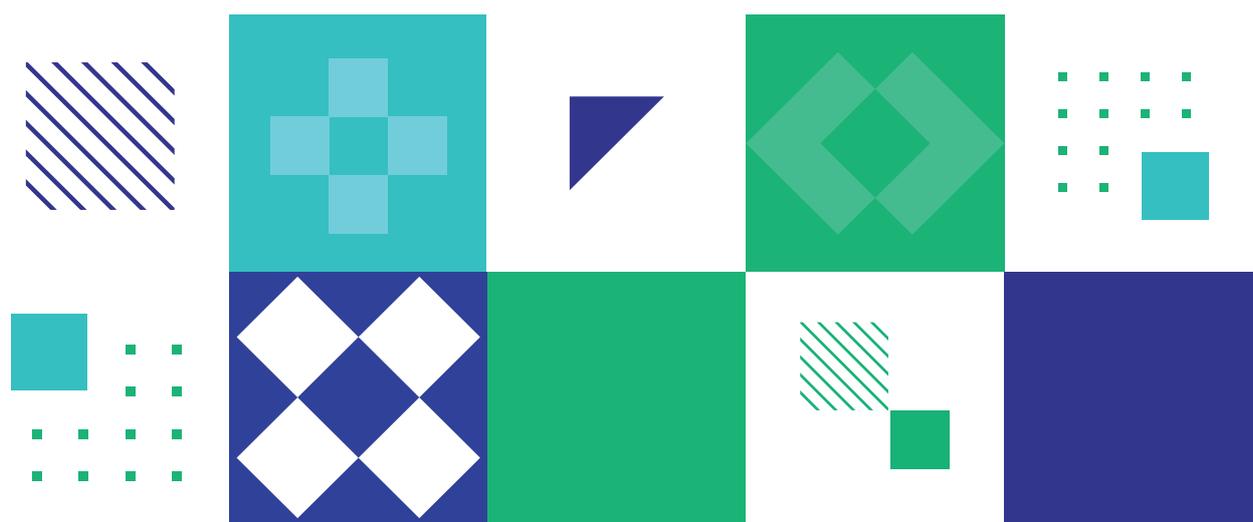


INTER-CONNESSIONI POSSIBILI

Un percorso di lettura interpretativa



Claudio Tortone
Dors - Regione Piemonte

Questo testo è il frutto di una riflessione puntuale e un confronto professionale e umano nella pratica quotidiana con le mie colleghe Luisa Dettoni, Mara Grasso, Simonetta Lingua, Rita Longo, Alessandra Suglia dell'Area Assistenza a Piani e Progetti, Luisella Gilardi e Antonella Bena. Le ringrazio.

Un ringraziamento sentito a Elena Mangosio, professoressa di lettere presso un Istituto Superiore torinese, per la revisione finale della traduzione italiana del Glossario e del presente articolo.



INTER-CONNESSIONI POSSIBILI

Un percorso di lettura interpretativa



Claudio Tortone
Dors - Regione Piemonte



La sfida dei termini

Nel nuovo Glossario della Promozione della Salute, aggiornato dall'OMS nel 2021, ritroviamo i termini fondativi e (ri)conosciamo nuovi termini che caratterizzano e generano la promozione dell'equilibrio tra ben-essere/salute, dell'equità ed inclusione.

Il Glossario è composto da 59 termini: 12 sono quelli fondamentali, 47 i principali. Prima di presentare i 59 termini attraverso una nostra interpretazione di inter-connessione tra loro (non l'unica certo, ma una possibile), ecco una piccola nota per il lettore:

- i **termini nuovi** (16) sono evidenziati **in grassetto sottolineato**
- i **termini aggiornati** (38) **in grassetto**
- i **termini non aggiornati** (5) in **grassetto corsivo**.

Nella definizione e nel commento di ogni singolo termine sono evidenziati i termini correlati per creare una propria inter-connessione a seconda degli interessi e delle necessità. La nostra interpretazione mette in connessione i termini, assumendo il punto di vista degli operatori (non solo sanitari) impegnati nei progetti e nelle azioni di cambiamento salutogenico. E quello dei decisori (ai diversi livelli) che hanno la responsabilità di prendere delle decisioni per il ben-essere e la salute nel proprio settore di competenza in relazione con le politiche dei servizi e i piani/programmi di azione di altri settori.

I termini fondativi corrispondono a quelli aggiornati (38) o che hanno conservato la formulazione originaria (5). Essi sono validi in ogni stagione storica e sociale, in quanto affondano le radici nella natura dell'uomo, in particolare nelle dinamiche di cambiamento e crescita individuale e sociale. Questi meccanismi influenzano, attraverso la motivazione o le resistenze al cambiamento, il rapporto dell'uomo con il proprio equilibrio di ben-essere/salute, a livello individuale e collettivo.

Sta a noi "esperti" - in quanto operatori, ricercatori e decisori - nell'esplorazione di queste dinamiche umane, saper trovare riferimento ed ispirazione nei termini del Glossario. Questa interpretazione ci permette di (o meglio ci abilita a) individuare le modalità più adatte per osservare e ascoltare i bisogni e le richieste dei singoli e della collettività e di accompagnare il cambiamento, riconoscendo le dinamiche che governano la relazione di ben-essere/salute e dell'equità.

La principale via di osservazione, scoperta e ricerca è la relazione umana, entrare cioè in ascolto e contatto fiducioso e significativo con le persone, i gruppi e le organizzazioni umane. Solo così possiamo essere più equi e cogliere le istanze, i bisogni e le risorse che i contesti sociali, e le singole persone, esprimono nei confronti dei problemi e delle trasformazioni della contemporaneità che incidono sull'equilibrio di ben-essere/salute e sulle dis/eguaglianze.

Il Glossario ci sostiene in questa sfida proponendo anche 16 nuovi termini che sono emersi nel frattempo dopo gli ultimi suoi aggiornamenti (1998 e 2006).

Molti di essi fanno riferimento ai fenomeni sociali che stiamo vivendo. La contemporaneità di poli-crisi, denominata sindemia, sta toccando drammaticamente le nostre vite. Sono fenomeni inoltre comunicati alimentando una costante sensazione di insicurezza e paura.

Sempre più percepiamo e viviamo le ripercussioni del livello globale-mondiale, a livello locale e individuale. Da qui il neologismo glocale, che mette in relazione globale e locale.

L'impatto glocale sulla salute e sulle disuguaglianze è causato da:

- modelli di commercio e investimenti internazionali, in particolare dalla commercializzazione di prodotti pericolosi per la salute da parte delle società multi-nazionali
- gli effetti del cambiamento/surriscaldamento climatico globale
- la vulnerabilità delle popolazioni rifugiate e dal dis-orientamento delle popolazioni ospitanti
- la trasmissione di malattie in seguito a viaggi tra paesi, in particolare i nuovi virus
- le ricadute socio-economiche dell'epidemia di Covid-19 in particolare sulla salute e il ben-essere mentale
- gli sconvolgimenti socio-economici provocati dalle guerre e dal terrorismo, che non sono più locali, ma globali nei loro effetti.

Tutto ciò sta provocando un incremento drammatico delle disuguaglianze sociali e di salute.



Un diritto da tutelare e promuovere

Iniziamo dalla definizione di **promozione della salute** che risale al 1986, contenuta nella sua dichiarazione fondativa, la **Carta di Ottawa**: è il *processo che abilita (enabling) le persone ad esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla*.

Non viene definita come una singola azione, ma un processo di cambiamento personale, individuale, che matura in una relazione di fiducia e reciprocità.

L'insieme delle relazioni creano un eco-sistema sociale che può diventare (cambiamento) politico (Potvin, 2022), in quanto la salute è diritto individuale e interesse collettivo.

È un bene comune che caratterizza la società, come indicato chiaramente nell'art. 32 della Costituzione Italiana. Il cambiamento non avviene grazie a un singolo atto, ma è un processo individuale e sociale. Non è meramente una "prescrizione", una "somministrazione" o un "addestramento" a un **comportamento salutare** da parte di un esperto.

È invece un insieme di azioni di **comunicazione (per la salute, del rischio e di marketing sociale)** e di apprendimento (**educazione alla salute**) messe in campo (non solo) dagli esperti.



Determinanti sociali di salute

[Social determinants of health]

I determinanti sociali di salute sono le **condizioni sociali, culturali, politiche, economiche e ambientali** in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano ed invecchiano e hanno accesso al potere, ai processi decisionali, al denaro e alle risorse che danno origine a queste condizioni di vita quotidiana.

+ Nuovo termine




Queste azioni combinate sostengono e rafforzano le caratteristiche naturalmente presenti nelle persone. I sentimenti e le motivazioni.

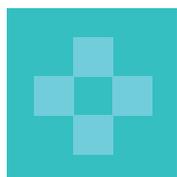
Le capacità e competenze (**abilità per la salute e la vita**) per vivere la vita quotidiana.

La capacità creativa e adattativa di affrontare le avversità e trasformarle in opportunità di crescita dando significato e senso agli eventi (**resilienza**). È un cambio di prospettiva per noi operatori: si passa dalla prescrizione paternalistica propria della vecchia educazione sanitaria ("*Mi raccomando, faccia più attività fisica*"), all'ascolto e al consiglio motivante dell'operatore-counselor ("*Provi a sentire Mario e si faccia raccontare da lui i benefici del camminare in gruppo*").

È un cambiamento di prospettiva che non si limita al comportamento individuale, ma deve incidere anche sui fattori ambientali del contesto di vita e lavoro, fattori prossimi alla persona: i **determinanti sociali della salute** (camminare in gruppo, per rimanere sul nostro esempio), gli **ambienti di vita favorevoli** (parchi e aree verdi curate e/o attrezzate, piste ciclabili sicure), i costi economici (facilmente sostenibili: scarpe e racchette, anziché un abbonamento costoso in palestra) e infine le politiche favorevoli alla salute (politiche di mobilità sostenibile).

La promozione della salute, riprendendo la sua definizione e arricchendola, è quindi il processo che abilita (enabling) le persone ad esercitare, individualmente e a livello collettivo, un maggiore potere e controllo (**empowerment**) sui **determinanti di salute** e, quindi, di migliorare la loro salute (Laverack, 2018; [Modello di empowerment per la salute e la società →](#)).





Non c'è salute, senza ben-essere

La **salute** non è solo assenza di malattia, ma molto altro, come ben sappiamo!

Anzi in occasione dell'ultima conferenza internazionale sulla Promozione della Salute (Ginevra, 2021), organizzata dall'OMS durante la pandemia per aggiornare la Carta di Ottawa, la dichiarazione finale sottolinea che senza ben-essere, non ci può essere salute e qualità della vita, cura e dignità nella malattia e nel fine vita. Le comunità locali possono concorrere alle "società promotrici di **ben-essere** sostenibili".

Il termine ben-essere è stato scritto con il trattino per mettere in risalto la dimensione esistenziale del concetto.

Si esprime, in particolare, in due dimensioni: quella edonica (BEN-essere riferito a emozioni, sentimenti, umore, felicità, gioia... cioè *sentirsi bene*) e la dimensione eudaimonica (ben-ESSE-RE caratterizzato dal dare significato e senso alla vita, tensione alla realizzazione di sé... cioè *star bene*) (Lazzari, 2016).

Questa interpretazione si differenzia quindi da una visione prettamente individualistica, consumistica, salutistica... del termine benessere senza trattino. Il ben-essere matura e si manifesta nel prendersi cura nell'ascolto reciproco, nel praticare il rispetto per la dignità della persona malata o nel fine vita, nel riconoscere la diversità dell'altro/a come un'espressione umana altrettanto significativa, nel curare relazioni umane significative.

Una delle epidemie emergenti, mis-conosciute, è la solitudine. Sta diventando un problema di salute pubblica, soprattutto nei paesi occidentali. Vivek Murthy, principale autorità di salute pubblica negli USA, dichiara la solitudine "un problema di salute globale", che provoca danni maggiori alla salute umana rispetto al fumo di 15 sigarette al giorno, i suoi rischi superano quelli dell'obesità e dell'inattività fisica.



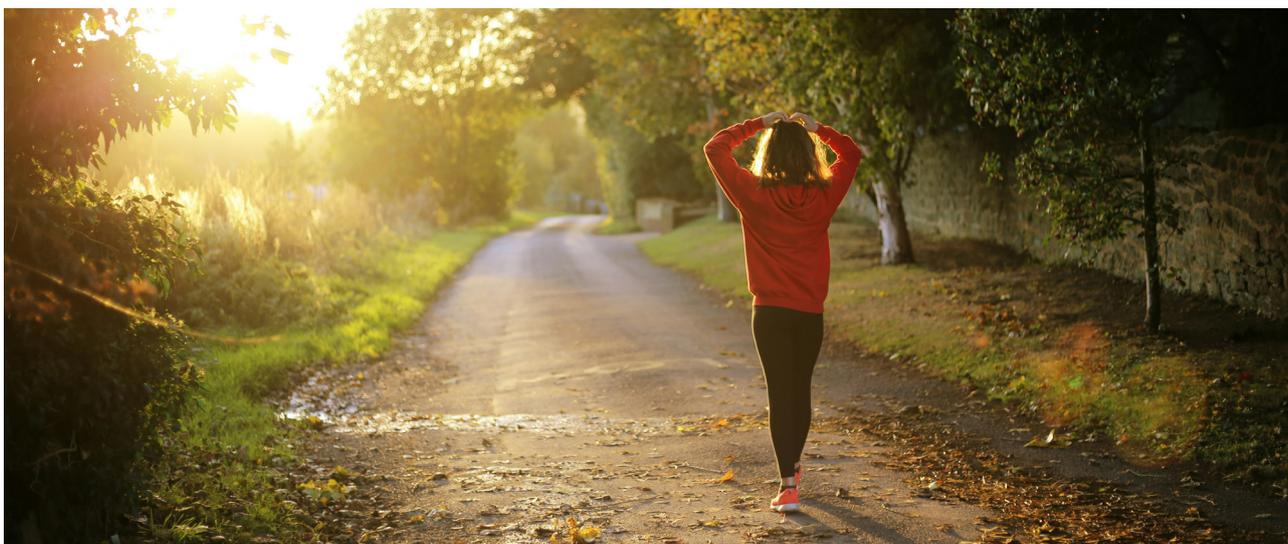
Definizione non modificata, commento modificato

Reti sociali

[Social networks]

Le **relazioni** e i **legami sociali** tra gli individui che **permettono di accedere a informazioni e risorse di salute**, influenzare norme e comportamenti sociali e **attivare il supporto sociale per la salute.**



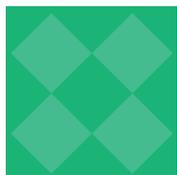
Nella [Strategia nazionale per promuovere la connessione sociale](#) → propone azioni che rafforzino il sistema relazionale e sociale tra le persone e le comunità di appartenenza.

Le neuroscienze inoltre stanno dimostrando la plasticità del cervello, cioè la proprietà di modificare se stesso, di adattarsi al mondo e di auto-ripararsi anche in età adulta e anziana. Nella scoperta delle grandi potenzialità della nostra mente si intercetta anche il nemico principale del sistema nervoso, l'infiammazione cronica.

Questa provoca invecchiamento precoce e innesca patologie come l'Alzheimer, il Parkinson e la depressione, frequentemente associata a isolamento e solitudine. Gli scienziati sono concentrati nella ricerca di metodi che contrastino la neuro-infiammazione. Miglioramenti molto promettenti sono evidenziati in persone con declino cognitivo lieve, senza uso di farmaci, e solo attraverso esercizio fisico, allenamento cerebrale o il semplice stare insieme agli altri (Matteoli, 2022). Non c'è salute, senza ben-essere.

La promozione della salute e, a questo punto anche del ben-essere, è prima di tutto un cambiamento sociale, che si manifesta a livello individuale, collettivo, politico. Deve partire dal rispetto dei principi, dei valori, delle credenze e della cultura delle persone, dei loro gruppi di appartenenza e delle comunità locali. Riguarda la vita quotidiana delle singole persone nelle loro relazioni sociali (**supporto sociale, reti sociali, capitale sociale**).

Quindi il cambiamento è individuale, ma è fortemente condizionato dai valori e dalla posizione sociale, dai contesti sociali (famigliari, amicali, lavorativi, politici...) di appartenenza, dalla qualità dei luoghi di vita e lavoro (setting per la salute/ben-essere), dall'interesse e dall'impegno della comunità territoriale di appartenenza (**mobilizzazione della comunità, azioni della comunità per la salute**) (Mannarini, 2023), dalle scelte politiche (**Salute in tutte le politiche**).



Modello bio-medico o salutogenico?

Risulta così evidente che il modello bio-medico, basato sul paradigma della patogenesi, non è sufficiente ad affrontare le sfide e la complessità dei bisogni e problemi di salute esacerbati dalle disuguaglianze. Certamente ci aiuta ad individuare i **fattori di rischio** modificabili per la **prevenzione delle malattie**. Ma non contiene in sé le teorie del cambiamento e i fattori della **salutogenesi** che possono aiutare le persone, le comunità e le società a trasformare i fattori di rischio in comportamenti salutari e a mobilitarsi per politiche che garantiscano una **Salute per tutti**. I modelli interpretativi che sostengono il cambiamento sono tre: salutogenico, socio-ecologico e bio-psico-sociale.

Sono il cuore della promozione della salute. Essi integrano e completano il modello bio-medico della prevenzione delle malattie (Lemma, 2018). Al centro c'è la persona, non isolata, ma in relazione con una rete di relazioni, in particolare quelle di prossimità.

La promozione della salute ha a cuore il singolo in relazione con la sua comunità di appartenenza e più in generale con la società. E sostiene la sua crescita.


+ Nuovo termine

Salutogenesi

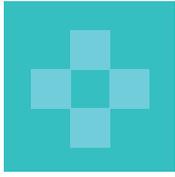
[Salutogenesis]

La salutogenesi descrive come le **risorse sociali e individuali**, compreso il senso di coerenza, aiutino le persone a gestire lo stress e a riprendersi bene.




Propone di potenziare le abilità per la salute e la vita attraverso un processo di maturazione delle competenze cognitive, emotive-affettive e relazionali utili all'esistenza.

Il potenziamento nasce da una relazione di fiducia e reciprocità. E nella malattia questo tipo di relazione è già cura, un inizio di guarigione (Benedetti, 2018). Questo potenziamento deve essere coniugato con l'**alfabetizzazione alla salute** per fornire strumenti culturali e critici nelle prese di decisioni riguardanti se stessi e la società, in salute e nella malattia. Grazie a questi **risultati di salute**, le società e i governi possono fare le scelte giuste per effettuare **investimenti per la salute** efficaci, sostenibili ed equi.



Un glossario dei sogni?

A questo punto la nostra interpretazione e inter-connesione tra termini può apparire come un libro dei sogni, una interpretazione ingenua ed idealistica.

In realtà il Glossario offre una visione comune, che è stata sancita e sottoscritta dagli Stati (compresa l'Italia) tramite un'organizzazione sovra-nazionale e internazionale, l'Organizzazione Mondiale della Salute.

Una visione presente non solo nei termini del Glossario, ma in tutti i documenti di raccomandazioni e programmazione correlati, compreso il nostro Piano Nazionale/Regionale della Prevenzione 2020-2025.

I termini del Glossario sono un punto di riferimento, di richiamo e di impegno collettivo per migliorare la realtà, le organizzazioni e le comunità locali e la società nel suo insieme alla luce della relazione di ben-essere/salute e dell'equità.

I nuovi termini mettono ben a fuoco i punti di poli-crisi emersi in questi ultimi anni, sottolineando la loro stretta connessione, come evidenziato dai neologismi, sindemia e globale, già discussi nell'introduzione. Qui riprendiamo i due punti di crisi cruciali.

Il primo punto di crisi è la messa in evidenza e l'incremento drammatico delle disuguaglianze di salute con un allargamento della povertà relativa e assoluta esacerbato dalla pandemia di Covid-19 e i successivi terremoti economici e politici. Con l'**equità nella salute** tutti dovrebbero avere le stesse opportunità, o meglio proporzionate a ciascuno, ed essere inclusi in percorsi per raggiungere la loro piena salute.

Nessuno dovrebbe essere lasciato indietro, svantaggiato nel raggiungimento di questo potenziale, come misurato dal **carico di malattia** e dall'**aspettativa di vita in buona salute**.

+ Nuovo termine

Obiettivi di Sviluppo Sostenibile

[Sustainable Development Goals - SDGs]

Gli **Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (OSS)** sono un invito all'azione da parte di tutti paesi – sviluppati e in via di sviluppo – in un **partenariato globale**. Essi riconoscono che porre fine alla povertà e ad altre privazioni deve andare di pari passo con l'adozione di **strategie** che **migliorino** la **salute** e l'**istruzione**, riducano le disuguaglianze e stimolino la crescita economica, il tutto **contrastando il cambiamento climatico** e lavorando per preservare i nostri oceani e le nostre foreste.

Solo incidendo, con politiche e programmi di intervento, sui determinanti sociali nelle comunità locali e sui **determinanti commerciali della salute** del settore privato, si può cambiare questa deriva e garantire maggiori opportunità di equità, inclusione e giustizia sociale.

Il secondo punto è la crisi della **salute del pianeta** che produce nuove povertà e pregiudica la salute dei sistemi naturali. Infatti la salute e la civiltà umana sono il risultato di sistemi naturali rigogliosi a condizione di prendersene cura. Il legame inestricabile tra le persone e il loro ambiente era già sentito e presente nella Carta di Ottawa nell'azione relativa agli ambienti favorevoli alla salute.

Ora i relativi **determinanti ambientali per la salute** sono una delle cause principali di iniquità nella salute, poiché sono le condizioni naturali e costruite in cui le persone vivono e lavorano.



Di fronte a tali crisi non si possono adottare tatticismi “politici” miopi e riduzionistici, ma è necessaria una visione politica strategica di **governance per la salute**. Una governance caratterizzata da un approccio responsabile che coinvolga il governo e la società nel loro complesso e a tutti i livelli, da quello locale a quello internazionale. Una governance che faccia leva sui meccanismi indicati dalla **salute globale** e sui processi di negoziazione previsti dalla **diplomazia per la salute** per promuovere equità, inclusione e giustizia sociale. Uno stile di governance da adottare anche a livello locale, dove abbiamo più margine/potere di cambiare (cioè di generare empowerment).

Tutelare e promuovere il diritto della salute e del ben-essere non è un compito esclusivo della sanità: essa può incidere solo su una piccola parte delle cause, soprattutto quelle correlate alla malattia, alla sua prima insorgenza non ancora clinica (es. screening), alla prevenzione (es. vaccinazioni) e alla sua capacità di chiamare in causa e orientare gli altri settori della società. Il resto delle “cause di buona salute” infatti attengono ai diversi determinanti sotto la responsabilità di altri settori e della società nel suo complesso, come abbiamo descritto più sopra.

Perché non sia un enunciato senza gambe e utopico, l'ONU, in accordo e con l'impegno della maggior parte degli Stati, ha fissato gli **Obiettivi di Sviluppo Sostenibile** nell'Agenda 2030 con meccanismi di rendicontazione annuale per tutti i 27 obiettivi (vedi in Italia i rapporti di ASviS – Alleanza italiana per lo Sviluppo Sostenibile).

Essi sono interconnessi e riflettono tutti i determinanti di salute: i pre-requisiti per la salute, la povertà, le disuguaglianze, il cambiamento/surriscaldamento climatico, l'inquinamento ambientale, la pace e la giustizia.

Nel raggiungere obiettivi così rilevanti le **partnership per la salute** rappresentano un importante strumento pratico di collaborazione e cooperazione. Perché essi funzionino devono basarsi su vantaggi reciproci per la salute attraverso la condivisione di expertise, abilità (skill) e risorse.

Sono la premessa per l'**azione intersettoriale a favore della salute** in cui settori diversi del governo interagiscono con la società civile e il settore privato (profit e no-profit) su obiettivi comuni con ricadute virtuose sull'equilibrio ben-essere/salute e sui meccanismi generativi di equità.



Ognuno faccia la sua parte

La sanità ha un ruolo chiave, ma non dominante, anzi di servizio (stewardship), nel favorire una maggiore inclusione ed equità nella salute. Lo sviluppo di una **politica sanitaria** coerente alla promozione della salute rende credibile l'esercizio del ruolo di facilitazione e mediazione da parte della stessa Sanità, mettendo in luce i **co-benefici**, nelle politiche pubbliche degli altri settori che hanno ricadute sulla relazione tra salute, ben-essere ed equità (cioè Salute in Tutte le Politiche).

Uno sguardo così ampio di **salute pubblica** richiede il confronto fecondo tra scienze diverse, competenze plurime e valori comuni, che si concretizza in istituzioni, programmi, servizi e azioni collettive.

La **costruzione di competenze** diventa centrale e prioritaria per realizzare tutto ciò. Essa non si riduce nella formazione, come troppe volte è intesa, ma nello sviluppo di conoscenze, abilità (skill), impegno, partnership, strutture, sistemi e leadership per rendere (enabling) efficaci le azioni di promozione della salute.


+ Nuovo termine

Co-benefici

[Co-benefits]

I co-benefici sono **risultati positivi** che interessano reciprocamente la **sanità** e altri settori, nell'ambito di **azione dei governi**, delle **organizzazioni** e delle **comunità**.

I co-benefici, comuni a tutti i settori e all'intera società, **possono essere raggiunti** se si tiene conto, in modo evidente, degli aspetti legati alla salute nell'**elaborazione delle politiche**, nell'**allocazione delle risorse** e nell'**erogazione dei servizi**.




Queste scienze e competenze sono indispensabili per condurre i processi partecipativi ed inclusivi, con le persone e le comunità locali, utili all'**analisi dei bisogni** e alla **valutazione di impatto sulla salute** degli interventi e delle politiche.

Nella politica sanitaria è necessario trovare un giusto equilibrio tra prevenzione delle malattie, **assistenza sanitaria primaria** (territoriale) e quella secondaria (ospedaliera). Questi servizi devono essere coerenti, proporzionati ed equi con i carichi di malattia e i percorsi di cura (comprese quelle palliative), assistenza e riabilitazione necessari per i cittadini/pazienti.

Servizi sanitari non solo forniti delle migliori terapie scelte sulla base del rapporto costo/efficacia e attrezzati con adeguate tecnologie diagnostiche e digitali, ma fondati sulla relazione umana ispirata dalla fiducia e dal sentimento che nell'incontro con l'altro (paziente, caregiver o collega che sia) ognuno scopre qualcosa di sé. I servizi devono essere caratterizzati da un'attenzione alla salute di genere e cadenzati e coerenti lungo tutto il **ciclo di vita**, come raccomandato dall'azione **ri-orientare i servizi sanitari** della Carta di Ottawa.

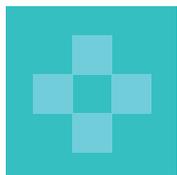
Lo stesso servizio sanitario deve diventare un promotore della salute umana e ambientale, quando esercita le funzioni di cura e riabilitazione, utilizzando l'approccio per setting per la salute così come è raccomandato dalla rete degli **ospedali e servizi sanitari che promuovono salute** (Standard 2020). Il ri-orientamento dei servizi sanitari richiede anche un equivalente ri-orientamento della ricerca sanitaria, nonché cambiamenti nell'ambito della formazione dei professionisti, sia a livello universitario che nella formazione permanente, per interpretare al meglio la finalità olistica e integrata all'interno del sistema sanitario. Inoltre devono essere programmati investimenti per un'**infrastruttura per la promozione della salute**, che supportino un modello organizzativo efficace e sostenibile (vedi come esempio la [proposta piemontese](#) →).

Le competenze della promozione della salute devono essere specialistiche per alcuni professionisti e servizi, ma allo stesso tempo dovrebbero essere generaliste e trasversali a tutti i servizi, creando così una rete che sostenga i processi di empowerment dei cittadini/pazienti e degli stessi operatori sanitari nell'attuazione del Piano Nazionale/Regionale della Prevenzione.

La società fa la sua parte quando i contesti organizzati di vita e lavoro assumono un approccio di sistema nelle loro politiche di servizio e organizzazione, a condizione che siano attente all'equilibrio di ben-essere/salute e all'equità.

Le decisioni e l'organizzazione del lavoro e della vita hanno ricadute su questo equilibrio, condizionando gli abitanti del contesto. E questi contesti/**setting per la salute** sono collegati tra loro, per il solo fatto che le persone transitano attraverso essi, come il modello socio-ecologico ci evidenzia.

L'OMS ormai da tempo ha promosso e sostenuto l'approccio per setting, attivando e monitorando le reti dei setting che promuovono la salute, il ben-essere e l'equità. Oltre a quella degli ospedali e dei servizi sanitari, esistono e sono attive **le reti delle scuole**, dei luoghi di lavoro, **delle città** (sane), **delle isole**, delle università e delle carceri **che promuovono salute**.



Fondamenti evergreen: si può fare

Rimane sempre fondamentale, attuale e vitale la Carta di Ottawa (1986), nonostante l'età. Essa ha definito le strategie e le azioni per il cambiamento di paradigma, da patogenico a salutogenico/socio-ecologico con un loro uso integrato.

Questo approccio “costituzionale” sostanzia la relazione tra ben-essere/salute ed equità affinché sia un diritto per ogni persona, senza distinzione, e un bene comune tutelato e promosso da tutti i settori della società grazie all'approccio della Salute in Tutte le Politiche. Questa re-distribuzione delle titolarità e responsabilità (già raccomandata allora, nel 1986) permette di avere i servizi sanitari più equi, efficaci e sostenibili economicamente, e ora anche dal punto di vista ambientale come ci invita il Glossario.

Queste raccomandazioni che emergono dalle undici Carte della Promozione della Salute e dal nuovo Glossario non sono ancora compiutamente realizzate. Anzi sono costantemente minacciate da un definanziamento sempre più evidente del Servizio Sanitario Nazionale a favore del privato e da mancati investimenti nella società per contrastare le disuguaglianze di salute potenziando i determinanti sociali favorevoli alla salute.

Le criticità ormai sono evidenti, ma non sono ancora al centro del dibattito pubblico e politico: liste d'attesa drammatiche, mancata copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), avanzata pericolosa della autonomia regionale differenziata, ridimensionamento degli obiettivi del PNRR relativi al potenziamento della sanità di prossimità territoriale (cure primarie, case-ospedali di comunità, COT, digitalizzazione...), carenza di personale sanitario... Il diritto stesso della **copertura sanitaria universale** viene ogni giorno minato alla base, portandolo *sull'orlo del baratro* (Rapporto GIMBE, 2023).

+ Nuovo termine

Copertura sanitaria universale

[Universal health coverage]

La copertura sanitaria universale **consente** (enabling) a tutte le persone di avere **accesso ai servizi sanitari di cui hanno bisogno**, di alta qualità, quando e dove ne hanno bisogno, senza difficoltà economiche, lungo tutto il corso della vita.

Comprende l'**intera gamma di servizi sanitari essenziali**, dalla promozione della salute alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e alle cure palliative.

La definizione del termine (vedi box) indica come fondamentale l'assistenza sanitaria primaria centrata sulle persone, con cure primarie prossime ad esse e servizi sanitari territoriali facilmente accessibili, organizzati non solo sulla cura e l'assistenza, ma integrati con la promozione della salute e la prevenzione.

Sono indicazioni "antiche" (si pensi alla Dichiarazione di Alma Ata del 1978) e tuttora disattese: gli insegnamenti della pandemia non si sono radicati e, ad oggi, non hanno fatto voltare pagina ai decisori politici (vedi il depotenziamento del PNRR).

Ma qualcosa si può fare. L'insegnamento e il supporto dei fondamenti della promozione della salute, cioè le tre strategie e le cinque azioni, ci sono d'aiuto e ispirazione. Ogni cittadino, da solo e in forma organizzata, può difendere la causa della salute e dei problemi emergenti che producono disuguaglianze (**advocacy per la salute**), può **abilitare** (enabling) se stesso - anche sostenuto da operatori sanitari, insegnanti, conoscenti, leader... - e può fare azione di **mediazione** affinché la salute sia un diritto individuale esigibile e un bene comune da tutelare e promuovere.

Fare advocacy, abilitare e mediare sono le tre strategie *evergreen* che possono stimolare e produrre un cambiamento a tutti i livelli. Nel rapporto interpersonale. Nei gruppi. Nelle organizzazioni. Nella comunità. Nelle politiche della società. Ognuno di noi possiede dei gradi di libertà per poter cambiare le cose (empowerment) nel suo raggio di azione, lì dove si trova, globalmente e mobilitarsi per richiedere un cambiamento ai propri decisori di riferimento.

I cinque ambiti di azione in cui esercitare questo libero arbitrio in un processo *empowering* sono indicati nella Carta di Ottawa della Promozione della Salute:

- **sviluppare le abilità personali utili per la salute e la vita**
- **rafforzare l'azione della comunità per la salute**
- **creare ambienti favorevoli alla salute**
- **ri-orientare i servizi sanitari**
- **costruire una politica pubblica per la salute** (cioè Salute in Tutte le Politiche).

Un buon progetto e una buona politica devono tenere conto e agire il cambiamento contemporaneamente, anche con "pesi diversi", su questi cinque ambiti d'azione, facendo leva sulle strategie di advocacy, abilitazione e mediazione. Sia a livello individuale che collettivo. Per essere efficace, sostenibile, equo.

La promozione della salute in sintesi è una strategia politica del bene comune e un metodo di lavoro che si fonda su una relazione di fiducia, aperta, di ascolto, empatica, talvolta assertiva, che deve generare tutela dei diritti, qualità della vita, ben-essere, salute, equità.

Una relazione guidata da processi di inclusione e responsabilità, che crea inter-connessioni, alleanze, collaborazioni intersettoriali per affrontare globalmente i determinanti della salute globale.

Uno storico slogan degli attivisti ambientali, ripreso negli anni '90 dall'OMS, diceva: *Think globally, Act locally*. "È urgente che le persone prendano in considerazione la salute dell'intero pianeta e che agiscano nelle proprie comunità e città".

Ci sembra un buon viatico, e un ricorso storico sollecitante, per continuare il nostro viaggio professionale e umano tra i termini del Glossario della Promozione della Salute.



Bibliografia

Benedetti F. *La speranza è un farmaco. Come le parole possono vincere la malattia*, 2018. Mondadori

GIMBE, *6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale* ([link →](#)), 2023

Laverack G. *Salute Pubblica: potere, empowerment e pratica professionale*, 2018, Il Pensiero Scientifico (traduzione italiana a cura di Norma De Piccoli, Dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino e Claudio Tortone DoRS Regione Piemonte) ([recensione →](#))

Mannarini T. *Comunità e partecipazione. Prospettive psicosociali*, 2023, Franco Angeli ([recensione →](#))

Potvin L, Didier Jourdan D. *Global Handbook of Health Promotion Research, Vol. 1 - Mapping Health Promotion Research*, 2022, Springer

Lazzari D. *Bilancia il tuo stress – Una guida efficace per gestire al meglio le tue energie e ritrovare l'equilibrio*, 2016, Demetra

Lemma P. *Promuovere salute: principi e strategie*, 2019, Il Pensiero Scientifico Editore ([approfondimento →](#))

Matteoli M, *Il talento del cervello, 10 lezioni facili di neuroscienze*, 2022, Sonzogno Editore

Rete internazionale degli Ospedali e dei Servizi Sanitari che Promuovono la Salute. *Standard 2020 per Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono la salute* ([link →](#)), 2020, Amburgo, Germania: Rete HPH&HS internazionale

Edizioni del glossario

Nutbeam D. *Health Promotion Glossary*, Health Promotion. 1986; 1(1):113–127

Nutbeam D. *Health Promotion Glossary*, Health Promotion International. 1998; 13(4):349–364. ([versione inglese →](#), [traduzione italiana a cura di DoRS Regione Piemonte →](#))

Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. *Health Promotion Glossary: New terms*. Health Promotion International. 2006; 21.4:340–45. ([versione inglese →](#), [traduzione italiana a cura di DoRS Regione Piemonte →](#))

WHO, *Health Promotion Glossary of terms 2021*, 2021 ([versione inglese →](#), [traduzione italiana a cura di DoRS Regione Piemonte e Regione Lombardia →](#))

