

Contare ed ascoltare

Il Piano per la Salute come opportunità per la promozione della salute e lo sviluppo della comunità

a cura di
Mauro Palazzi

*“non tutte le cose che contano si possono contare,
non tutte le cose che si possono contare contano”
Albert Einstein*

Introduzione

L'impetuoso sviluppo economico, scientifico e tecnologico che ha caratterizzato la fine del secondo millennio, ha prodotto profondi mutamenti nella vita dell'uomo. Molte sfide della medicina sono state vinte o stanno per esserlo, la vita media della popolazione si è elevata, l'informatica ha ampliato oltre l'immaginabile le possibilità di comunicazione interpersonale ma, nonostante tutto, si osservano nella popolazione problemi e bisogni di salute spesso nuovi e complessi.

Questi bisogni di salute difficilmente trovano una risposta efficace nell'intervento dei soli servizi socio-sanitari, in quanto sono legati all'esigenza di recuperare una socialità, una dimensione più umana del vivere, ed a fattori (stili di vita, fattori socio-economici e ambientali) che non sono sotto il controllo del Sistema Sanitario.

Gli interventi volti a ridurre le condizioni di povertà e di esclusione sociale, le iniziative finalizzate a promuovere il ruolo sociale dell'anziano, gli interventi a sostegno delle famiglie che assistono malati cronici e disabili, una pianificazione urbanistica che tuteli le aree verdi e migliori la sicurezza stradale, gli interventi a favore dello sviluppo del volontariato sono solo alcuni esempi di azioni che possono portare a miglioramenti sostanziali dello stato di salute dei cittadini e che prevedono un intervento intersettoriale dei diversi attori sociali.

Per migliorare lo stato di salute e rispondere ai bisogni dei cittadini è quindi necessario spostare l'attenzione dalle politiche di assistenza sanitaria alle politiche di salute, mobilitando tutte le risorse presenti nei diversi settori della comunità che possono intervenire sui fattori determinanti per la salute (decisori politici, cittadini, organizzazioni di volontariato, scuola, sindacato, imprenditori, operatori sociosanitari, mondo della comunicazione...) per costruire un *“patto locale di solidarietà per la salute”*.

Il *“Piano per la Salute”* (PPS) è lo strumento che la Regione Emilia Romagna ha proposto per rendere concreto questo patto. Nella delibera della giunta regionale 1 marzo 2000 n. 321 il PPS viene definito come *“un piano triennale di azione elaborato e realizzato da un insieme di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento della assistenza sanitaria”*.

Il ruolo guida del Piano è affidato agli Enti locali, con il supporto tecnico della AUSL. Il processo di elaborazione del Piano prevede inoltre la partecipazione dei diversi attori sociali non sanitari fin dalla fase di ricognizione/ rilevazione dei bisogni e problemi di salute della comunità e di scelta delle priorità. La partecipazione dei cittadini e degli altri attori sociali, rappresenta il presupposto innovativo e la sfida, che assieme alle politiche intersettoriali, può favorire la promozione della salute di una popolazione e può contribuire allo sviluppo della comunità. La partecipazione (gli attori agiscono un potere e decidono),insieme al coinvolgimento (gli attori divengono attivi) e alla creazione di connessioni (gli attori si mettono in rete), è uno dei tre “pilastri fondamentali” sui quali si basa lo sviluppo di comunità secondo E.R.Martini.

Ovviamente parliamo di un livello alto di partecipazione, come la definirebbero Eweles e Simnet, attraverso il quale i cittadini possono esprimere un effettivo controllo, parziale o totale, su importanti decisioni che hanno ricadute sulla loro salute.

La realizzazione di un processo di partecipazione ampia della comunità è uno dei fattori di maggior complessità del percorso di elaborazione del PPS, ma rappresenta anche una grande opportunità per promuovere un processo di condivisione di responsabilità e di potere dei diversi attori rispetto alle scelte di salute che li riguardano direttamente.

I metodi e i livelli di partecipazione realizzabili sono condizionati da numerosi fattori, tra questi ricordiamo il tempo a disposizione (il processo di partecipazione non è mai veloce), la volontà delle istituzioni e dei cittadini, le risorse professionali, economiche e sociali (la presenza di capitale sociale). La scelta del percorso deve considerare attentamente queste condizioni per ottenere il migliore risultato possibile, magari anche minimo dal punto di vista quantitativo, ma qualitativamente alto, evitando di creare delusione e sfiducia.

Con questo spirito il gruppo tecnico di coordinamento per il Piano per la Salute, incaricato di elaborare una analisi dei bisogni di salute della comunità ha proceduto alla raccolta ed elaborazione dei dati e delle informazioni cercando di coinvolgere e far partecipare al processo oltre agli addetti ai lavori anche quegli attori sociali che pur non avendo esperienze specifiche e professionali nel settore potevano arricchire con informazioni qualitative l'analisi.

L'analisi partecipata dei bisogni di salute

L'esecutivo della Conferenza Sanitaria Territoriale di Cesena, nel settembre 2000 ha deciso di attivare, un processo di elaborazione e attuazione del PPS affidando ad un Gruppo Tecnico il compito di proporre e attuare un programma di lavoro con i seguenti obiettivi:

Elaborare e attuare un piano per la salute per rispondere ai bisogni di salute prioritari del territorio della CST di Cesena.

Migliorare la conoscenza relativamente ai problemi, ai bisogni di salute e alle risorse presenti nella comunità (reti, progetti, esperienze, attori sociali...).

Promuovere e organizzare momenti di riflessione e confronto sui temi dei problemi e bisogni di salute, sui determinanti e sui criteri prioritari di scelta per gli interventi.

Sperimentare esperienze di coinvolgimento e partecipazione della comunità alla costruzione di politiche per la salute.

Promuovere una responsabilizzazione diffusa dei diversi attori rispetto ai problemi e alle scelte di salute e sviluppare reti e collaborazioni.

Per individuare gli obiettivi di salute prioritari, sui quali impostare un programma di azioni intersettoriale, è stata avviata dal mese di febbraio 2001 **un'analisi dei bisogni di salute** nella nostra comunità.

L'analisi è stata condotta ricercando punti di vista diversi (operatori dei servizi e cittadini rappresentanti delle principali categorie sociali) e strumenti di lettura di tipo statistico-epidemiologico e della ricerca sociale. La raccolta e l'elaborazione di informazioni di tipo quantitativo e qualitativo ha permesso di trovare in parte conferme alle opinioni degli “esperti” e, in parte, di arricchire le conoscenze disponibili.

Il metodo adottato, che ha permesso di sperimentare percorsi di partecipazione di operatori e altri attori sociali della comunità, alla elaborazione di programmi comunitari di promozione della salute, ha previsto la due modalità di raccolta dei dati:

1. Raccolta delle **opinioni di cittadini e dei rappresentanti delle diverse categorie sociali della comunità** (amministratori pubblici, operatori dei servizi, volontariato, sindacato, mondo produttivo, scuola, famiglie, ecc...) attraverso interviste di gruppo (focus group). I gruppi sono stati individuati prevalentemente tra quelli già costituiti e attivi (es. commissioni consiliari, consulte del volontariato, comitati di distretto, comitati consultivi misti, gruppi territoriali omogenei di medici di famiglia...), alcuni gruppi sono stati costituiti ad hoc (es. studenti, insegnanti, operatori sanitari...). I gruppi sono stati scelti in modo non casuale: i tempi e le risorse a disposizione non erano tali da consentire la formazione di un campione scientificamente rappresentativo (es. randomizzazione). Nella selezione si è ricercata la massima rappresentatività delle diverse categorie sociali della comunità e dei diversi ambiti territoriali. L'obiettivo delle interviste era quello di sperimentare modalità di coinvolgimento della comunità nella analisi dei bisogni e di raccoglierne le opinioni.¹

2. **La realizzazione di profili e schede epidemiologiche elaborate da gruppi di tecnici ed esperti** sulle problematiche di salute relative alle patologie prevalenti, ai gruppi di popolazione più deboli, ai principali fenomeni sociali correlati con la salute e individuati dal Piano Sanitario Regionale 1999-2002, (**neoplasie, malattie cardio-vascolari, malattie respiratorie, salute mentale, dipendenze patologiche, anziani, donne, bambini e adolescenti, esclusione sociale, alimentazione, incidenti stradali, infortuni e sicurezza sul lavoro**). Questi gruppi hanno raccolto informazioni utilizzando dati correnti (cause di morte, ricoveri ospedalieri...), dati di servizio (numero di accessi ad un servizio...) e dati provenienti da ricerche ad hoc.²

Sulla base di queste informazioni, sono state elaborate delle schede descrittive contenenti informazione sulla rilevanza (gravità e diffusione) del problema/ bisogno, i determinanti, i livelli di intervento, i costi economici e sociali, i progetti in atto... attraverso le quali sono stati individuati i principali bisogni di salute della comunità proposti alla Conferenza Sanitaria Territoriale per la scelta delle priorità sulle quali elaborare il patto locale di solidarietà per la salute.

Considerazioni finali e prospettive

Il materiale raccolto, con la partecipazione attiva di circa 330 soggetti, è stato elaborato dal gruppo tecnico che ha individuato i principali bisogni di salute e li ha presentati attraverso una proposta sintetica alla Conferenza Sanitaria Territoriale per la scelta delle priorità. Questa proposta è stata prima presentata e condivisa con i partecipanti all'indagine in occasione di un incontro pubblico al quale hanno partecipato circa 170 sulle 300 invitate.

La Conferenza Sanitaria Territoriale per la scelta ha tenuto conto di quanto era emerso dalle interviste dei gruppi focus (bisogno percepito), dei dati epidemiologici e dei seguenti criteri per la scelta delle priorità indicati dal gruppo di amministratori pubblici e dagli altri attori sociali (54 soggetti) coinvolti in un corso di formazione nella fase di attivazione iniziale del percorso (fine anno 2000).

I criteri individuati e che hanno guidato la scelta sono stati:

la rilevanza (gravità e diffusione nella popolazione),

la capacità di ridurre le disuguaglianze,

la risolvibilità,

l'urgenza.

¹ Si veda articolo E.Mazzoni, I bisogni di salute nelle parole dei protagonisti. La nascita dei PpS nel circondario cesenate, in questo SESTANTE n.15.

² Si veda articolo F.Righi, I bisogni di salute in alcune analisi epidemiologiche. La nascita dei PpS nel circondario cesenate.

L'esecutivo della Conferenza Sanitaria Territoriale Cesenate nel luglio 2001, valutato il risultato dell'analisi dei bisogni e le risorse disponibili, ha deciso di impegnarsi sulle seguenti tre aree di bisogno giudicate prioritarie:

- **Cultura della salute e stili di vita sani**

Le motivazioni che hanno indotto questa scelta sono state: *"è un bisogno particolarmente percepito dai gruppi Focus intervistati, il bisogno è trasversale a tutte le fasce della popolazione, può permettere di intervenire su problemi di salute importanti e diffusi nella popolazione"*

- **Sicurezza stradale**

Le motivazioni sono state le seguenti: *"l'incidentalità stradale nel nostro territorio è particolarmente rilevante sia nei confronti dei dati regionali che nazionali, è un fenomeno che causa morte, disabilità in particolare per le giovani generazioni; esistono nel territorio molte risorse (quali la scuola di polizia stradale) che possono essere coinvolte in uno specifico PPS"*

- **Sostegno a chi deve sostenere**

Motivazioni: *"è un bisogno particolarmente segnalato dai Focus Group, è un bisogno che si riferisce a fasce di popolazione che spesso vivono in condizioni di esclusione sociale, e in situazioni familiari "fragili"*

Gli altri due bisogni proposti :**"star bene insieme"** ed **"autosufficienza dell'anziano"**, pur essendo riconosciuti come bisogni importanti, sono stati ritenuti già oggetto di diverse iniziative e progetti intersettoriali, per cui viste anche le risorse tecniche disponibili si è preferito dare priorità ai tre bisogni sopraelencati per la sperimentazione della elaborazione del primo "Piano per la Salute".

Nel settembre 2001, sono stati costituiti i primi nuclei dei gruppi di lavoro guidati da amministratori pubblici (Sindaci e Assessori), coadiuvati da rappresentanti del gruppo tecnico, che coinvolgeranno rappresentanti delle diverse categorie sociali della nostra comunità nella individuazione degli obiettivi specifici e del programma delle azioni.

Per la primavera 2002 ci attendiamo che sia terminato il lavoro di elaborazione e che a questo abbiano partecipato attivamente i diversi attori sociali del territorio, questa condizione è irrinunciabile per garantire la realizzazione di un autentico Patto Locale di Solidarietà per la Salute.

Bibliografia

AA.VV., "Il lavoro di comunità", *Quaderni di animazione e formazione*, Edizioni Gruppo Abele, 1996.

Biocca M. (a cura di), *Promozione della salute e sanità pubblica*, FrancoAngeli Editore, Milano, 1997.

Branca P., "Il potere nella comunità locale tra coinvolgimento e partecipazione", *A animazione Sociale*, n. 10, 1996.

Corraru S., *Il focus group*, FrancoAngeli Editore, Milano, 2001.

Eweles L. e Simnett I., *Promoting health. A practical guide*, Ballière Tindall, Edinburgh, 1999.

Martini E.R., "La ricerca azione partecipata", *A animazione Sociale*, nn. 10 e 11, 1995.

Palazzi M., Santullo A., "Il Capitale Sociale", *Salute e Territorio*, n. 117, 1999.

Piano sanitario nazionale. Decreto Presidente della Repubblica 23 luglio 1998. Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, *Gazzetta Ufficiale*, n. 288 del 10 dicembre 1998, S.O. n. 201.

Piano sanitario regionale 1999–2001. Il Patto di solidarietà per la salute in Emilia-Romagna.

Mauro Palazzi

Medico, resp.u.o. epidemiologia e comunicazione, ausl Cesena

Tel. 0547.352072

E-mail: palazzi@ausl-cesena.emr.it

