

**Promozione della salute:
Bisogni e prospettive della ricerca francofona
Marie – Lise Lair**

La promozione della salute e l'educazione per la salute sono dalla pubblicazione della Carta di Ottawa al cuore delle politiche pubbliche indipendente dai Paesi e dal loro reddito pro capite. Esse sono anche al centro delle priorità dei professionisti della salute e hanno ormai invaso il campo sociale.

La promozione della salute ha superato le porte delle organizzazioni delle cure ed è guidata attualmente dalle dinamiche collettive integranti di altri partners quali i comuni, le imprese, i trasporti i protagonisti del socio-educativo, ecc. Essa si è poco a poco posta a traverso i tempi di una educazione terapeutica in linea con la dichiarazione della malattia verso una promozione della salute e una educazione preventiva per la salute al fine di mantenere e sviluppare il benessere solistico degli individui, di prevenire le malattie, diminuire il loro impatto sui costi e tentare di mantenere una duratura qualità di vita dei cittadini.

Mentre all'inizio si indirizzava agli adulti malati, essa si è orientata a poco a poco verso i bambini sani e le persone diseredate dal punto di vista socio-economico presumendo che l'apprendimento di nuovi comportamenti avrà un impatto sulla gestione della loro salute individuale e lungo termine e sulla salute pubblica in generale.

Non coinvolgendo all'inizio che i professionisti sanitari, essa si è a poco a poco rivolta ai responsabili dell'urbanizzazione, della polluzione, delle strutture di produzione, chiedendo di integrare nelle dinamiche di sviluppo la loro responsabilità nella protezione della salute dei cittadini.

D'altra parte noi constatiamo che i Paesi del Nord e del Sud sono interessati da problematiche socio-sanitarie talora identiche talora differenti, possiedono i mezzi per rispondere ad esse che variano in termini di organizzazione delle cure, di finanziamenti, di competenze disponibili, di approccio sociale alla malattia. La complessità dei campi di intervento non è uguale nel Nord e nel Sud. Ma questi Paesi costruiscono dei programmi di promozione della salute nei quali i concetti, i modelli sono spesso molto vicini, anche se non si esercitano nello stesso contesto.

Il cammino percorso dal pianeta in questi ultimi 25 anni in materia di promozione e di educazione per la salute è immenso ma ancora insufficiente, il che giustifica la domanda che si pone: che valutazione diamo di tali approcci? Sono efficaci? In quali termini si esprime tale efficacia: individuale, collettivo, finanziario, di qualità di vita? Quali strumenti valicati possono essere utilizzati per darne la dimostrazione? Quali indicatori sono pertinenti per giudicare la riuscita della promozione della salute come essa viene attuata, dato che la salute è un prodotto frutto di un miscela stretta di dinamiche collettive sanitarie, sociali, culturali, economiche, scientifiche e di dinamiche individuali? Quali differenze e somiglianze abbiamo fra Paesi del Nord e del Sud e come possiamo imparare reciprocamente dalle nostre esperienze? Siamo ormai in condizioni di lavorare congiuntamente su tali problematiche di salute pubblica?

Noi indirizziamo i nostri ringraziamenti e felicitazioni ai ricercatori e ai professionisti che hanno contribuito ad animare il dibattito sulla necessità di sviluppare la ricerca in questo campo identificando le potenzialità della cooperazione Nord-Sud e nell'interrogarsi sull'opportunità dello sviluppo di una visione francofona della promozione della salute che completerà l'approccio anglofilo. A tutti auguriamo una lettura che ci arricchisca.

Un programma politico di promozione della salute: l'esempio della Comunità francese del Belgio Martine Bantuelle e Roger Lonfils

Condurre un programma politico nella promozione della salute necessita di strumenti che guidino i decisori e i promotori dei programmi. Si tratta di testi che tracciano gli orientamenti prioritari, di punti di riferimento che permettano l'osservazione della impostazione da nazionale a locale, di criteri che fissino la qualità dei programmi. Altrimenti come apprezzare l'integrazione delle strategie di promozione della salute nelle pratiche sul campo? E' su questi temi che si sono confrontati gli attori della promozione della salute della Comunità francese del Belgio. E' in una dinamica di valutazione-ricerca che si sono cercate le risposte.

Un po' di storia

Il Belgio è un Paese giovane. La sua indipendenza è stata dichiarata nel 1830.

La sua costituzione è stata proclamata nel 1831. E' una Monarchia costituzionale, una democrazia rappresentativa e parlamentare

Dopo la creazione di questo stato unitario, la modificazione più importante si è avuta nel 1970: la prima revisione della costituzione che ne ha fatto uno Stato federale. Oggi il Belgio è costituito da tre Comunità che proteggono l'identità culturale e di tre regioni al fine di rispondere alle particolarità socio-economiche dei differenti territori.

Il Belgio conta attualmente 10.200.000 abitanti:

la regione vallone copre il territorio di lingua francese e tedesca (3.340.000 abitanti dei quali 70.000 di lingua tedesca.)

la regione fiamminga comprende la regione di lingua olandese (3.900.000 abitanti)

la regione di Bruxelles, la capitale, copre le 19 comunità bilingui (960.000 abitanti)

Dal progetto di cultura federale al federalismo di confronto

Questo modello che sembra articolarsi relativamente bene è sorgente di conflitti sempre presenti dopo la federazione. In effetti, l'autonomia decisionale di ogni livello li oppone sistematicamente. Con un andamento ricorrente vi è lotta fra le posizioni fiamminghe e francofone.

Lo stato federale si vede messo regolarmente in questione. Fino ad oggi, la dinamica della frammentazione è stata in gioco, in quanto ogni comunità tentava di rosicchiare i poteri dello Stato. Non si vede emergere una vera cultura federale; si tratta piuttosto di un federalismo di confronto, con i 70.000 di lingua tedesca che non fanno da contrappeso. Si tratta piuttosto di un federalismo a due, molto differente dal federalismo canadese, svizzero o spagnolo, nei quali le specificità di ognuno sono permanentemente in discussione. Il federalismo a due provoca la tendenza al ripiegamento su se stesso e all'aggressività. Ciò che è ottenuto da uno è visto come una perdita dell'altro. Del pari la divisione delle competenze fra i differenti livelli del potere si fa più sovente secondo una logica di budget e politica.

Una politica della salute su tre livelli

Ciascun livello possiede un potere di decisione proprio legato al suo territorio e alle sue competenze, ciascun livello esercita pienamente e con completa autonomia il suo potere decisionale

Esistono tre livelli di sanità:

La sanità federale comprende i settori di allocazioni sociali e di assistenza sanitaria. Esso è essenzialmente curativo ma è anche di sanità pubblica col controllo delle derrate alimentari, l'ispezione, la farmaceutica, le attività curative, la medicina del lavoro e la prevenzione degli incidenti stradali.

La sanità regionale è più in rapporto con l'ambiente del quale si fa carico: la polluzione, il rumore, il

trattamento dei rifiuti, la collocazione delle cure di assistenza primaria extraospedaliera, le case di cura e i centri di salute integrata, la politica dell'handicap, i centri di salute mentale, i centri di pianificazione familiare, le case di riposo, la politica degli anziani e gli ospedali. Queste materie giocano un ruolo considerevole nella promozione della salute.

La sanità comunitaria che si riferisce essenzialmente alla medicina preventiva e alla promozione della salute. Vi si ritrovano i profili e la sorveglianza della salute, le vaccinazioni, le indagini di medicina preventiva, la protezione materno-infantile, la medicina scolastica, recentemente riorganizzata come promozione della salute nelle scuole, la lotta alla tubercolosi, il controllo medico-sportivo ivi compresa la lotta al doping e la promozione della salute che ingloba l'insieme delle materie ivi compresa l'Aids e la prevenzione della tossicodipendenze

Il quarto e il quinto livello sono costituiti dalle province e dai comuni.

Differenze di risorse

1500 Euro per la medicina curativa e 1 Euro per la preventiva; o i guadagni realizzati con gli sforzi di prevenzione regionali o comunitari danno beneficio a livello federale negli aspetti curativi.

Solo le comunità non possono raccogliere imposte. Esse sono dotate dal livello federale. Queste dotazioni sono in permanentemente in rosso da una decina di anni

Disparità di supremazia

Si constata la spinta delle decisioni sopranazionali, le direttive europee essendo divenute le molle o l'asse di lavoro per il Belgio.

Le decisioni federali sono spartite con le regioni e le comunità che divengono anche con le proprie forze difensori degli organizzatori della prevenzione per il livello federale. Per esempio la vaccinazione contro lo pneumococco nei bambini (pagata per due terzi dal federale e un terzo dalla comunitaria)

il taglio delle competenze rende il funzionamento delle istituzioni e delle attività molto difficile in particolare a livello locale. Per porvi rimedio si sono moltiplicate le conferenze interministeriali.

Sotto la spinta delle direttive europee, lo Stato Federale si è caricato di competenze che erano a carico delle comunità o delle regioni. Questa tendenza è molto recente.

Per esempio: Il piano nazionale belga per la nutrizione che si è più che largamente ispirato al piano francese della nutrizione è stato messo in opera recentemente a livello federale senza tenere conto delle azioni già messe in opera dalle comunità

Un esempio del taglio delle competenze: La messa in opera del Piano Droghe che si è fatto a richiesta delle associazioni che operano sul territorio che sollecitano un ricentramento e la messa in coerenza delle attività di presa in carico, prevenzione e promozione, Molto rapidamente, la diversità dei punti di vista ha portato a delle incompatibilità, ossia a delle insicurezze negli interventi sul territorio. La visione federale è essenzialmente di sicurezza, e le strategie utilizzate restano di natura repressiva. All'opposto, a livello comunitario francese la visione sviluppata è essenzialmente sociale e di salute pubblica con una gestione del rischio.

Un programma quinquennale di promozione della salute

Il Governo delle Comunità francese del Belgio ha emanato il 14 luglio 1997 un Decreto che organizza la promozione della salute. Esso si fonda sulla definizione del concetto che si sviluppa nella Carta di Ottawa. Sulla base di tale Decreto, le modalità della programmazione (piano quinquennale) al pari che l'istituzione dei servizi appositi (4 servizi a copertura comunitaria e 10 servizi a copertura locale) hanno potuto essere definite. E' stato ugualmente previsto un finanziamento per i programmi di azione

e la ricerca.

Un primo bilancio del piano quinquennale è stato fatto nel maggio 2003

Elementi del bilancio del 1° piano quinquennale (1998-2003)

Al termine dei cinque anni di esercizio, una tappa di valutazione alla quale hanno partecipato tutti gli attori coinvolti ha dimostrato gli effetti della legge sulle pratiche

Osservazioni globali

Sono state messe in evidenza delle modificazioni che vanno nel senso delle strategie di promozione della salute: una progressione costante dei programmi pluriannuali (60%), un aumento dei progetti prodotti dalle comunità locali (25%) e una evoluzione degli approcci precedentemente centrati sui fattori di rischio verso un approccio trasversale e centrato sui pubblici (due volte di più) Per contro, la raccomandazione del piano di porre un particolare interesse alle persone vulnerabili e alle situazioni di grande fragilità non si ritrova che in meno dell'1% dei programmi

La ripartizione delle risorse secondo le priorità di salute resta squilibrata dato che la vaccinazione, la prevenzione dell'aids e delle tossicodipendenze (essenzialmente verso droghe illegali) sono i tre programmi più finanziati.

Modifiche delle azioni di prevenzione dell'aids e delle tossicodipendenze

L'aumento della qualità dei programmi di prevenzione dell'aids e delle tossicodipendenze secondo i criteri della promozione della salute mostra una evoluzione notevole per quel che concerne la pertinenza e la coerenza delle azioni.

In effetti, progressivamente le problematiche dell'aids si integrano in un approccio globale della salute e le azioni di prevenzione delle dipendenze s'orientano chiaramente verso la riduzione dei rischi, tenendo in conto anche le droghe legali e sviluppando strategie di rete.

Effetti sulla salute scolastica

La volontà politica ha permesso di estendere la promozione della salute all'ambito scolastico e un Decreto (2002) ha modificato la missione della medicina scolastica al fine di integrarla nella promozione della salute.

Si tratta per i gruppi di salute scolastica al di là del bilancio di salute, delle vaccinazioni, della gestione delle malattie infettive, della raccolta dei dati, di sostenere degli approcci collettivi a favore di un ambiente scolastico gradevole e rispettoso di ognuno, ove si possono avere scambi, comunicare e sentirsi bene.

Nuovi orientamenti per il 2° programma quinquennale (2004-2008)

Le informazioni fornite dalla valutazione del 1° programma sono risultate nella definizione di nuovi orientamenti per il piano attuale:

L'integrazione della medicina preventiva nella promozione della salute, permettendo di sviluppare dei programmi e delle azioni di medicina preventiva che tengono conto delle strategie in opera nella promozione della salute

La definizione di priorità della politica di promozione della salute secondo tre assi: delle priorità delle strategie, dei destinatari e della salute.

La messa in opera di un piano operativo che permette l'implementazione di questi orientamenti fino al livello locale.

Piano operativo comunitario 2006

Al fine di inscrivere i programmi e le azioni negli orientamenti del programma quinquennale e di fornire delle direttive precise ai promotori e agli attori, è stato costruito un piano operativo comunitario secondo i principi di azione, gli ambienti di vita, le problematiche prioritarie e gli strumenti. Le azioni vengono valutate attraverso criteri di qualità.

Principi di azione

Adottare le strategie per far fronte alla disuguaglianze di salute
Promuovere la partecipazione dei cittadini
Sviluppare il lavoro in rete e la partecipazione intersettoriale
Sviluppare le procedure per assicurare la qualità
Aumentare le competenze e le capacità di azione dei punti nodali e della popolazione
Articolare la promozione della salute agli altri campi di azione politica

Ambienti di vita privilegiati

Gli ambienti di accoglienza
Gli ambienti di svezzamento
Gli ambienti scolastici
Gli ambienti familiari
I centri comunitari
I locali per i malati
Le collettività locali

Problematiche prioritarie

Prevenzione dei tumori
Promozione delle vaccinazioni
Prevenzione dell'Aids e delle infezioni da Hiv
Lotta contro la tubercolosi
Prevenzione dei traumi e promozione della sicurezza
Promozione della salute cardiovascolare
Prevenzione delle dipendenze

Metodi adottati

Rispettare un approccio globale alla salute
Basarsi sulle strutture e gli attori esistenti, sviluppare la loro competenza e i loro mezzi, valorizzare la loro esperienza e pratica
Partecipare ai legami di armonizzazione delle politiche
Sviluppare la concertazione fra gli attori sul territorio per l'identificazione dei bisogni e la definizione delle azioni.
Assicurare un processo partecipato

Criteri di qualità

La pertinenza (basata sulle prove)
La Coerenza degli obiettivi, dei mezzi e della valutazione
Il plusvalore per lo sviluppo della promozione della salute
La credibilità dei gruppi promotori
La priorità nei confronti delle disuguaglianze di salute

Contrasti a mezzo percorso

Alla presentazione dei programmi ripreso nel piano operativo comunitario, una analisi trasversale mostra delle tendenze legate all'evoluzione del contesto politico e delle esperienze sul campo

La diversità degli approcci si arricchisce e si adatta alle specificità delle problematiche e dei destinatari

La molteplicità dei livelli di decisione è presente nei passi difficili dei programmi rinforzando il sostegno, ma rallentando i processi

La tendenza è verso la regolamentazione

Una domanda particolarmente presente: le cadenze

I problemi che si pongono ora

Di fronte alle difficoltà di "sistema" la ricerca dovrà affrontare i seguenti problemi:

Come gli attori di prima linea hanno integrato le priorità del programma operativo comunitario nelle loro pratiche?

Come inscrivere la concertazione entro livelli di decisione ed entro settori nella dinamica di uno sviluppo durevole?

Come orientare gli sforzi di valutazione per arricchire le conoscenze al servizio del pilotaggio e dell'implementazione del piano operativo comunitario?

Come privilegiare un approccio globale trasversale ai programmi centrato sulle problematiche specifiche di salute

