

ISTITUTO ITALIANO PER LA QUALITA' DEL VIVERE

Produrre salute: possibilita', potenzialita' e criticita' della pianificazione su larga scala.

**Proposta ed attuazione pilota di
“Modelli di Promozione e
Produzione della Salute” - MPPS
nel contesto Europeo .**

RAZIONALE

Il varo del secondo Piano Europeo per la Salute 2008-2013 segna un passaggio di clima storico : la questione della promozione, tutela e produzione della salute e' ormai universalmente accettata come l'emergente tipologia di spesa del prossimo futuro, stante l'evidente impossibilita' di mantenere l'attuale sistema di impiego delle risorse come unica modalita' di spesa. **E stante l'impossibilita' di affidare ad una cultura ragionieristica (tagli e tetti) la delicata questione costituzionale del diritto alla salute.**

Il delicato rapporto fra “**rights & budgets**” nel campo della salute mostra significativi sviluppi : come non si puo' confondere il diritto alla guarigione con il diritto alla salute, così non si puo' confondere il budget per la sanita' con quello per la salute. Ne' puo' essere ignorato il fatto che l'incremento della longevita' di massa possa essere gestito, come sopra detto, con la politica dei tagli e dei tetti.

Il Rapporto EUROSTAT 2008 conferma la necessita' di dare la massima importanza alla crescita del fenomeno dell'invecchiamento di massa.

Non si puo' razionalizzare nelle intenzioni e poi **razionare** nei fatti.

Esistono allo stato attuale, anche se presenti in modo estremamente polverizzato, molteplici e valide evidenze scientifiche, buone pratiche, principi, criteri ed esperienze che confortano circa la possibilita' di contrastare gli eventi evitabili in termini di morbidita' e mortalita', raggiungendo il duplice obiettivo di migliorare la qualita' del vivere e ostacolare l'evoluzione delle principali patologie.

Dobbiamo tuttavia affermare che non esiste una particolare attenzione alla questione delle politiche attuative e la sperimentazione, ove avviene, tende a riprodurre modelli di occasionalità e scarsa omogeneità sul territorio.

In poche parole si viene a perdere l'effetto "sommatoria" dei diversi interventi quando questi, sia pur validi, vengano realizzati in territori diversi e distanti.

Una questione altrettanto importante è quella dell'impatto sulla popolazione, scarso quando sono prodotte esperienze a basso profilo numerico.

Il produrre salute è una conquista sociale se ci si ferma a livello di enunciazione, non certo se guardiamo ai numeri. Quando si pensa ad una **applicazione su larga scala** (ed altro non potrebbe essere parlando di salute) occorre progettare specifiche strategie ,tattiche ,metodologie e tecnometodologie. Occorre uno specifico disegno per quel concerne il perno fondamentale : la partecipazione del paziente al nuovo percorso, alle nuove abitudini, al fatto che deve prevedere un "tempo" da dedicare alla propria salute.

Ecco dunque che l'idea di immaginare ed attuare un modello di attuazione su larga scala ed ad ampia partecipazione popolare assume un preciso significato : **fare dell'attuazione lo strumento d'azione, rinunciando a produrre esclusivamente principi, criteri e buone pratiche. Fare del consenso e della partecipazione gli elementi di novità** .

La presente iniziativa segnala che :

- 1) Esiste una diffusa e condivisa convinzione di dover attuare sistemi di produzione della salute, all'interno dei moderni indirizzi di "salute in tutte le politiche"
- 2) Esistono evidenze ben radicate di efficienza ed efficacia di pratiche relative al produrre salute, sia pur presenti in forma polverizzata e in tempi diversi e comunque su numeri contenuti.
- 3) Occorre puntare con decisione alle tematiche di attuazione su larga scala e con ampia partecipazione popolare avviando per questo scopo uno specifico modello ispirato al concetto di grandi bonifiche in sanità ed ad una rivisitazione ragionata e partecipata sul **nuovo budget per la salute**
- 4) **Forse il problema non e' che l'Italia, con il suo 8,5% del PIL per la Sanita' e' il fanalino di coda dell'Europa, ma che l'intera Europa sottostima il fabbisogno di risorse per la salute della popolazione**
- 5) Il paziente anziano economicamente fragile e con patologie croniche, le nuove poverta' , l'indebolimento del potere d'acquisto dei salari (o se si vuole la loro particolare inadeguatezza, in Italia) pongono con urgenza la questione del produrre salute come dovere istituzionale.

Come ricadute dalla presente esperienza:

- A) Sperimentazione nuove figure(**manager della salute , medico sentinella della salute etc.**) a livello delle istituzioni sanitarie locali in circa 4 paesi europei
- B) Analisi delle nuove infrastrutture , materiali ed immateriali per produrre salute, per assicurare il **monitoraggio dell'intercettazione degli eventi evitabili e dell'efficacia dei provvedimenti conseguenti**, per i percorsi di formazione continua, di educazione sanitaria, di informazione e comunicazione, per la erogazione degli interventi necessari (albo dei produttori di salute, il cittadino autoproduttore di salute, la questione degli incentivi al cambiamento di abitudini etc)
- C) Acquisizione di elementi per una visione **clinico econometrica attuariale** per meglio comprendere la complessa dinamica dei costi della salute e della malattia nel tempo.
- D) **Verificare in linea teorica prima e gradualmente pratica poi, il possibile impatto dell'assegnazione aggiuntiva del 5% del budget delle istituzioni sanitarie locali nel sostenere il Modello di Promozione e Produzione della Salute (MPPS) rispetto a morbilita' e mortalita' evitabile**

ALLEANZE AD OGGI

A livello Europeo:

Age-Platform (di cui l'Istituto Italiano per la Qualità del Vivere è full Member)

EPHA (European Public Health Alliance)

European Partners for Equity in Health

FERPA (Federazione Europea Pensionati e Persone Anziane)

Universita' di Cambridge

A livello Italiano

Allo stato attuale esistono i risultati di un dibattito sviluppatosi negli ultimi 6 anni organizzato dall'Istituto Italiano per la Qualità del Vivere che ha coinvolto l'intera provincia di Foggia con i MMG, PLS, DISTRETTI, FORZE SOCIALI (CGIL,CISL,UIL,CUPLA), ASSOCIAZIONISMO, MEDIA, MONDO DELLA SCUOLA,ENTI LOCALI.

Dal 2002 , oltre 50 fra convegni, seminari, meetings (e' stato organizzato anche un corteo a Foggia il 5 gennaio 2005 per sostenere la questione dei diritti dei disabili) hanno permesso di formare un quadro molto positivo circa la quantità e la qualità della partecipazione e la perfetta sintonia con il rapido mutamento del quadro di riferimento normativo a favore del produrre salute.

Si segnala altresì la disponibilità di altre ASL di partecipare ad un Network istituzionale relativo al produrre salute (ASL RME, Sondrio,Rimini)

In particolare registriamo la disponibilit  di oltre 500 fra MMG e PLS a partecipare ad iniziative relative al produrre salute, delle Forze Sociali ed il CUPLA (Confcommercio, Confesercenti, Coldiretti, Casartigiani, Confagricoltura, CNA) , insieme al Coordinamento dei Piccoli Comuni, all'AUSER, all'ADA, all'ANTEAS al Sindacato Famiglie Italiane Diversamente Abili, all'Associazione Superamento Handicap, l'Associazione SaluteDonna, riunitesi nel Comitato per l'Attuazione del Piano Provinciale della Salute al quale partecipa la ASL e la Comunit  Montana dei Monti Dauni Settentrionali, dei 64 comuni della provincia ai quali   stato presentato dal Comitato stesso uno schema di delibera di condivisione ed adesione ai principi ed ai criteri del Piano Europeo della Salute, della Dichiarazione "Salute in tutte le politiche " dei 27 Ministri della Salute UE e del Piano Nazionale "Guadagnare Salute" del Ministero della Salute.

Questo ampio fronte di consensi e di alleanze rappresentative della quasi totalit  della popolazione della Provincia di Foggia, permette dunque di costruire la fase successiva : l'elaborazione di un vero e proprio DISEGNO STRUTTURATO E PARTECIPATO dell'MPPS su larga scala ed ad ampia partecipazione popolare.

Un primo esempio concreto di "area pilota per il MPPS". Si tenga presente che tutte le forze sociali, le associazioni rappresentate a livello provinciale , sono in realt  a carattere nazionale ed europeo: **la riproducibilit  del modello   dunque grandemente facilitata.**

Esiste tuttavia una ulteriore fonte di azione nel mondo della scuola : l'azione del produrre salute deve riguardare anche la semina di buone pratiche a livello dei giovani, i cui stili di vita lasciano facilmente presagire l'approssimarsi di nuovi fronti di patologie.

GLI ATTORI . I “PRODUTTORI DI SALUTE”

1 Il **Cittadino** (autoproduttore di salute, per il quale, al raggiungimento degli obiettivi di salute sarà opportuno immaginare premialità)

2 Il sistema delle **Scienze Motorie** (esiste una vasta produzione scientifica, culminata nell'articolo apparso su Circulation nel 2007, che dimostra una correlazione lineare fra quantità di moto e riduzione del rischio cardiovascolare)

3 Il sistema delle **Scienze della Nutrizione** (i cibi come determinanti della salute)

4 Il sistema del **Sociale Terapeutico** (arredo del tempo, arte, cultura, lotta alla solitudine etc)

5 Il sistema di **Biopotenziamento Specifico** – Rendere Cronica la Salute (farmaci di nuova generazione, vaccini, terme etc)

6 Il sistema dei **Piccoli Comuni – Borghi della Salute** (l'ambiente come luogo e strumento di terapia, stazioni climatiche, terapia climatica, elioterapia etc)

7 Il sistema della **Comunicazione** (produrre nuove abitudini e non fugaci atteggiamenti)

Quali sono i cambiamenti necessari in ambito di figure professionali?

Ad esempio la figura del Manager della Salute (Direttore di Distretto?), il Medico Sentinella della Salute (MMG, giovani Medici?)

RAPPORTO FRA MPPS E SSR

Il **MPPS** non deve essere comunque pensato come un corpo separato rispetto alla Sanita', non esistendo una linea di demarcazione biologica fra sano e malato (in una ipotetica gaussiana gli infiniti toni di grigio sono in abbondantissima maggioranza rispetto al bianco ed al nero).

Esiste una semeiotica (clinica e strumentale) che deve comunque essere applicata all'**MPPS**. Esiste una semeiotica del rischio ed una terapia dello stesso che va ancora sviluppata.

Occorre dunque pensare all'integrazione dell'**MPPS** con l'ospedale e le sue propaggini territoriali (diagnostica, day hospital, ricoveri brevi etc) per :

- 1 controllo e documentazione degli effetti nel tempo dell' **MPPS** sul funzionamento di organi ed apparati
- 2 rimozione (integratazione fra sanita' e **MPPS**) di eventi evitabili (sindrome metabolica, sindrome ipocinetica, sindromi ansioso-depressive , attenuazione degli effetti della cronicita', diretti allo specifico organo e/o trasversali)
- 3 favorire la cultura dell'intervento ex ante e non ex post
- 4 garantire una flessibilita' della quantita' e della qualita' delle prestazioni in genere e riabilitative in particolare, in funzione dei carichi specifici (disabilita', cronicita' malattie rare, dipendenze , poverta' etc)
- 5 favorire l'aziendalizzazione dell'**MPPS** in termini complementari con piena e pari dignita' rispetto all'aziendalizzazione piu' complessiva della ASL nel SSR

RAPPORTO FRA MPPS E PROTEZIONE SOCIALE

Il disagio protratto, in qualunque forma si manifesti, e' comunque direttamente o indirettamente prepatologico o patologico. Il SSR raccoglie i "frutti" del sociale in termini di patologie da trattare.

E' un tema vasto che certamente meriterebbe una trattazione a parte, ma nell'**MPPS** che andiamo a candidare esso occupa una posizione strategica : le privazioni non sono mai un concetto. Sono condizioni di mortificazione cronica dell'asse psico neuro immuno endocrino e dunque "madri" di tante patologie, invisibili perche' differite nel tempo.

Una caratteristica dell'**MPPS** e' quella di una **visione olistica del tempo**. Oggi essa e' frammentaria e frammentata : l'evento prevedibile lo si nota solo se esiste una specifica cultura "attuariale" dell'evoluzione delle patologie.

Un argomento importante e' quello dei declini motivazionali,relazionali, cognitivi e motori dell'anziano, cui si aggiunga il declino economico : senza una adeguata azione dell'**MPPS** le malattie atterrano sui bilanci come paracadutisti senza paracadute

La collaborazione degli Enti Locali, il miglioramento della qualita' della proposta nei Piani di Zona sono ulteriori punti di forza dell'**MPPS**.

AZIONI PREVISTE

Analizziamo il modulo di base : il Modello di Promozione e Produzione della Salute (MPPS) progettato dall'Istituto Italiano per la Qualita' del Vivere per la Regione Puglia-ASL FG.

Il punto di partenza dell'**MPPS** sono i **500 MMG /PLS** → **MEDICINA DI PERCORSO** : arruolare progressivamente un numero crescente di pazienti concordando con il paziente stesso un percorso dove il paziente prenda esatta visione degli obiettivi e dei suoi compiti/doveri verso la **propria** salute, avendo come elemento di RIFERIMENTO il documento sullo stato di salute della popolazione della Provincia di Foggia, per la corretta analisi dell'incidenza e prevalenza degli **eventi evitabili e prevedibili**, in relazione alle condizioni socio economiche e per la determinazione delle priorit .

I MMG ed i PLS, veri e proprie "Sentinelle della Salute" , dovranno essere i **registri dell'intervento**, della definizione delle strutture ed infrastrutture materiali ed immateriali che il territorio dovr  contene e dell'interazione fra **MPPS, SSR e Servizi Sociali**, previo percorso formativo di eccellenza, con la collaborazione di tutte le esperienze piu' significative a livello nazionale ed europeo e LA CONOSCENZA DEL QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO IN AMBITO EUROPEO, NAZIONALE E REGIONALE.

Il **Manager della Salute**, figura pubblica (direttore distretto?) sara' il loro interlocutore diretto per costruire l'intero percorso, PROVVEDENDO AL SOSTEGNO DELLA COMUNICAZIONE (MEDIA, INFORMATORI DELLA SALUTE, AZIONI STATISTICO – EPIDEMIOLOGICHE , MODELLI DI BUDGET EVOLUTI Etc)

L'avvio dell'opera dei settori del produrre salute, **il sostegno alla continuita' di partecipazione del paziente**, il controllo dei risultati , li vedra' impegnati ad interfacciarsi , SECONDO SPECIFICI SOTTOPROGETTI, con :

- 1 Il Cittadino (autoproduttore di salute, per il quale, al raggiungimento degli obiettivi di salute sara' opportuno immaginare premialita')
- 2 Il sistema delle Scienze Motorie
- 3 Il sistema delle Scienze della Nutrizione (i cibi come determinanti della salute)
- 4 Il sistema del Sociale Terapeutico (arredo del tempo, arte, cultura, lotta alla solitudine etc)
- 5 Il sistema di Biopotenziamento Specifico (vaccini,terme, etc)
- 6 Il sistema dei Piccoli Comuni – Borghi della Salute (l'ambiente come luogo e strumento di terapia, stazioni climatiche, terapia climatica, elioterapia etc)
- 7 Il sistema della Comunicazione (produrre nuove abitudini e non fugaci atteggiamenti)

In altri 4 Paesi Europei verra' avviata una collaborazione relativa al MPPS.

Allegato 2

ORGANIZZAZIONE ED IMPIEGO DEL BUDGET (200.000 €)

Il Budget complessivo di € 200.000 , articolato in 2 annualita', verra' così utilizzato:

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA	10%
COLLEGAMENTO PERMANENTE 500 MEDICI ASL PILOTA (INFORMATORI SCIENTIFICI SPECIALIZZATI, RETE, ICT ETC)	12,5%
SPERIMENTAZIONE SPECIFICHE ATTIVITA' MPPS (PRIORITA' ANZIANO ECONOMICAMENTE FRAGILE E CON PATOLOGIE CRONICHE, DISABILI)	15%
SEMINARIO ITINERANTE "RENDERE CRONICA LA SALUTE= %PIL?"	15%
MATERIALE PER INIZIATIVE DI AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI ,SEMINARI, WORKSHOPS PER LE ATTIVITA' FORMATIVE DEI MMG E PLS, ATTIVITA' GRUPPI DI ESPERTI, WORKSHOP DI PRESENTAZIONE INIZIALE E FINALE DEL MODELLO	15%
RACCOLTA, ELABORAZIONE, PRESENTAZIONE DEI DATI E FORMULAZIONE DEL MODELLO : ANALISI DELLE NUOVE FIGURE,DELLE INFRASTRUTTURE NECESSARIE E DELLA SIMULAZIONE DI PRESENZA DEL 5% DEL BUDGET ASL -PILOTA DA DEDICARE ALLE ATTIVITA' DELL'MPPS	10%
MPPS - NETWORK CON ALTRE ASL E CON ISTITUZIONI EUROPEE RELATIVE AI 4 PAESI EUROPEI PRESCELTI	2,5%
CORTOMETRAGGIO PER PRESENTAZIONE E COINVOLGIMENTO SPECIFICO NELL'MPPS NEL MONDO DELLA SCUOLA,	

DELLA PRODUZIONE E DEL SOCIALE

20%