistema socio-sanitario.

Allo scopo di studiare il tema dell'equità nella salute in Italia, l'INMP ha attivato protocolli di ricerca con l'Istat, per valorizzarne il patrimonio informativo e di competenze. Uno dei principali prodotti di questa collaborazione è stato l'Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione (4), che ha consentito, attraverso l'uso di cartografie e indicatori, di indagare contemporaneamente le disuguaglianze geografiche e quelle socioeconomiche, misurate attraverso il titolo di studio, nella mortalità e nella speranza di vita in Italia. Lo studio è stato condotto su tutta la coorte della popolazione residente in Italia e rilevata al 15° Censimento della popolazione e delle abitazioni (2011), di età compresa tra i 30 e gli 89 anni, nella quale attraverso una procedura di record linkage con gli archivi dell'Indagine su decessi e cause di morte e delle Iscrizioni e cancellazioni all'anagrafe per trasferimento di residenza sono stati individuati i decessi e i trasferimenti all'estero nel periodo 2012-2014.



Il livello socioeconomico è misurato attraverso il livello di istruzione, perché è l'informazione più disponibile a livello individuale ed è associato a tutti i possibili determinanti delle condizioni di salute, dai fattori di rischio legati agli stili di vita, all'accesso alle misure di prevenzione e ai percorsi di cura più appropriati. Infine, il livello di istruzione, una volta acquisito, ha il vantaggio di risultare per lo più invariante nel tempo.

Nell'Atlante sono mostrate due tipologie di mappe: quelle su base provinciale dei rapporti standardizzati di mortalità (SMR) e quelle su base regionale della frazione di mortalità attribuibile nella popolazione (PAF). Le mappe sono state prodotte per 35 grandi raggruppamenti di cause di morte che rappresentano circa il 90% delle cause di tutti i decessi.

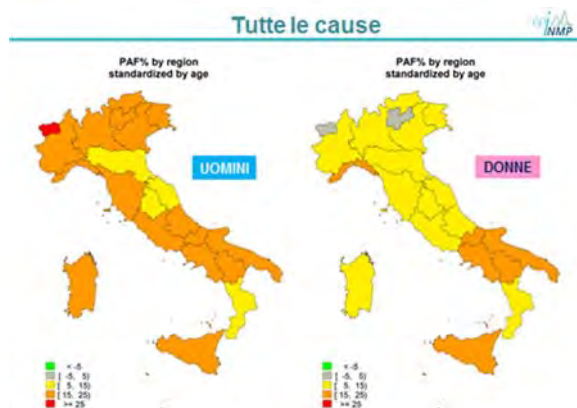
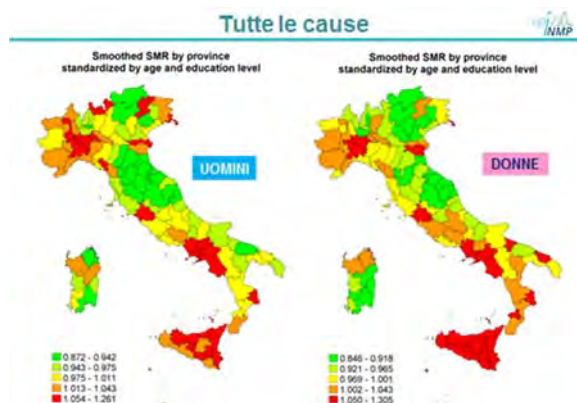
Gli SMR sono aggiustati per età e livello di istruzione, pertanto mostrano le differenze di mortalità tra le singole province imputabili a fattori geografici di contesto, consentendo di evidenziare se la mortalità in una determinata provincia è superiore o inferiore rispetto alla media nazionale. Per le finalità dell'Atlante, tutte le province sono state classificate in 5 categorie, differenziate cromaticamente dai valori minimi a quelli massimi di mortalità: verde scuro, verde chiaro, giallo, arancione, rosso. La classificazione è stata ottenuta sulla base dei quintili della distribuzione dei valori degli SMR osservati per ciascun raggruppamento di cause di morte; quindi, va sottolineato che a uno stesso colore possono corrispondere differenti valori di rischio (mostrati in legenda) a seconda del raggruppamento di cause di morte considerato.

I PAF sono stati calcolati dopo aver standardizzato per età i tassi di mortalità e misurano, per ciascuna regione, la proporzione di mortalità dovuta ad un livello di istruzione medio o basso, quindi la mortalità potenzialmente evitabile se tutta la popolazione avesse un titolo di studio alto. Le mappe dei PAF sono utili per valutare l'impatto delle disuguaglianze socioeconomiche sulla mortalità, in quanto il livello di istruzione rappresenta in ciascuna regione il fattore di esposizione per la causa di morte in esame. Per le finalità dell'Atlante le regioni sono state classificate in 5 categorie, ottenute utilizzando valori soglia fissi per qualsiasi raggruppamento di cause di morte. Le mappe sono state elaborate utilizzando una scala cromatica a cinque colori che definiscono 5 intervalli fissi di valori di mortalità attribuibile al medio e basso livello di istruzione: rosso ($\geq 25\%$), arancione (15-25%), giallo (5-15%) che rappresentano valori associati a un maggior impatto del minor titolo di studio; grigio (da -5% a +5%) che rappresenta la condizione di indifferenza rispetto al titolo di studio, mentre il verde ($< -5\%$) indica quelle condizioni patologiche per le



quali possedere un più basso titolo di studio è protettivo rispetto a possederne uno più elevato.

I risultati dell'Atlante mostrano che in Italia le disuguaglianze socioeconomiche nella mortalità sono presenti tra tutte le regioni, ma anche all'interno delle Regioni. A titolo di esempio, nelle successive figure (adattate dall'Atlante) sono presentate le mappe provinciali degli SMR e le mappe regionali dei PAF, separatamente per uomini e donne, per "tutte le cause" di morte.



Le persone meno istruite di sesso maschile rispetto alle più istruite mostrano in tutte le regioni una speranza di vita inferiore di tre anni rispetto a quelle con più alto livello di istruzione; tra le donne il differenziale tra le più e meno istruite è di un anno e



mezzo. Nelle regioni del Mezzogiorno, indipendentemente dal livello di istruzione, i residenti perdono un ulteriore anno di speranza di vita.

In Italia, le persone con basso livello di istruzione hanno una probabilità di morte per tutte le cause, più elevata del 35% tra gli uomini e del 24% tra le donne, rispetto a chi ha un'alta istruzione. Inoltre, la mortalità per tutte le cause attribuibile al basso livello d'istruzione su base nazionale è del 13,4% nelle donne e del 18,3% negli uomini.

Le differenze geografiche producono differenziali di mortalità per tutte le cause, rispetto alla media nazionale, compresi tra -15% e +30% nelle donne e tra -13% e +26% negli uomini.

I differenziali geografici sono maggiori per le malattie cardiovascolari, le malattie respiratorie e gli accidenti, mentre sono minori per molte sedi di patologie tumorali. Si osserva un netto gradiente di mortalità con eccesso al Sud per le malattie cardiovascolari, dove vi sono aree in cui la mortalità tra i più istruiti è superiore a quella dei meno istruiti residenti in alcune aree del Nord. La mortalità cardiovascolare è più elevata nel Mezzogiorno, indipendentemente dal livello di istruzione.

Al contrario, il gradiente di mortalità è crescente da Sud a Nord, con l'eccezione del cluster osservato nelle province di Napoli e Caserta, per i tumori nel loro insieme e per la maggior parte delle singole sedi tumorali. Inoltre, esiste un gradiente Est-Ovest con maggiore mortalità nel Nord-Ovest e sulla costa tirrenica per molte cause, soprattutto malattie cerebrovascolari e tumori nel loro insieme.

Il pattern di mortalità per malattie cardiovascolari è sostanzialmente sovrapponibile a quello rilevato per il diabete mellito e per le malattie renali (4). Tali patologie condividono fattori di rischio, metabolici e comportamentali (iperglicemia a digiuno, ipertensione, elevato body mass index, dieta), che hanno prevalenze particolarmente elevate proprio nel Mezzogiorno, in particolare tra le persone con un livello di istruzione più basso (5, 6). Nel caso del diabete la prevalenza della patologia segue lo stesso andamento Nord-Sud, con valori superiori alla media nazionale in tutto il Centro-sud (6).

Per quanto riguarda il gradiente Sud-Nord rilevato per la mortalità per tumori, si può ipotizzare una maggiore esposizione a fattori ambientali e occupazionali, ma sono ipotesi che meritano approfondimenti. Ad esempio, si potrebbero ipotizzare effetti del particolato (PM2.5, PM10) sulla salute in presenza di condizioni climatiche (inversione termica) che ne favoriscono la persistenza; oppure il possibile effetto di esposizioni occupazionali sull'insorgenza di alcune patologie. Motivo di riflessione



è l'osservazione del cluster di mortalità osservato nell'area della cosiddetta "terra dei fuochi". Il trend Sud-Nord nella mortalità per incidenti stradali potrebbe essere attribuito a fattori climatici, stili di vita (consumo di alcol), mentre l'eccesso di suicidi a fattori climatici e culturali.

Il trend di mortalità Est-Ovest per malattie cerebrovascolari e tumori in diverse sedi tumorali potrebbe essere legato alla concentrazione nel Nord-Ovest di grandi città, di aree industriali; differente distribuzione storica dell'urbanizzazione sulle due coste, con grandi città e centri portuali più concentrati sul versante tirrenico. Inoltre, poiché gli effetti misurati sono aggiustati per titolo di studio, si potrebbe avere una amplificazione delle differenze osservate nella mortalità a sfavore delle città più grandi (sovrastimata per la maggiore proporzione di laureati), senza che tali differenze corrispondano necessariamente a un più elevato "burden" di malattia.

L'utilità dell'Atlante per i decisori e i programmatori consiste nel fatto che molte delle ipotesi che emergono dalla lettura dei risultati prodotti necessitano di essere meglio analizzate e valutate; a tal fine è quindi fondamentale favorire la ricerca e la valutazione dei fattori di rischio e della qualità dell'assistenza sugli esiti di salute, anche facilitando la disponibilità dei flussi informativi sanitari e l'integrazione delle basi dati.

Pertanto, i risultati dell'Atlante, alla luce della centralità che il tema delle disuguaglianze ha assunto nel dibattito politico, in conseguenza della recessione di lunga durata e della conseguente crisi sociale degli ultimi anni, costituiscono una base per l'individuazione di politiche che ne contrastino gli effetti nel Paese. Politiche attive sulle disuguaglianze di salute possono determinare risparmi per il sistema nel suo complesso, per le ricadute sul fabbisogno assistenziale e sulla produttività, senza contare l'impatto positivo sui carichi di sofferenza delle persone più fragili.

Bibliografia

1. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Engl J Med* 2008; 358: 2468-2481.
2. Hu Y, Van Lenthe FJ, Borsboom GJ, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. *J Epidemiol Community Health* 2016; 70: 644-652. 2016/01/21.
3. Costa G, Baglio G, Costanzo G, Di Napoli A, Di Palma R, Eugeni E, Fortino A, Frazzica RG, Petrelli A, Masocco M, Punzo O, Rosano A, Vella S, Braga M,



-
- Cislaghi C, Erba P, Latronico C. L'Italia per l'equità nella salute. Mirisola C, Ricciardi G, Bevere F, Melazzini M (a cura di). <https://www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/L-Italia-per-l-equita-nella-salute-Scarica-il-documento-tecnico>
4. Petrelli A, Di Napoli A, Sebastiani G, Rossi A, Giorgi Rossi P, Demuru E, Costa G, Zengarini N, Alicandro G, Marchetti S, Marmot M, Frova L. Italian atlas of mortality inequalities by education level. Petrelli A, Frova L (a cura di). *Epidemiol Prev* 2019; 43(1) Suppl.1: 1-120.
 5. IBDO Foundation. 11th Italian diabetes & obesity barometer report: Facts and figures about obesity diabetes type 2 in Italy 2017. Lauro R, Novelli G (a cura di). *Italian Diabetes Monitor* 2018 aprile (n.1). <http://www.ibdo.it/pdf/Report-2017.pdf>
 6. Istat. Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013. Risultati dell'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" (2012-2013). Istat, 10 luglio 2014 https://www.istat.it/it/files//2014/07/salute_9-luglioDEF_14-luglio.pdf



SALUTE DISEGUALE E SOFFERENZA MENTALE

T. Cantelmi

Presidente Associazione Cattolici Psicologi e Psichiatri Italiani (AIPPC)

Negli ultimi anni si è sempre più diffuso tra gli esperti delle politiche di salute l'utilizzo dell'espressione Marmot Review per denotare le occasioni in cui una società e le sue istituzioni si interrogano sulla propria capacità di tutelare il benessere della popolazione e di promuoverne il beneficio più equo possibile. Nella sua lunga esperienza di clinico ed epidemiologo, Michael Marmot ha studiato diverse popolazioni mondiali evidenziando come la deprivazione e il livello socio-economico sono causa di malattia. La povertà, infatti, al pari di una malattia fisica cronica, è spesso associata a una maggiore frequenza di fattori di rischio individuali, a stili di vita non salutari e ad ambienti di vita più degradati (1). In altri termini, le persone socialmente più disagiate, con una scolarità più bassa e minore controllo sulla propria esistenza, tendono ad ammalarsi con più frequenza.

I dati delle ricerche scientifiche convergono nel dimostrare che l'aspettativa di vita (intesa anche come qualità di vita) è inferiore nelle persone a più basso livello sociale e che determinanti di natura sociale e politica, al pari di altri determinanti di natura medica, incidono sullo sviluppo cognitivo, sulla salute in generale e in particolare sulla salute mentale.

Qualunque sia il livello di analisi di un organismo, da quello biochimico a quello comportamentale, gli effetti dei geni sono intimamente intrecciati con quelli ambientali. Tutte le capacità fisiche e comportamentali di un individuo sono il prodotto di una continua e complessa interazione fra geni e ambiente, e nessuno dei due fattori può essere attribuito un ruolo prevalente sull'altro. Dunque, le esperienze possono modificare alcune caratteristiche del cervello e, di conseguenza, il comportamento e la cognizione (2).

Le esperienze vissute nella prima infanzia sono una base preziosa per l'intero ciclo di vita e sono influenzate dall'ambiente socio-economico in cui i bambini nascono e crescono e dalle figure adulte di accudimento. Famiglia, servizi e comunità di appartenenza possono condizionare, sia in senso positivo che negativo, lo sviluppo futuro degli individui. Pertanto, le prime esperienze orientano lo sviluppo secondo percorsi che sarà più difficile modificare a mano a mano che il bambino diventa adulto.



Molti studi hanno concentrato la loro attenzione su come l'arricchimento ambientale abbia attenuato disfunzioni cognitive in uomini e donne separati precocemente dalla figura di accudimento ed evitato l'elevata circolazione di citochine pro-infiammazione (3). Infatti, lo stress postnatale, che può essere generato da una precoce separazione dalla figura materna o da un caregiver significativo, causa una disfunzione cognitiva e deficit della memoria funzionale che sono largamente mediati dalla corteccia prefrontale. L'esposizione a situazioni di stress nei primi momenti di vita e di crescita degli individui condiziona negativamente i futuri processi cognitivi (4), portando a significativi aumenti nella vulnerabilità, fino a disturbi psichiatrici, inclusi depressione, abuso di droghe e schizofrenia (5). Dunque, nascere e crescere in un ambiente altamente stimolante consente un corretto sviluppo della funzionalità cerebrale, al contrario di quanto accade in condizioni di svantaggio socio-economico. L'inquinante, secondo Marmot, è proprio la povertà o più in generale l'essere più in basso nella scala sociale, e ciò limita lo sviluppo intellettuale e sociale dei bambini (1).

Clancy Blair e C. Cybele Raver sostengono che un numero crescente di evidenze scientifiche indicano che gli effetti della povertà sullo sviluppo fisiologico e neurologico sono probabilmente centrali e collegati alle lacune scolastiche, ai bassi risultati accademici ed hanno delle ripercussioni negative sulla salute fisica e mentale (6).

Un'analisi sulla relazione tra differenze socio-economiche e Q.I. ha evidenziato come lo sviluppo cognitivo dei bambini è fortemente influenzato dallo status socio-economico delle famiglie di appartenenza, a dimostrazione del fatto che i fattori sociali hanno un impatto maggiore rispetto a quelli biologici (British Cohort Study, 1970). I dati di questo studio hanno dimostrato che un bambino può essere intelligente a ventidue mesi di età, ma se vive in una famiglia con un basso livello socio-economico, la sua intelligenza tenderà a diminuire negli anni successivi e, viceversa, un bambino che a ventidue mesi di età potrebbe non essere brillante cognitivamente, se appartiene ad una famiglia con un'elevata posizione economica "deve solo resistere" e i suoi punteggi miglioreranno.

L'esposizione a condizioni di vantaggio/svantaggio socio-economico a partire dalla prima infanzia influenza, dunque, gli aspetti epigenetici, psicosociali, fisiologici e comportamentali dell'individuo e contribuisce alle disuguaglianze sociali ed economiche e conseguentemente a disparità nei processi di salute fisica e mentale. Secondo il modello di causalità, infatti, la posizione nella scala sociale influenza il ruolo dei genitori, che a sua volta influenza lo sviluppo cognitivo,



sociale, emotivo e fisico dei bambini, che è a sua volta in relazione con le disuguaglianze nella salute mentale e fisica nell'età adulta (1).

Oltre alla povertà economica, un altro concetto di povertà diffuso nella società post-moderna, è quello della povertà vitale, intendendo con essa una restrizione della capacità relazionale, affettiva, valoriale e religiosa. La povertà vitale, seppur teoricamente influenzata da quella economica, fa riferimento ad un impoverimento delle qualità e delle risorse umane generali della persona ed è caratterizzata da un sentimento di vuoto interiore, da una mancanza di significato della propria vita.

Per tale motivo, questa perdita di valori, dell'affettiva e del senso morale e religioso contribuisce a determinare l'insorgenza di un disagio psicologico mediante una serie di fattori di mediazione psicosociali, tra cui la loneliness (7). Il concetto di loneliness fa riferimento ad un sentimento primitivo di dolore, percezione soggettiva di una discrepanza tra le relazioni interpersonali desiderate e quelle vissute nella realtà (8).

In tal senso, non costituisce una misura quantitativa, come ad esempio il numero di amici che una persona ha, piuttosto esprime la qualità delle relazioni e la percezione che l'individuo ha della propria condizione, anche rispetto a ciò che desidera. La povertà e la disuguaglianza incidono negativamente sulla capacità di instaurare legami sociali qualitativamente significativi. La loneliness rappresenta, quindi, un fattore di vulnerabilità psicopatologica soprattutto in età adolescenziale, periodo della vita in cui la qualità delle relazioni è influenzata dal disagio sociale, ed è in grado di predire introversione e in particolare schemi cognitivi disfunzionali come un'attribuzione negativa delle intenzioni altrui, predisponendo in tal modo il soggetto a una vulnerabilità psicopatologica di tipo paranoide. Questa solitudine percepita è in aumento tra gli adolescenti social-loneliness della società tecnoliquida e rappresenta un fattore di rischio considerevole per la salute mentale. Uno studio condotto su 1.400 giovani reclutati in scuole secondarie di secondo grado del Lazio, rivela che il 47% del campione ha dichiarato di "sentirsi solo" (9) e questa percezione di solitudine correla positivamente con l'utilizzo delle nuove tecnologie. Il cambiamento che stiamo vivendo è sempre più veloce nel quale la mente analogica fa spazio alla mente digitale e i ragazzi sono sempre più calati nella realtà virtuale perdendo di vista la vita reale (10). La fragilità dell'«essere-con» dei nostri tempi si evidenzia attraverso l'estrema debolezza dei legami affettivi, che manifestano una straordinaria instabilità. Alcuni studi sul benessere fanno osservare che la felicità non è correlata con l'incremento delle possibilità di scelta, ma gli stessi studi correlano la felicità con il possedere invece un "criterio" per scegliere. Avere un criterio per scegliere rimanda ad altro: progetti, idee, identità. Ed ecco che il cerchio



si chiude: il tema della liquidità è sostanzialmente il tema della rinuncia ad avere criteri (cioè dimensioni di senso ben definite).

Il criterio di scelta si rivela, dunque, la risposta formidabile al tema delle difficoltà e rappresenta il contro-inquinante della povertà in grado di generare, anche nelle famiglie indigenti, vigorose forme di resilienza, nonché il benessere della salute mentale.

Bibliografia

1. Marmot M., 2016. La salute diseguale: la sfida di un mondo ingiusto. Il Pensiero Scientifico Editore
2. Grey P., 2008. Psicologia. Zanichelli
3. Prado C. H. et al, 2016. Effects of Early Adolescent Environmental Enrichment on Cognitive Dysfunction, Prefrontal Cortex Development, and Inflammatory Cytokines After Early Life Stress. *Developmental psychobiology*, May;58(4):482-91.
4. Brenhouse H. C. & Andersen S. L., 2011. Nonsteroidal anti-inflammatory treatment prevents delayed effects of early life stress in rats. *Biological Psychiatry*, 70(5), 434–440
5. Teicher M. H. et al, 2006. Neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment: Are results from human and animal studies comparable? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 313–323.
6. Blair C. & Raver C. C., 2016. Poverty, Stress, and Brain Development: New Directions for Prevention and Intervention. *Academic pediatrics*, Apr;16 (3 Suppl): S30-6
7. Siracusano A., 2018. Povertà vitale e salute mentale. In Chiesa Italiana e salute mentale, Nuova Editoriale Romana, Savona.
8. Siracusano A., 2017a. Loneliness: a new psychopathological dimension? *Journal of Psychopathology*, 23,1-3.
9. Siracusano A., 2017b. Progetto Scuola e Cultura della Salute Mentale “Adolescenti allo Specchio”.
10. Cantelmi T., 2013. Tecnoliquidità. La psicologia ai tempi di internet: la mente tecnoliquidita. San Paolo Edizioni.



ECONOMY OF FRANCESCO

F. Di Maolo

Presidente Istituto Serafico di Assisi

Il primo maggio 2019 Papa Francesco ha scritto un appello a tutti i giovani economisti, imprenditori, imprenditrici e change makers invitandoli ad Assisi dal 26 al 28 marzo 2020 per fare insieme un “patto” per cambiare l’economia. Si tratta di un evento straordinario che è stato accolto non solo dai giovani economisti, ma da associazioni, movimenti e università di tutto il mondo.

L’Economy of Francesco evoca in primo luogo due persone: San Francesco e Papa Francesco. Sembrerebbe un paradosso considerare il grande contributo del francescanesimo all’economia. Da un lato Madonna Povertà e il gesto della spogliazione di Francesco, dall’altro la nascita delle prime teorie economiche moderne. La spogliazione in realtà, non è un atto antieconomico, ma un atto che ispira anche la nascita di una nuova economia, che fonda le sue radici nella *charis*, nella gratuità. Non solo i francescani furono tra i primi teorici dell’economia medioevale (Bernardino da Siena, Scoto ecc), ma dal pensiero francescano nacquero i Monti di Pietà, proto-banche civili, i primi studi di microfinanza, i primi trattati contro l’usura. Nacquero idee e istituti con l’obiettivo di liberare i poveri dalla povertà e dalle ingiustizie che subivano.

San Francesco ha voluto che i suoi frati vivessero in mezzo alla gente, e i conventi, al contrario dei monasteri che erano isolati nelle campagne e nelle montagne, sorsero nelle città. Questo è stato uno dei motivi per cui i francescani sono sempre stati coinvolti nelle questioni sociali ed economiche: “ nei dibattiti sul giusto prezzo delle merci, sull’usura, sulla valuta e sul corretto uso delle risorse e del potere. “ L’insegnamento di Francesco sulla povertà non ha mai avuto lo scopo di respingere il mondo e di gettare i frati in un universo parallelo, disincarnato, senza commercio o bene comune. “ Al contrario. “ L’intento di Francesco era di far comprendere ai frati le radici problematiche dell’economia del suo tempo e di farli affrontare la violenza e l’avidità che alimentavano lo sviluppo della crescente economia feudale. “

Il pensiero di un altro “Francesco”, quello del Santo Padre, ispira l’Economy of Francesco. Nei suoi documenti, dall’*Evangelii Gaudium* alla *Laudato si* c’è una sollecitazione continua a considerare che tutte le cose sono connesse: il grido dei



poveri e il grido della terra. Nel magistero di Papa Bergoglio è costante l'attenzione alla custodia della terra, alla pace, all'inclusione. Un'attenzione alla democrazia, ma non a bassa intensità, in cui ci sono alti tassi di povertà e crescenti disegualianze. Ma una democrazia ad alta intensità, ossia partecipativa, sociale, inclusiva. La via verso la democrazia sostanziale, che richiede l'abbattimento delle cause strutturali della povertà, il superamento dei piani meramente assistenziali, mediante politiche che consentono l'accesso al lavoro per tutti, all'istruzione, all'assistenza sanitaria.

Dal 24 al 28 marzo Assisi sarà il terreno di un grande laboratorio. I giovani, infatti, lavoreranno giornalmente in 12 luoghi simbolo della città su argomenti tematici. Questi luoghi sono i villaggi dell'Economy of Francesco e in ognuno di loro si approfondiranno nuove idee e proposte: lavoro e cura; management e dono; finanza e umanità; agricoltura e giustizia; energia e povertà; profitto e vocazione; policies for happiness; CO₂ della disuguaglianza; business e pace; economia è donna; imprese in transizione; vita e stili di vita. Come può intuirsi facilmente, per sottolineare l'aspetto di sfida e della provocazione, al tema è stata associata una parola con cui appare in tensione, proprio per rappresentare la complessità delle varie questioni che si affronteranno.

L'appello di Papa Francesco è rivolto a ciascuno di noi ed intercetta anche il mondo della salute.

Per questa ragione, il Serafico, Ente Ecclesiastico, senza scopo di lucro, che promuove e svolge attività di accoglienza, diagnosi, riabilitazione, assistenza socio-sanitaria, recupero e reinserimento sociale di ragazzi con disabilità plurime, ha accolto da subito con gioia e speranza l'iniziativa del Santo Padre per un'economia diversa che sappia accogliere e difendere la vita, che sia al servizio dell'uomo, inclusiva e si prenda cura del creato.

Come Serafico vogliamo essere presenti all'evento in rappresentanza di tutte le opere sanitarie.

Viviamo quotidianamente le ferite di un'economia che esclude chi è più fragile ed è grande il desiderio e la speranza di contribuire ad un cambio di rotta.

Nella nostra quotidianità accanto alla sofferenza avvertiamo l'urgenza di un cambiamento radicale del sistema economico-sociale. La cura delle persone fragili, malate, disabili, non è solo questione di prescrizione di pillole o di riparare funzioni che sono state compromesse, ma ha a che fare con la difesa della vita e non può conoscere limiti imposti dall'attuale sistema economico e sociale.

Difendere la vita non significa solo "curare", ma adoperarsi affinché nessuno sia lasciato alla solitudine e all'abbandono.



Economia e salute sono due ambiti strettamente connessi.

Negli ultimi decenni, in molti paesi del mondo, le condizioni medie di salute della popolazione risultano essere migliorate: è diminuita la mortalità ed è cresciuta la speranza di vita. Il progresso nel campo della medicina appare inarrestabile. Nonostante questa visione positiva, occorre però prendere atto che l'aumento delle diseguaglianze socioeconomiche è associato ad un aumento delle diseguaglianze nelle condizioni di salute. Il miglioramento della salute si registra soprattutto tra i gruppi sociali più avvantaggiati, mentre per i gruppi più deboli si rilevano diseguaglianze di salute crescenti o, per lo meno, che non sembrano diminuire.

Quando si accentuano le disuguaglianze di salute non è solo un problema di benessere di un'intera popolazione, ma anche di giustizia e di civiltà.

Il Serafico ospiterà proprio il villaggio CO₂ delle disuguaglianze. Un titolo che apre ad una metafora che vale anche nei contesti in cui operiamo. L'anidride carbonica fa parte della vita, ma quando non è in equilibrio diventa una minaccia per il pianeta. Anche le differenze fanno parte della vita, e ne costituiscono una ricchezza, ma le disuguaglianze, specie quando sono il frutto di un sistema iniquo, minacciano la libertà, la democrazia e lo sviluppo di una società.

Nel villaggio del Serafico si affronteranno diversi temi. La prima questione che sarà affrontata sarà la distinzione tra differenze e disuguaglianze, per poi esaminare e riconoscere le diverse forme di disuguaglianza comprese quelle legate al bene salute. I dati statistici ci confermano che 4 milioni gli italiani rinunciano a visite o accertamenti specialistici per motivi economici e, in particolare, il 5,2% delle famiglie italiane dichiara di disporre di scarse o insufficienti risorse economiche per fronteggiarle, a fronte dell'1,9% delle famiglie che invece dichiara di disporre di risorse adeguate.

Il 30% della spesa sanitaria è di tipo privato e il nostro SSN non ha più una vocazione universalistica.

Nel 1948 in Inghilterra veniva istituito il servizio Sanitario Nazionale e il Ministro della salute Bevan a chi gli chiedeva se era possibile realizzare un sistema sanitario in grado di prendersi cura dei cittadini "dalla culla alla tomba", rispondeva "sì, la malattia non è una maledizione, ma un evento che deve essere affrontato dall'efficienza di una società solidale". La malattia non è una maledizione e la società tutta deve farsene carico.

I dati sulla disuguaglianza sono scioccanti.

Martin Luther King sosteneva che "di tutte le forme di disuguaglianza, l'ingiustizia nella salute è la più scioccante e disumana".



All'interno di ciascun paese, maggiori sono le disuguaglianze interne, maggiori sono le differenze di salute tra i cittadini appartenenti ad una classe sociale alta e coloro che appartengono a quelle più basse. I dati statistici ci dicono anche che la povertà relativa, più che la povertà assoluta, è associata agli esiti peggiori.

Esistono disuguaglianze sistematiche nello stato di salute della popolazione che sono inique perché non giustificate dal punto di vista biologico, quindi ingiuste, inaccettabili ed evitabili attraverso politiche e strategie adeguate.

Certamente il problema delle disuguaglianze di salute non si riferisce solo alle risorse economiche che uno stato destina alla salute o all'efficienza dei sistemi sanitari. I fattori che causano tali condizioni, infatti, sono anche di tipo sociali e sono chiamati determinanti sociali di salute: mancanza di risorse, un'istruzione carente, un lavoro precario o poco sicuro.

L'epidemiologia oggi ci consente di leggere con sempre maggiore precisione la dimensione quantitativa delle disuguaglianze nella salute e il grado di correlazione tra indicatori come la speranza di vita alla nascita, la mortalità generale e specifica per malattia e per età, con i determinanti della salute: reddito, istruzione e accesso ai servizi. Le persone che si trovano negli strati inferiori della piramide sociale di solito hanno un rischio almeno doppio di essere colpiti da malattie e morte prematura rispetto a chi si trova vicino al vertice.

Voglio però tornare sul nostro sistema di welfare e fare qualche osservazione sul nostro sistema sanitario nazionale. Perché sta generando tante esclusioni?

L'epoca attuale è caratterizzata dall'aumento dei bisogni, collegati all'aumento della speranza di vita media, e una scarsità di risorse.

Siamo tutti convinti che "la salute non abbia prezzo", eppure i suoi costi aumentano e le risorse diminuiscono.

Nell'epoca della crisi economica, si guarda all'accesso ai servizi socio-sanitari come "investimenti" da valutare in base agli esiti di salute che possono generare.

Il ritorno di questi particolari investimenti non viene mai valutato in base al loro impatto sociale: il sollievo alle famiglie, la felicità della persona fragile, i posti di lavoro che si generano in un sistema che sceglie di prendersi cura delle persone più deboli, ma in termini di speranza di vita e possibilità di guarigione.

In questo nuovo scenario che si sta delineando la distribuzione e la gestione delle risorse rimangono i problemi più spinosi, quelli che suscitano maggiori contrasti e competizioni spesso ignobili. La crescente difficoltà a giustificare investimenti non compensati da benefici (la guarigione), sminuisce l'importanza di azioni del prendersi cura dei soggetti più vulnerabili della società. Queste possibili



degenerazioni devono essere combattute per evitare che le scelte di allocazione delle risorse della spesa sanitaria e di assistenza non vengano fatte con il criterio che ci siano vite degne di essere vissute e non degne. L'inguaribile non è mai incurabile e alla medicina si può sempre chiedere di avere cura di tutti e di guarire quando può. È necessario ripensare il welfare, senza dover percorrere necessariamente solo la strada del "razionamento" delle risorse, ma piuttosto quella della "generatività".

A livello culturale abbiamo lasciato che la logica del profitto governasse anche i luoghi di cura. L'ospedale, il cui significato etimologico va ricercato nella parola "hospitale", che indica l'ospitalità e l'accoglienza, è diventato oggi "azienda ospedaliera". I sistemi socio-sanitari vengono valutati nei termini dell'efficacia, dell'efficienza e della qualità, ma occorrerebbe anche inserire altri parametri: la giustizia e l'equità.

La vocazione del prendersi cura e la cultura del produrre non hanno la stessa natura perché attingono a dimensioni diverse del fare e dell'essere. È chiaro, quindi, che il concetto di produttività ha ben poco da spartire con quello della fraternità, dell'accoglienza e della giustizia.

Abbiamo così lasciato che la cultura dello scarto mietesse nuove vittime: anziani, disabili gravi, malati cronici.

La stessa crescita del fondo sanitario nazionale è strettamente collegata al PIL, ed è come se la vita delle persone e la loro sopravvivenza dovesse dipendere dalla capacità di un Paese a produrre ricchezza e da fattori come l'industrializzazione del Paese o il progresso tecnologico. Lo sviluppo di un popolo e di un territorio non possono prescindere dalla libertà sostanziale delle persone e dalla loro reale possibilità di partecipare alla vita.

Il premio Nobel Amartya Sen, nel corso di una sua lezione magistrale tenuta in occasione del conferimento della laurea honoris causa, attribuita dall'Università di Pavia, il giorno 17 giugno 2005, affermava che i disabili fisici e psichici non sono soltanto tra le persone più svantaggiate, sono anche molto spesso le più dimenticate. Sosteneva, quindi, che l'equità nei confronti delle persone che si vengono a trovare in situazioni particolari è un argomento centrale della riflessione sulla giustizia ed ogni buona teoria della giustizia deve indicarci come è possibile realizzare questa equità.

Nei paesi in via di sviluppo i disabili non sono solo i più poveri dei poveri in termini di reddito, ma il loro fabbisogno di reddito è maggiore delle persone in buona salute per la necessità di assistenza. La limitata capacità di guadagno, inoltre, dovuta dalla



difficoltà o dalla impossibilità a reperire un lavoro, è poi ingigantita dalla difficoltà a convertire il reddito e le risorse in benessere.

Il problema dello “scarto”, verso le persone disabili, non può essere risolto attraverso politiche assistenziali e redistributive di ciò che si può spendere, ma necessita una comprensione delle richieste morali e politiche che provengono dalla disabilità alle quali si può rispondere solo grazie ad un deciso contributo della società e con interventi creativi e generativi.

Per tutte queste ragioni ci sono davvero tante persone che guardano con speranza all’evento promosso da Papa Francesco “The Economy of Francesco”. Le attese sono tante. Si spera che possa davvero iniziare un cammino nuovo. Come sostiene Amartya Sen, tutti dovrebbero essere liberi di vivere come soggetti attivi e responsabili, ma questo obiettivo si raggiunge solo liberando le persone dalla fame e dalla povertà, garantendo assistenza sanitaria e istruzione ad ogni persona.

Speriamo che da un cambio di rotta dell’economia i tanti deserti che si stanno moltiplicando possano tornare a fiorire. Insieme a milioni di disabili nel mondo, insieme a tanti esclusi, nutriamo un sogno: che ciascuno possa tornare libero di vivere la propria vita in un mondo in cui l’uguaglianza sostanziale possa essere una realtà. La vita e la salute non può essere solo un privilegio di alcuni.

La storia ci ha insegnato che le conquiste dell’umanità in termini di diritti fondamentali non sono impossibili, ma hanno bisogno di persone coraggiosa che sappiano sognare.

Come disse Martin Luther King nello storico discorso del 1963: “Dalle montagne di disperazione si possono estrarre pietre di speranza per trasformare l’inarticolato vociare della nazione in una sinfonia di fraternità”.



VERSO L'EQUITÀ NELLA SALUTE

G. Cervellera

Presidente Associazione Italiana Pastorale Sanitaria (A.I.Pa.S.)

Il fondamento dell'equità si configura come l'orizzonte di senso verso cui dirigersi: un confine che mentre delimita, segna il punto di congiunzione tra la terra e il cielo, tra la dimensione antropologica e quella teologica.

Se il titolo del convegno stigmatizza la sua stessa affermazione, si coglie per contrappunto la volontà degli organizzatori nel sostenere la necessità, l'urgenza, l'imprescindibilità di una sanità uguale. Il fondamento di questa prospettiva è l'inderogabile dignità di ogni persona. Insisto sul termine: "persona", perché veicola quella qualità straordinaria che fa di un individuo un essere aperto alla relazione. In alcune regioni d'Italia si identifica la persona con il termine "cristiano": guarda quel cristiano..., hai visto quel cristiano..., attribuendo ulteriore dignità – un tratto divino – a chiunque. Dunque, siamo tutti uguali. Questo, però, è un punto di arrivo, e il nostro orizzonte si configura come utopia. Di fronte a certi fatti di cronaca, scende un velo di scetticismo nel leggere che sono avvenuti in aule dove domina l'iscrizione: la legge è uguale per tutti, perché per qualcuno (scusate il facile cinismo) è più uguale. Oppure quando vediamo sugli edifici che quelle aule contengono: palazzo di giustizia. Meglio sarebbe dire: palazzo della legalità, perché la giustizia appartiene ad un ordine superiore e la nostra spesso non è che di quella un distorto riflesso. Nei casi migliori, e non sono pochi, la legge è una tensione verso la giustizia. Questa propensione non riguarda solo l'ordine giudiziario ma più esattamente quello legislativo che dovrebbe governare e disporre secondo criteri di giustizia e quindi di equità.

La comune appartenenza al genere umano travalica il limite che potrebbe essere rappresentato dall'appartenenza ad una razza, ad una ideologia o ad una religione: "mi prendo cura dell'altro anche se non so chi è, che cosa pensa e che cosa fa". Il vero rispetto della dignità dell'altro consiste nel non mettere un'etichetta alla sua indeterminatezza, come direbbe Karl Jaspers.

Per altro verso, che siamo tutti uguali, ce lo ha ricordato quella fonte del "magistero laico" che è la Rivoluzione francese: libertà, uguaglianza, fraternità. I tre principi vanno letti come un solo sistema e non come tre argomenti separati. E se le nostre società, quantomeno quelle occidentali – e forse, a volte, solo in maniera apparente



–, hanno fatto progressi notevoli in termini di libertà e uguaglianza, non allo stesso modo è stata apprezzata la fraternità. La vera uguaglianza si raggiunge quando ci si sente fratelli accuditi, custoditi, curati, consolati e infine liberi. Superando quel dettato popolare che designa: fratelli-coltelli (piuttosto diffuso in quasi tutte le buone famiglie) per dirigere l’attenzione alla specifica dignità di ciascuno.

Essere fratelli indica necessariamente una reciprocità, un sostegno vicendevole: “non posso fare a meno di caricarmi anche del patimento di mio fratello”. Indica, cioè, una relazione per cui la conoscenza dell’altrui indigenza diventa per me responsabilità. Questa esige forzatamente di realizzarsi in azione concreta.

La visione cristiana ha tradotto sovente il sostantivo fratello nell’aggettivo fraterno, apponendolo al suo principale valore: l’amore. Qui il fondamento è più semplice da capire, più complesso è comprenderlo e attuarlo. Siamo tutti figli di Dio e quindi fratelli fra di noi. Il concetto è incontrovertibile.

Il modo di procedere dei cristiani è di amare il prossimo, cioè anzitutto quelli che incontro nella quotidianità, quelli della mia comunità a cominciare dai fratelli nella fede. L’amore vissuto nella propria comunità si configura come amore vicendevole. È questa la vera forza del cristianesimo. Esso, poi, si diffonde all’esterno e diventa attenzione, rispetto per chiunque si incontra. La vita cristiana consiste nel testimoniare l’amore fraterno, il resto viene da sé. “Da questo tutti sapranno che siete miei discepoli: se avete amore gli uni per gli altri” (Gv 13,35).

Nel giudizio finale come ci viene raccontato nel capitolo 25 del Vangelo di Matteo la frase che il terribile giudice dirà alle pecore è: tutto quello che avete fatto a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l’avete fatto a me” (Mt 25,40). Fratelli, più piccoli, comunque fratelli. Invece, alle capre dirà: “tutto quello che non avete fatto a uno solo di questi più piccoli, non l’avete fatto a me” (Mt 25, 45). Uno solo di questi... senza il sostantivo fratelli. Essere e sentirsi fratelli è la condizione per riconoscere il bisogno dell’altro.

E se abbiamo qualche dubbio sul fatto che la giustizia resta a fondamento del cristianesimo, scorriamo quel messaggio centrale dell’annuncio evangelico che sono le beatitudini: due su otto hanno come tema la giustizia: “Beati quelli che hanno fame e sete della giustizia, perché saranno saziati... Beati i perseguitati per la giustizia, perché di essi è il regno dei cieli (Mt 5, 6.10).

Se tutto ciò è vero, la domanda da farci è: come viviamo noi la sanità uguale nelle nostre istituzioni sanitarie cattoliche? Trattiamo tutti in maniera uguale? Oppure anche da noi qualcuno è più uguale di altri? Curiamo prima le persone più importanti? Seguiamo anche noi il criterio che bisogna conoscere qualcuno per



essere curati bene? E noi, medici, psicologi, infermieri, educatori, OSS, assistenti sociali di fede cristiana che lavoriamo nelle istituzioni pubbliche, che cosa facciamo per dare a tutti le stesse condizioni di cura?

Se già all'interno delle nostre strutture oppure nei luoghi di lavoro in cui siamo presenti il nostro comportamento è difettoso, poi diventa difficile il confronto con gli altri. Il mondo cambia con la testimonianza e non con i proclami.

Dunque, che cosa fare? Quando Giosuè giunse con il popolo sotto le mura di Gerico, un angelo (il capo dell'esercito del Signore) gli disse che cosa fare. Ebbe una visione. I condottieri devono avere necessariamente una visione. Per sei giorni l'arca dell'alleanza, il segno più forte della presenza di Dio nel mondo, fece il giro delle mura. Gli Israeliti pregarono attorno alle mura. Al settimo giorno, prima l'Arca fece il giro sette volte attorno alla città e solo alla fine il popolo lanciò il grido di guerra e le mura crollarono ma non per la forza del popolo, bensì per la potenza di Dio. Dunque, sei giorni di preghiera e un giorno di battaglia.



ECONOMIE IN SANITÀ E RISCHIO DISUGUAGLIANZE

F. M. Boscia

Presidente Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI)

Da parecchi anni il mondo della Sanità italiana è in subbuglio, sia a Nord che a Sud, dove la situazione è certamente più grave. Negli ultimi dieci anni sono stati tagliati ben 37 miliardi del finanziamento pubblico al Sistema Sanitario Nazionale, che equivale ad una perdita di oltre 70.000 posti letto. Malgrado ciò i conti delle Aziende Sanitarie e degli Ospedali sono tuttora in rosso.

Gli Amministratori si affannano per rimetterli in equilibrio, ma non so se e come ci riusciranno, continuando ad operari tagli per regole “austerità”. Riducendo ancor di più gli organici, perpetuando il non reintegro dei posti che si sono resi vacanti a causa dei sempre più numerosi pensionamenti, aumentando ancora i *tickets* sulle prestazioni o negando alcuni farmaci costosi fino ad ora concessi. Non si fa che infierire sulle fragilità, non portando a segno quella missione a cui tutti invece siamo chiamati.

Queste decisioni danneggiano in modo impressionante, e direi drammatico, sia i pazienti (ormai definiti clienti o peggio cittadini utenti), sia le loro famiglie, per le quali nessuna politica di sostegno viene promossa. Gli animi sono esacerbati e la rabbia si fa sentire, soprattutto al Sud, come in Puglia e in Campania. A Bari e a Napoli non sono infrequenti episodi di violenza fisica e verbale contro chi sta davanti, in prima linea, purtroppo proprio i medici.

A questi fatti già gravi e scioccanti, in regioni come la Basilicata e la Calabria, potrei testimoniare, si aggiunge il disagio delle famiglie che hanno la sventura di avere in casa una persona disabile, per le gravi carenze assistenziali che talvolta giungono fino alla totale mancanza di ausili, tale da rendere la situazione estremamente difficile e del tutto insostenibile. Anche in realtà che penseremmo più fortunate, come il Lazio, la mancanza di razionali scelte organizzativo-gestionali ha determinato terribili problemi finanziari e strutturali di difficile ricomposizione.

Oggi viviamo i problemi dell’immigrazione, delle transizioni demografiche, economiche e sociali. Viviamo povertà economiche consistenti. Viviamo in una società che ha perso la retta visione dei valori inalienabili e pian piano si è resa ingiusta. Che ha perso la bussola, l’indice di orientamento e oggi appare sperduta. Una società impoverita che eleva a gran voce una grande richiesta di umanità, di



relazioni di aiuto e di cura. Perché la nostra società vive una povertà che non è soltanto economica, ma è una povertà da **mancanza di prossimità**: soprattutto quando ci riferiamo agli anziani soli che vivono seri problemi di salute, spesso aggravati a causa di scelte politiche poco razionali o da soluzioni economiche improprie, o da una sempre maggiore ascientificità nella gestione della sanità.

Monta così un'inquietudine che non riguarda solo i fragili, gli ammalati, i cronici, gli inguaribili, ma coinvolge gli stessi medici, che devono essere messi nelle condizioni di evitare gli abbandoni in generale e quelli terapeutici in particolare, per continuare a curare e a prendersi cura, anche quando non si può più guarire. Ecco perché in questo momento questioni di cura, questioni di formazione, questioni di finanziamento, questioni di gestione rappresentano una vera emergenza!

In tali contemporanee circostanze si assiste ad una deriva dell'identità medica che pone in serie difficoltà per primo il paziente e insieme ad esso la famiglia e l'ambiente. Una riflessione, dunque, è necessaria intorno al ruolo del medico, in relazione alla sua peculiare attività, e al tempo stesso alla tenuta dell'economia che, in riferimento alla sanità, è in acuto rischio.

La Scienza Medica, dalle radici profondamente umanistiche, non può continuare nel perverso percorso di adattamento alla tecnologia. L'innovazione tecnologica è estremamente importante, ma altrettanto importante è comprendere come gli strumenti debbano essere usati e possano essere utilizzati al meglio. Ciò sarà reso possibile se non verranno mai meno la mano e lo sguardo del medico. I medici non devono abdicare alle macchine la loro essenziale funzione, che è la capacità di osservare, di curare, di intervenire e di prevedere le conseguenze eventuali, perché massimo sia il vantaggio per la persona in sé e per il sistema sanitario nella sua complessità. Gli strumenti e l'organizzazione devono tener conto delle radici della medicina e dell'imprescindibile ruolo della deontologia.

Ai medici invece viene imposto di curare le malattie senza tenere conto che è più importante il prendersi cura (*care*) e il sostenere le persone.

La spinta alla ricerca deve essere continua ed inquieta sia per i medici che per i ricercatori. Ma altrettanto inquieta deve essere la ricerca di umanità, che deve rappresentare un tutt'uno con la scienza. Il paziente non cerca romantici sorrisi ma sguardi complessi, fatti di passione e curiosità. Il paziente non cerca un sapere claudicante, non accetta azioni imbrigliate dalla vertigine delle liste d'attesa o un trattamento diseguale, desidera che nel territorio in cui vive si possa attingere a quel campo, spesso diventato invisibile, che è il sollievo della sofferenza.



Ma se da un lato abbiamo regioni che, sebbene con fatica e impegno, riescono a garantire servizi sanitari adeguati in un contesto di compatibilità finanziaria e di discreta soddisfazione dei cittadini, dall'altro abbiamo realtà regionali nelle quali si registrano estreme criticità e problematicità, ai limiti della catastrofe economica e sociale, con massimo disagio per le fasce di popolazione più fragili e più svantaggiate, a detrimento dello stato di salute e a penalizzazione di reddito, realtà che contribuiscono a creare solitudini.

Tutto questo riguarda l'aspetto economico che ha messo in crisi il variegato mondo sanitario, entrato in una vera e propria emergenza. Qualcuno dice che la colpa è degli anziani che stanno aumentando di anno in anno. C'è da augurarsi allora che non inventino qualche sistema per farli morire prima.

Il tema, oltre a far emergere il pesante e sconcertante trattamento diseguale del malato in relazione alle sue condizioni più o meno serie di salute, rese più gravi da carenze culturali, mancanza di mezzi personali o disuguaglianze sociali, fa emergere in maniera esplosiva la grave discriminazione della selezione tra cittadino malato e cittadino sano.

La salute diseguale la riscontriamo in ogni aspetto della vita: nel nascere, nel vivere, nel soffrire e nel morire, ma anche in relazione alla fortuna o alla sfortuna di risiedere in un territorio dotato o non di servizi.

Un grande divario tra Nord e Sud si è ormai consolidato, determinando un consistente aumento dei "viaggi della speranza".

Per tradizione la medicina è al servizio dell'uomo, di tutto l'uomo e di ogni uomo, in ogni attimo della sua vita, all'interno di un sistema che deve contenere principi di universalità e solidarietà. Invece oggi la medicina si trova dinanzi a molte contraddizioni, a molte insidie ed è esposta a molte aggressioni.

Un aspetto contraddittorio sono ad esempio i livelli essenziali di assistenza (LEA) non garantiti e non tutti esigibili in ogni caso e dappertutto. Una seconda contraddizione è che la salute da essere un diritto assoluto va progressivamente trasformandosi in un diritto relativo. L'impossibilità economica a soddisfare tutta la domanda di salute induce a criteri sempre più fibrillanti di allocazione delle risorse e di selezione delle priorità sanitarie. La selezione delle priorità condurrà inesorabilmente a compiere scelte tragiche che potranno escludere dall'assistenza aree comunque essenziali, privando in tal modo una parte della popolazione dal sostegno del servizio pubblico.

A questa conclusione perviene anche la stessa Corte Costituzionale, quando nella sentenza 356/1992 si ritrova ad annoverare il *diritto alla salute* tra i cosiddetti *diritti*



relativi, cioè tra quelle situazioni di vantaggio la cui tutela è condizionata dalla discrezionalità del legislatore (Corte Costituzionale, n. 356, 23 luglio 1992).

I giudici chiamati a riflettere sui principi fondanti per le allocazioni delle risorse proprio in occasione dell'approvazione delle leggi finanziarie, nelle quali lo Stato decide la misura delle risorse da destinare al fondo sanitario nazionale, per determinare concretamente gli ambiti di tutela delle garanzie da offrire ai cittadini, così si esprimono: In considerazione della "limitatezza delle risorse e riduzione della disponibilità finanziaria accompagnata da esigenze di risanamento del bilancio nazionale, non potrà consentirsi un impiego di risorse illimitato, avendo riguardo soltanto ai bisogni, quale ne sia la gravità e l'urgenza; è viceversa la spesa a dover essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la qualità ed il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e compatibilità e tenuto conto, ovviamente, di tutte quelle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute, non ancora compromesse".

L'adozione di criteri meramente economici nel mettere in discussione i principi di equità e di pari dignità di ogni essere umano, potrebbe condurre ad una sorta di "eutanasia sociale per pietà, forse anche demedicalizzata". Di qui la spinta ad ottenere leggi pro-eutanasiche. Si sostiene in proposito che l'interruzione di un'assistenza costosa agli individui anziani avrebbe l'effetto di garantire maggiori risorse a favore della parte di popolazione ancora in grado di inserirsi nelle dinamiche produttive e, pertanto, considerata socialmente più utile.

Il razionamento dell'assistenza basato sulla età e sulla condizione di terminalità dei pazienti mette evidentemente in discussione la tenuta stessa del principio di eguaglianza, senza distinzione di condizioni personali. Una volta stabilita una lista di priorità, cui destinare il finanziamento pubblico, sarebbe infatti oltremodo penalizzante - e, per ciò stesso, inaccettabile - un'ulteriore declinazione delle prestazioni sanitarie, basata sulla durata e qualità della sopravvivenza, che condurrebbe inesorabilmente a discriminare i soggetti più deboli.

Questo è certamente un problema, ma ce ne sono tanti altri che ci spingono a considerare gli aspetti della fiscalità generale, atteso che il Sistema Sanitario viene finanziato da essa. Mi preme sottolineare una nuova evoluzione: vi sono nella nostra contemporaneità spinte incredibili ad introdurre nel contesto nazionale nuovi sistemi, definiti "*piani assicurativi assistenziali integrativi e volontari*". Tali sistemi hanno ricevuto l'incentivo della defiscalizzazione. Questo pone di necessità una ulteriore riflessione: se allo stesso tempo si incentivano e si defiscalizzano le spese per i piani di sanità integrativi, certamente si avrà come risultato il far diminuire



ancora le risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale, a suo tempo pensato universalistico e solidaristico.

La contraddizione è tanto più marcata se si pensa che spesso questi piani vengono proposti come *benefits* nelle contrattazioni di lavoro, collegando sempre di più il diritto alla salute con il possesso di un'occupazione. Pertanto, i *senza lavoro* risultano di conseguenza ancor più penalizzati ed esclusi.

Si intravede all'orizzonte un'ulteriore contraddizione legata all'*opting-out* (letteralmente rinuncia), cioè la possibilità per il cittadino di abbandonare la sanità pubblica, e quindi non contribuire ad essa, se può permettersi una aggiuntiva o totale copertura privata. In Italia questa facoltà non c'è ancora, ma il rischio è reale: noi riteniamo che uno scenario del genere non tarderà a diventare verisimile se si andranno ad instaurare convenienti meccanismi disincentivanti.

Per comprendere l'incamminarsi in questa direzione delle politiche della salute, il miglior esempio viene dal paventato *superticket* calcolato in base alla condizione economica. Ciò significa che chi ha un reddito molto alto sarebbe penalizzato perché andrebbe a pagare il *superticket*, ulteriore balzello, aggiuntivo a quanto già erogato con la propria alta tassazione al fondo sanitario per l'assistenza di tutti. Chiunque, tra questi super tassati, sarebbe tentato ad optare per un fondo di assistenza personale omettendo ovviamente al fondo universalistico.

In Inghilterra una forma di *opting-out* è rappresentata da Babylon Health che dispensa consigli telematici 24h/24h attraverso un'applicazione (*app*). Vi si può iscrivere in abbonamento chi sceglie di non essere più seguito dai medici di famiglia. La quota capitaria in questo caso non verrà più versata al dottore in carne ed ossa ma alla compagnia privata che organizza il servizio telematico. Ci si rende facilmente conto che in una situazione tecno-mediata la salute verrà gestita in modo rapido e freddo e la vita di ciascuno cambierà volto, atteso che, sempre più incapaci di comunicare dal vivo, avremo una grammatica emotiva ed emozionale ridotta ai minimi termini.

Se la relazione, che è per eccellenza spazio di incontro con l'altro, da fisica diventa virtuale, tecno mediata, significa che siamo arrivati davvero ad un brutto punto perché il "contro umanesimo" rischia di contagiarcì tutti.

E le contraddizioni non si fermano qui, perché, ad esempio, un ulteriore aspetto, strettamente legato a quello relazionale, è la parcellizzazione globale delle cure, sempre più superspecialistiche e sempre meno coordinate. Il fenomeno è già in atto e reca in sé tanti elementi contraddittori che coinvolgono le varie dimensioni dell'uomo, soprattutto quella identitaria.



La parcellizzazione identitaria porta con sé anche la necessità organizzativa dell'ottimizzazione spinta dei tempi di assistenza: è un evento questo che ci fa avvertire nell'azione medica l'impropria pressione del tempo. Dobbiamo ricordarci dello stringente vincolo del "tempario", dapprima istituito e poi abolito nel Lazio. Medici con "la sveglia al collo", spinti da un'inadeguata organizzazione del lavoro a vivere le relazioni di cura in maniera frammentata e parcellizzata. Siamo proprio diventati schizofrenici: da un lato vogliamo costruire dinamiche di relazioni e promuovere più rapporti e dall'altro non siamo più presenti con "il tutto" di noi stessi, ma solo con frammenti nostri o altrui, relegando i medici e gli operatori sanitari a diventare nuovi adepti delle comunicazioni via chat (whatsapp, messenger, skype, ecc.)

Questi e tanti altri problemi trovano motivo di essere messi all'ordine del giorno! Occorre riflettere soprattutto nella nostra contemporaneità nella quale gli operatori sanitari e i medici non possano assolutamente più sottrarsi ai cambiamenti delle gestioni finanziarie, non riescono a svincolarsi e corrono il serio rischio di esserne travolti.

Rendiamoci conto che se si continuerà a non essere razionali o a subire passivamente queste obbligarietà, ci si ritroverà ai blocchi di partenza, in condizioni di non essere più in grado di fornire salute perché si diventerà tutti, medici inclusi, individui senza speranza.

Occorre pertanto un cambio dell'approccio culturale della professione medica. C'è bisogno di figure professionali non solo quantitative, ma soprattutto qualitative. Il medico intellettualmente e culturalmente assetato ora ha più compiti ingrati da affrontare rispetto al passato! E tra l'altro non riesce a metabolizzare in tempi brevi le tante problematiche che emergono da una gestione finanziaria fibrillante.

Difficoltà ci sono anche per gestire la grossa mole di informazioni indispensabili per l'organizzazione e la gestione di una sanità sempre più complessa che obbliga a ridisegnare la propria identità e il proprio apprendimento su più fronti. Anche questo ha tanti costi finanziari, economici e di tempo, che dovrebbero essere riversati nell'università, nella ricerca, nella formazione professionale e post-laurea e che vanno trovati e resi disponibili.

La nuova immagine del medico dovrebbe essere riformulata perché è una realtà destinata a crescere per necessità, viste le tre macrotendenze mondiali: la **tecnologia** che diventa digitalizzazione e automatizzazione, il **progressivo sviluppo dell'intelligenza artificiale**, e infine la **globalizzazione**, che è anche redistribuzione



nel mondo, attesa la necessità dell'emergere di nuove esigenze da ridistribuire nel mondo per riequilibrare vecchi bisogni con nuove esigenze e per ridurre le distanze. In questo scenario c'è il rischio che l'evoluzione economica e finanziaria e la spinta economicistica che viene sempre più impressa all'attuale società, baratti del tutto il welfare. Questo è un problema di cui dobbiamo tener conto, atteso che sempre più in Italia e in Europa v'è un reale rischio di schiacciamento culturale del ceto medio con la relativa esaltazione dei diritti senza doveri.

Siamo di fronte ad una ulteriore crisi di sistema, nel quale per creare a tutti i costi un valore economico saltano i principi e salta ogni preziosa sintesi tra economia ed etica. Tutti sanno che la popolazione con più di 65 anni avrà una forte crescita negli anni a venire (il trend dell'invecchiamento cresce dell'1% all'anno per gli over 65) con aumento sostanziale dell'indice di vecchiaia.

Questo contesto è stato già considerato un'emergenza perché nei prossimi sei anni avremo a che fare con un 6% in più della popolazione mondiale invecchiata. Il prodotto interno lordo (PIL) certamente non potrà aumentare in maniera proporzionale e questa è una delle questioni più problematiche e forse la più spinosa che consegniamo alle nuove generazioni, alle quali abbiamo fornito gratuitamente e inopinatamente i danni del biopotere e delle biopolitiche.

Con sicurezza possiamo affermare che tutti i servizi alla persona in termini di salute, cura, assistenza, previdenza e qualità di vita andranno in crisi negli anni a venire: il miglioramento della qualità di vita della popolazione, che è una delle direttrici più importanti, forse dovrà soccombere di fronte agli interessi economici. Non è soltanto una previsione ma è una realtà, atteso che oggi già siamo in quel tunnel abbastanza buio nel quale non riusciamo a trovare spiragli di luce.

In questa sede è importante che si riaffermi la "questione della prossimità", questione declinata che si rapporta ed è in relazione ai bisogni della persona. Abbiamo bisogno di un importante cambiamento sociale. Non possiamo continuare a parlare di qualità ambientale, senza affrontare il rispetto della vita in assoluto e di quella umana in particolare. La promozione del benessere e la prevenzione per la salute non nascono da sole perché noi siamo sia ciò che mangiamo, ma anche quell'ambiente nel quale viviamo. È in relazione all'inquinamento che produciamo e di cui siamo i principali attori che contaminiamo la stessa nutrizione umana.

Per agire con concretezza su questo ordine di problemi è necessario ripensare la nostra vita e quindi prima di parlare della redistribuzione sociale delle risorse e delle opportunità, dovremmo tutti coltivare l'etica del "come fare la cosa giusta" al "momento giusto" sapendo scegliere tra ciò che è bene e ciò che è male.



A chi pone come priorità il problema dell'albero da sfrondare, riaffermando che occorre potarlo tecnicamente nel modo migliore per farlo diventare più rigoglioso, noi rispondiamo che questo proprio non basta perché occorre intravedere nuove opportunità. Occorre un'opera di intermediazione sociale e culturale che oggi manca. E l'intermediazione non può essere lasciata solo alla evoluzione tecnologica: oggi dobbiamo educare la popolazione al welfare.

La priorità è l'istruzione sociale, di tutta la società, non soltanto degli operatori sanitari: bisogna inculcare in tutti i cittadini, nessuno escluso, il concetto di consapevolezza, mantenere la schiena dritta nel rispetto dell'etica, assicurarci – noi medici e gli operatori sanitari tutti – che non vengano mai calpestati i principi deontologici di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità. Principi che, solo se riconosciuti all'unisono, potranno contribuire al rispetto dei diritti e della dignità di ogni persona e alla difesa responsabile e competente della sua integrità fisica e morale di tutti, nessuno escluso. La nostra attività deve essere spesa in una dinamica mai individualistica, ma personalistica, dinamica che comprenda il diritto fondamentale alla salute di tutti e per tutti; ricerchiamo massima cura, comprensione e attenzione per la centralità della persona, delle tante fragilità e delle tante persone, mai da intendere come semplici fruitori di un "fantasma" di diritto diventato, da assoluto, relativo. L'etica in questo campo si configura come saper fare la scelta giusta in nome di quei valori irrinunciabili e supremi che rappresentano i canoni di coesione sociale e di interesse comunitario. La medicina si umanizza non quando si elimina la malattia ma quando si aiuta l'uomo a viverla e condividerla come esperienza di libertà, sia nel tempo della sofferenza che nel tempo della cura.

Se il Servizio Sanitario e il Welfare si limitassero al tempo della guarigione essi imploderebbero e diventerebbero discriminatori, rispetto a tutti coloro che entrano nel tempo della cura e che sono tanti.

In realtà è quello che sta accadendo nella Sanità!

La mancanza dell'esperienza della libertà umana, ma anche la mancanza dell'esperienza della fede, ci pongono oggi più che mai in corsa verso utopie che purtroppo trascurano il cuore di ogni vicenda umana, non solo le situazioni ambientali e sociali. Su temi come fragilità, povertà, solitudine, isolamento, emarginazione, ghettizzazione, non autosufficienza e debolezza entra in gioco qualcosa di decisivo che ha a che fare con la tenuta stessa della costruzione sociale nel suo insieme.

Comunicare il sociale significa conoscere ed affrontare tutti gli stereotipi culturali e affrontare tutte le complessità. Significa promuovere un benessere organizzativo che



sia accessibile a tutti. Promuovere cioè un nuovo modello di sviluppo sociale, perché curare significa al tempo stesso socializzare e prevenire. Curare significa proporre nuove azioni e nuovi punti di vista, perché non è soltanto lo stare accanto, ma lo “stare con”, e in questo “stare con” dobbiamo anche includere, per esempio, i processi di inclusione sociale, e cose meno complesse, ma irrinunciabili, come l’igiene delle persone cronicamente allettate, e tante altre cose che fanno parte della dignità della persona, spesso dimenticate nella ordinarietà di una assistenza “ad ostacoli”. Quando parliamo di non autosufficienza o della cosiddetta “terminalità non terminale” occorre interrogarsi su cosa significhi assistere.

In questi casi prendersi cura non significa dispensare terapie farmacologiche oltre ogni ragionevole protocollo, ma occorre uno sguardo d’insieme, un’”umanità”, una relazione nuova tra curante e curato. Relazione nuova che trasformi i curanti in attori della cura, in eroi della cura, in operatori di felicità, in grado di colmare gli spazi di solitudine. Occorre poi che quegli attori rispettino la proporzionalità dei loro interventi e tutte quelle prospettive di qualità oggi negate, che rappresentano i nodi problematici dei servizi alla persona. Gli esperti devono essere accreditati e certificati. Solo così la sfida della palliazione nelle residenze socio-sanitarie assistite potrà compiersi delicatamente e delineare scenari ottimali e prospettive future di bene. In questo futuro cerchiamo di non escludere la necessità della riabilitazione nella cronicità e nella non autosufficienza, come grande valore aggiunto, che in questo momento non è assolutamente dispensato, ma che tutti desiderano! Proprio perché la riabilitazione in cronicità è segno di delicata attenzione alla persona, ai suoi vissuti e all’ambiente nel quale è inserita. Non mancano mai nell’organizzazione sanitaria tanti altri mali o impedimenti, quali indifferenza, negligenza, imprudenza del personale di cura e di assistenza: ma noi dobbiamo raccontare l’aspetto etico, che è tanto spesso presente e quanto di buono ci sia soprattutto nella relazione e nella comunicazione. Risolvere tanti giusti quesiti, risolvere la problematica del dire o non dire tutta la verità sulla sua malattia. Molti medici sono convinti che non sia giusto dire la verità. Noi, non siamo dalla loro parte, anzi riteniamo giusto il contrario: crediamo che occorra opportunamente valutare caso per caso e tener conto della sensibilità, della cultura, della fragilità e dello stato emotivo di ciascun ammalato-paziente. Una consensus conference è importante istituire nei percorsi di formazione sul “consenso informato”, cioè sul dovere di informare il paziente su qualsiasi atto medico che si debba fare su di lui perché c’è modo e modo per informarlo. Bisogna tener presente che esiste anche il semplice buonsenso, al quale ricorrere in alcune circostanze. Qualche anno fa, leggendo il libro “Per il bene del paziente” del prof.



Valter Santilli, nella prefazione firmata dal noto musicista Mogol, mi ha colpito questa frase: “La cura delle persone è cosa diversa della cura delle malattie. È molto di più”. Ha perfettamente ragione. Ma quanti medici lo sanno o, sapendolo, lo mettono in pratica? Recentemente mi ha molto turbato, per non dire ferito, il comportamento di una dottoressa chiamata in consulenza per una paziente degente in ospedale. Arriva in fretta, mette alla porta, con modi non molto urbani un familiare della signora da visitare e le chiede subito in maniera brutale: “Da quanti anni ha questo tumore del sangue?”. La povera donna ammutolisce per un po’ e poi, sconvolta e in lacrime, risponde: “Non so di avere un tumore!”, chiudendosi in un silenzio totale. La dottoressa guadagna, sempre in fretta, la porta d’uscita e si allontana senza nemmeno rivolgere una parola al familiare che nel corridoio attendeva, trepidante, qualche informazione. Questi episodi non sono sporadici, potrei citarne altri, ma me ne astengo per non gettare benzina sul fuoco. Analoghe situazioni si verificano anche nel fine vita. Mi viene d’obbligo la domanda: così si fa il medico? E non mi si dica che raccontando questo episodio sono uscito fuori tema e che l’episodio non ha nulla a che vedere con i bilanci in rosso degli ospedali! Ricordiamoci sempre che il tempo di relazione è tempo di cura: lo sappiamo da sempre e per fortuna si è sentita la necessità di ribadirlo nell’art. 1 comma 8 della legge 219/2017, recante *le norme di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, all’interno della quale i nostri politici non hanno avuto la sensibilità di richiamare la legge 38/2010, “*disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*” che andava, viceversa, con questa integrata, al fine di evitare ogni fraintendimento o dubbio per sottolineare l’importanza di queste cure palliative e la necessità di mantenere i malati terminali in un percorso esistenziale, sostanziato al massimo da rapporti umani e affettivi. Viceversa nel cambiamento d’epoca si è andata pian pianino sviluppando l’assoluta, ideologica, sovrana autodeterminazione e l’assoluta libertà nell’affermare i diritti individuali, e ciò ha fatto uscire dalla storia ogni progettualità sociale per garantire l’indisponibilità dell’uomo: leggi pro-eutanasiche contrapposte all’etica ippocratica contribuiranno senza freni a costruire una società antidemocratica nella quale il valore assoluto dell’economia prevarrà sino a determinare l’esclusione dei fragili! Noi, intanto, ci auguriamo che le leggi economiche non prevalgano sulla indisponibilità dell’uomo e che l’economia non sovrasti mai l’etica personalistica.

Occorre vigilare perché quel federalismo fiscale, per ora solidale, non vada ad infrangersi per segmentazione di servizi e diversa qualità sino a ledere l’uguaglianza dei cittadini nell’esigere un diritto costituzionale.



UNA CULTURA CRISTIANA PER UNA SANITÀ UNIVERSALISTICA

V. Bebber

Presidente Associazione Religiosa Istituti sociosanitari (ARIS)

Ho letto sui volti di molti partecipanti a questo importante convegno, il grande stupore suscitato dai dati scaturiti dallo studio dell'Istituto Pascale di Napoli a proposito della differente risposta ai trattamenti chemioterapici di malati oncologici a secondo che si tratti di persone colte e facoltose o di scarsa cultura e sostanzialmente meno abbienti. Ma c'è dell'altro.

Disuguaglianza è: affrontare l'annoso problema della prevenzione con vedute diverse. A volte c'è chi risponde "ci sono problemi più importanti da risolvere" e la popolazione resta indebitamente protetta perché manca una debita prevenzione.

Disuguaglianza è: appartenere ad una società è poco oculata dinnanzi alla questione salute, ad una società alla quale manca una cultura della salute e dove dunque manca una educazione alla salute, a diversi livelli.

Disuguaglianza è: innalzare barriere tra le regioni a causa delle quali le regioni più attrezzate non vedono la sofferenza nelle regioni meno attrezzate.

Disuguaglianza è: eccessivo consumismo sanitario che poi finisce per pesare su chi non può permettersi neppure una cura modesta;

Disuguaglianza è: diversità di aspettative di salute tra nord e sud, laddove si ricerca la cura più sofisticata a fronte di chi non può permettersi neppure la più elementare.

Disuguaglianza è: superare le liste d'attesa con il potere del denaro.

Il problema è tutto qui. Povertà materiale e povertà di reti di aiuto, disoccupazione, indifferenza, solitudine, lavoro poco qualificato, oltre al basso titolo di studio sono tutti fattori, spesso correlati tra loro, che minacciano la salute degli individui. Non è una novità. Negli ultimi venti anni sono stati pubblicati numerosi studi che hanno dimostrato come in tutta Europa i cittadini in condizioni di svantaggio sociale tendano ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, ad essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima. Man mano che si risale lungo la scala sociale questi stessi indicatori di salute migliorano, secondo quello che viene chiamata la legge del gradiente sociale. In Italia chiaramente il fenomeno si manifesta soprattutto nel confronto nord-sud. Ma anche questo è un dato che certo non ci sorprende più.



In ARIS da tempo abbiamo focalizzato l'attenzione su una nuova, spiacevole evidenza che connota gli ultimissimi anni della sanità in Italia. Anni come noto segnati dal fenomeno del progressivo aumentare di quanti si vedono costretti a rinunciare a curarsi per mancanza di mezzi economici, oltre il 25% come inesorabilmente certifica il IX Rapporto Rbm-CENSIS presentato lo scorso mese di giugno. Ma quello che ci fa più riflettere è che di pari passo però aumenta la spesa privata per la salute: il CENSIS certifica che oggi gli italiani spendono di tasca propria quasi 37 miliardi e mezzo di euro per curarsi. È vero che una parte importante è costituita dalla voce tickets, ma è altrettanto vero che una fetta sempre più consistente va ascritta a quanti preferiscono pagare di tasca propria, potendolo naturalmente fare, pur di salvaguardare nel miglior modo possibile la propria salute. E così si va ad allargare la forbice tra chi può e chi non può, tra chi si aggrava sino a morire perché non può accedere al salvavita o all'intervento del mago del bisturi e chi invece spende una fortuna per nascondere magari i segni del tempo che passa inesorabile.

Eccolo il vero segno del cambiamento epocale, di una cultura sanitaria, in realtà mai sbocciata in Italia, che però si definisce universalistica anche se non è mai stata più individualistica di oggi, epoca della cosiddetta sanità integrativa. Dicono sia il terzo pilastro della sanità ma anch'essa è riservata a pochi intimi: ad oggi l'80% degli italiani non ha nessuna forma di assistenza integrativa, quella per intenderci pronta a venire incontro alle necessità di chi... se la può permettere.

Oggi è necessario tener conto di nuovi fattori, dei nuovi parametri di quello che è considerato lo "stare bene", in salute. In un contesto civile libero, socialmente molto articolato, intriso di una cultura fortemente segnata da una connotazione individualistica, dominato dalla comunicazione a tutto campo, una domanda di salute più mirata e consapevole, più esigente, magari anche più sofisticata, se vogliamo ci sta tutta. Consideriamo poi che stiamo attraversando una fase storica che enfatizza il progresso delle scienze bio-mediche e delle conseguenti ricadute tecnologiche, capaci di innovare costantemente anche il mondo della Sanità. Comprensibile, perciò, che ci si attenda, o addirittura si pretendano, prestazioni di alto profilo; prestazioni "eccellenti", perfino talvolta eccedendo, con il rischio che diventino controproducenti. Non a caso, qui e là, addirittura serpeggia il mito di una "immortalità" tecnico-scientifica. È legittimo dunque temere che si allarghi progressivamente una forbice tale da sfociare di fatto in due differenziati regimi di tutela della salute dei cittadini.



Noi non abbiamo ricette preconfezionate e meno ancora certezze; ma continuiamo ad insistere sulla necessità di interrogarci sul come costruire un nuovo “welfare”, spesso invocato dalle diverse fazioni politiche ma che tarda a comparire, pur non potendo farsi attendere oltre. Crediamo sia urgente creare un quadro normativo che restituisca alla sanità il carattere universale di assistenza all’uomo malato, qualunque sia la sua condizione sociale. Ma non basta neppure questo. Per raggiungere l’equità nella salute, sono indispensabili azioni sui determinanti sociali lungo tutta la traiettoria di vita, con investimenti di tipo economico e sociale che vanno oltre le strette responsabilità sanitarie. La promozione della salute non può essere affidata solo a interventi di tipo sanitario, ma deve coinvolgere, in modo sinergico e trasversale, molteplici attori impegnati a livello nazionale, regionale e locale, in diversi settori: educazione, politiche fiscali, agricoltura, ambiente, trasporti, mezzi di comunicazione, organizzazioni di volontariato, industria, autorità locali ecc.

A tale riguardo, cito la Carta di Tallin che ha sottolineato il ruolo cruciale di “stewardship” che i Ministeri della Salute devono esercitare per promuovere l’inclusione di considerazioni di tipo sanitario in tutte le politiche, e sostenere l’effettiva attuazione nei diversi settori, nell’ambito di una governance precisa e puntuale.

Noi siamo pronti a fare la nostra parte, quella che più ci compete perché è la missione affidataci dal Cristo: “Andate e curate...”. Ma è un’azione da fare insieme, intendo dire fra tutte le componenti della comunità cattolica della quale siamo orgogliosi di far parte; dalle parrocchie, agli uffici diocesani, ai movimenti caritatevoli, a quelli giovanili, alle associazioni di ogni genere e natura; soprattutto a quanti condividono i nostri ideali nel Forum delle Associazioni socio-sanitarie cattoliche. Ognuno di noi sino ad oggi ha seguito il proprio percorso, come il rivolo di un torrente che corre solitario verso il mare, se non si inaridisce prima. Facciamo sì che i nostri rivoli si trasformino in un fiume torrenziale capace con la sua forza di trascinare tutto e tutti verso il mare di sofferenza e dolore in cui naviga gran parte della nostra umanità per mettere le nostre opere e tutti i nostri beni, morali o materiali che siano, al servizio dell’uomo che soffre e che ha bisogno del nostro aiuto. Sulle orme, o meglio sulla scia tracciata dal nostro comune Serafico fratello San Francesco.



FATTORE SALUTE E VITA PRENATALE

M. Gagliardini

Presidente Associazione Difendere la Vita con Maria (ADVM)

Il tema oltre a far emergere il pesante e sconcertante trattamento diseguale del malato in relazione alla sua condizione sociale oltre che al suo livello culturale, ai mezzi personali e alla fortuna (o sfortuna) di risiedere in un territorio dotato di servizi (divario fra Nord e Mezzogiorno), fa anche esplodere la grave discriminazione della selezione fra il concepito malato e il concepito sano.

La salute diseguale nella vita prenatale è pericolosamente esposta al contagio dal ‘virus’ mortale eugenetico. Di recente si è affermato che i bambini down sono a maggior rischio di estinzione di alcune specie animali protette. In Islanda, per rimanere al caso più eclatante, oltre il 99% di questi concepiti viene soppresso nel momento in cui la diagnosi prenatale rivela la variazione cromosomica, ma quote di molto superiori al 60% sono attestate in Paesi come l’Inghilterra, la Spagna, la Norvegia. Molte le cause di questa deriva culturale e antropologica: la paura del dolore, il mito del benessere che impone criteri estetici e attitudinali determinati dal business.

La soppressione del concepito attraverso l’interruzione volontaria della gravidanza ha cause anche molto diverse ma il **fattore salute** del bambino nel grembo e della mamma gestante ha rilevanza altissima. Questo concepito interpella l’intera comunità umana: il papà, la mamma, ogni persona, l’istituzione famiglia e le istituzioni pubbliche affinché il bene della salute possibile accompagni la vita fin dal suo inizio.

I bambini non nati non scompaiono, vivono nel Signore e recano immensa consolazione e autostima ai genitori, alle famiglie e alla società se li hanno amati. Viceversa, generano profondi e pericolosi **sensi di colpa** se non sono stati amati. Questi sensi di colpa presentano due costanti: **la prima** è relativa alle situazioni contingenti (stress professionale, fatica fisica e mentale, scontri e litigi in famiglia, abuso di fumo, alcol e sostanze), **la seconda** viene dal profondo: “questo figlio non lo meritavo” (disordine morale, segrete infedeltà immaginate o praticate, parole e gesti di offesa ai genitori, aiuti negati, invidie, gelosie, risentimenti).

L’interruzione volontaria della gravidanza, invece, ha tre costanti: le prime due gestibili, la terza spesso procura danni irreversibili. **La prima** di fatto coincide con



la rimozione dell'evento dal punto di vista della responsabilità che accompagna la scelta di interrompere una gravidanza, dove gli aspetti contingenti prevalgono (età precoce e troppo avanzata, situazioni familiari precarie oppure di lesione del prestigio, dell'onore, delle attese professionali, concepimenti extraconiugali).

La seconda costante è legata al danno che l'aborto ha provocato nei genitori: il figlio negato che riemerge nei coetanei (i più belli, i più buoni, i più intelligenti) e negli eventi festosi dei traguardi dell'età, degli studi, della professione, dell'affermazione sociale.

La terza costante, ingestibile e a volte causa di gravi ripercussioni sulla salute fisica e psichica, consiste nel danno e nell'irreparabile ingiustizia recata al proprio figlio. Espressioni tipiche sono: "A mio figlio", con ciò che ne consegue; "Anche se mi perdonasse Dio, io non mi posso perdonare".

Papa Francesco, col Giubileo straordinario, ci ha esortati a guardare con nuova sollecitudine alle opere di misericordia. Fin dall'inizio del suo cammino, la nostra Associazione opera in questo campo con l'intento di offrire ai bambini non nati l'onore e la pietà attraverso il pio gesto della sepoltura. Accanto a questi piccoli c'è però il mondo di sofferenza dei genitori, mamme e papà, familiari, e anche degli operatori sociali e pastorali che vengono a conoscenza, nell'opera del volontariato, di questo profondo e sommerso dolore.

In questi ultimi anni, in sede di stipula delle convenzioni necessarie al seppellimento dei bambini non nati, sempre più è emersa la necessità dell'accompagnamento delle famiglie. Così è sorto il progetto Fede e Terapia. Un **numero verde nazionale 800 969 878** per ascoltare nella riservatezza donne e uomini che vivono una *genitorialità ferita* e per individuare un percorso a sostegno delle persone *sofferenti per la morte prenatale d'un figlio*, affinché possano adeguatamente elaborare il loro lutto. Si è così predisposta una rete di operatori e un'équipe di professionisti per l'individuazione del miglior percorso terapeutico di chi chiama.



CONCLUSIONI

A. Bova

Dai vari interventi vengono spunti di riflessioni e programmi.

Quella delle disuguaglianze nella salute è una realtà grave che esiste in modo marcato nella nostra comunità nazionale e che riguarda in particolare le fasce di popolazione più deboli sotto il profilo culturale e di disponibilità economica. Una società che vive questa condizione è certamente manchevole sotto il profilo della giustizia e della democrazia, perché se nel popolo ci sono persone che vivono meno di altri e che hanno una condizione di salute non buona o cattiva per motivazioni socioeconomiche e culturali, siamo in una società ingiusta e non democratica.

Avendo con le relazioni puntualizzato la caratterizzazione delle disuguaglianze nella salute in Italia sia in senso territoriale che fra le fasce di popolazione con diversa condizione culturale e socioeconomica, vorrei soffermarmi su quello che abbiamo, noi Forum, il dovere di programmare, per dare il nostro contributo, affinché questa ingiustizia vada sempre più a ridursi, nella speranza che possa scomparire, anche prendendo spunto dalle cose dette.

Segnalo alcune cose da programmare e/o da auspicare:

- Adoperarsi per sviluppare l'atteggiamento di Amore per il prossimo, riducendo quello di Amore per sé stesso;
- Partecipare a porre insieme tutte le forze, che si vogliono occupare del problema e organizzare occasioni di convegni e di dibattiti sull'argomento, affinché se ne abbia percezione e possano venire fuori sempre più idee per risolvere il fenomeno;
- Il SSN deve uscire dalla sua mentalità autoreferenziale, uscire dalle sue mura e divenire prossimo alle persone ammalate, andando ad intercettare i bisogni ed i sofferenti, per concretizzare il diritto alla salute di tutti, coinvolgendo le intermediazioni;
- Il SSN non può essere organizzato più per l'offerta di prestazioni, ma deve porsi al servizio della Persona, da prendere in carico nella sua globalità e seguire con un rapporto di cura, che abbia una netta caratterizzazione di umanità, che è indispensabile nel seguire un ammalato che deve essere visto nella sua complessità;
- Le strutture del SSN devono perdere l'impostazione di aziendalizzazione con visione prevalente economicofinanziaria, associata a spinta alla



tecnologizzazione sempre più avanzata e con una tendenza allo stress produttivo. Devono entrare nell'ottica funzionale di servizio per aiutare la persona sofferente e la persona disabile a migliorare le proprie condizioni, portandole verso un miglioramento della salute ed un miglioramento della propria autonomia, superando il ragionamento limitativo sulla disponibilità economica;

- Sviluppare la Medicina del territorio e domiciliare, riducendo in contemporanea la cultura di cura ospedalocentrica;
- Sviluppare la digitalizzazione della Medicina e la robotica nella Medicina al servizio dei più fragili;
- Spingere molto per la ricerca, che è fondamentale per migliorare la qualità e le potenzialità della Medicina, bloccare le illegalità nella gestione della sanità, per recuperare più fondi;
- Avere attenzione particolare ai medici ed agli infermieri, che vanno tenuti in gran conto, evitando condizioni di eccessivo stress, che possono certamente pregiudicare la qualità del loro servizio.

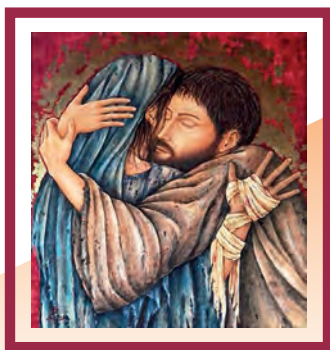
Al termine delle attenzioni da avere per ridurre le disuguaglianze nella salute e per migliorare la performance del SSN, segnalo che è indispensabile porre nella formazione dei medici il valore importantissimo della Umanizzazione della Medicina, utile per comprendere che ogni persona per la sua sofferenza va studiata, curata e riabilitata nella sua complessità olistica, sapendo che per essere bravi medici bisogna amare la professione ed avere un rapporto fraterno con l'ammalato.



INDICE DEGLI AUTORI

Bebber V.	40	Di Maolo F.	21
Boscia F. M.	30	Di Napoli A.	11
Bova A.	5; 45	Gagliardini M.	43
Cantelmi T.	17	Mirisola C.	6
Cervellera G.	27		

Salute diseguale: Agiamo sulla scia di Francesco



*“Sarebbe considerato un furto da parte nostra se non dessimo a qualcuno che ha molto più bisogno di noi”
San Francesco*

center
Albo Naz. AGENAS n.726
comunicazione
e congressi

Via G. Quagliariello, 27 • 80131 Napoli
ph 081.19578490 • fax 081.19578071
info@centercongressi.com • www.centercongressi.com