

Spedizione in abbonamento postale
Art. 2, comma 20/c, legge 662/96 - Fil. di Perugia

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA

REGIONE DELL'UMBRIA

PARTI PRIMA e SECONDA

PERUGIA - 27 agosto 2003

*Prezzo € 12,80
(IVA compresa)*

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - PERUGIA

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE
23 luglio 2003, n. 314.

Piano sanitario regionale 2003/2005.

5 PATTI E PIANI INTEGRATI PER IL GOVERNO DELLA SALUTE

Richiamando le indicazioni dell'OMS in materia di determinanti e promozione della salute¹, il Piano fa proprio l'orientamento che inquadra le azioni di sanità pubblica in una prospettiva globale.

In tale cornice la promozione della salute comprende:

- le principali politiche volte a connotare positivamente lo sviluppo dei determinanti di salute nell'ambito dei poteri e delle competenze assegnate alle istituzioni regionali;
- tutte le azioni volte al rafforzamento delle competenze e delle capacità di interazione degli individui e dei gruppi e al miglioramento delle condizioni sociali, ambientali, istituzionali ed economiche in modo da mitigare l'eventuale impatto derivante da un distorto o carente sviluppo dei determinanti di salute, di seguito sintetizzate nell'obiettivo di «manutenere e sviluppare il capitale sociale»;
- la conseguente azione concertativa finalizzata ad integrare politiche istituzionali e capitale sociale presenti nel sistema regionale, tramite la stipula di «patti per la salute».

5.1. Adottare politiche integrate sui determinanti di salute.

Le raccomandazioni sulle politiche che tutte le istituzioni presenti in Umbria dovrebbero adottare al fine di sviluppare positivamente i determinanti di salute sono tratte integralmente dalla letteratura dell'OMS. Esse sono assunte dal Piano² come:

- sintesi delle evidenze scientifiche disponibili sulle politiche che producono salute;
- base di partenza per sviluppare politiche di promozione della salute sostenibili.

LA SCALA SOCIALE.

La vita comporta una serie di transizioni critiche: cambiamenti affettivi e materiali nell'infanzia, il passaggio dalla scuola primaria all'istruzione secondaria, l'inizio del lavoro, lasciare casa e avviare una famiglia, cambiare lavoro e affrontare eventuali licenziamenti e andare in pensione.

Ognuno di questi cambiamenti può influenzare la salute, portando la gente ad un grado di maggiore o minore vantaggio. Le persone che in passato sono state svantaggiate sono, in ciascuna transizione, a rischio maggiore. Questo significa che le politiche assistenziali devono garantire non solo reti di sicurezza ma anche dei «trampolini» per superare agevolmente gli svantaggi precedenti.

Una buona salute richiede la riduzione dei livelli di insuccesso scolastico, del grado di insicurezza lavorativa e della scala delle differenze di reddito nella società. Bisogna fare in modo che meno persone cadano nello svantaggio e che quelle che vi sono cadute, vi cadano in minima misura e per il minor tempo possibile. Politiche per l'istruzione, il lavoro e la casa hanno grande influenza sugli standard di salute. Le società che permettono a tutti i loro cittadini di avere un ruolo pieno ed utile nella vita di relazione, economica e culturale, sono più sane di quelle in cui la gente è messa di fronte all'insicurezza, all'esclusione ed alla privazione.

¹ Peraltro l'orientamento strategico dell'OMS in materia, formulato per la prima volta nel 1986 nella «Carta di Ottawa» e sviluppato in documenti successivi (Dichiarazione di Adelaide, Dichiarazione di Jakarta, Dichiarazione di Copenaghen, Dichiarazione di Atene) è basato su due principi chiave: intersectorialità e partecipazione comunitaria.

² Le politiche di promozione della salute sono supportate dall'Unione Europea attraverso una serie di Networks per i programmi di azione di comunità. In due di questi l'Italia è rappresentata dal Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria dell'Università di Perugia: il «European network of Health Promoting Agencies» e il «European network of Workplace Health Promotion». Inoltre lo stesso Centro conduce una ricerca del Ministero della Salute sul tema di un altro ambito previsto dal programma dell'Unione «European network on health promoting schools».

L'ETÀ EVOLUTIVA E LA SCUOLA.

Nuove azioni sono necessarie per sostenere la salute e lo sviluppo nella prima infanzia, in particolare tra le persone che si trovano in condizioni socioeconomiche svantaggiose. Le politiche dovrebbero avere lo scopo di:

- ridurre l'abitudine al fumo nei genitori;
- incrementare le conoscenze dei genitori in materia di salute e di comprensione dei bisogni affettivi dei bambini;
- introdurre programmi prescolastici non solo per migliorare la lettura e stimolare lo sviluppo cognitivo, ma anche per ridurre i comportamenti problematici nell'infanzia e promuovere successi scolastici, opportunità occupazionali e comportamenti sani nell'età adulta;
- coinvolgere i genitori in tali programmi prescolastici per rinforzare gli effetti dell'educazione e ridurre l'abuso sui bambini;
- garantire che le madri abbiano risorse sociali ed economiche adeguate;
- incrementare le opportunità di conseguire successi scolastici a tutte le età, perché l'istruzione è associata con una maggiore consapevolezza sulla salute ed una migliore auto-cura.

Investimenti in queste politiche potrebbero determinare forti guadagni di salute e capacità lavorativa nella futura popolazione adulta.

L'INTEGRAZIONE SOCIALE.

Una risposta medica ai cambiamenti biologici che accompagnano lo stress può consistere nel cercare di controllarli attraverso l'uso di farmaci. Ma l'attenzione dovrebbe essere rivolta a monte, nel cercare di risolvere le cause dei danni alla salute.

Nelle scuole, nelle aziende ed in altre situazioni, la qualità dell'ambiente sociale e la sicurezza materiale sono spesso tanto importanti per la salute, quanto l'ambiente fisico. Istituzioni che possano dare alla gente un senso di appartenenza e di valorizzazione hanno una maggiore probabilità di divenire luoghi più sani rispetto a quelli in cui la gente si sente esclusa, non considerata e sfruttata.

Le politiche istituzionali dovrebbero considerare che i programmi di assistenza devono tenere conto ad un tempo dei bisogni materiali e psico-sociali: ambedue sono fonti di ansia e insicurezza. In particolare le istituzioni dovrebbero supportare le famiglie con bambini piccoli, incoraggiare le attività sociali, combattere l'isolamento, ridurre l'insicurezza materiale e finanziaria e promuovere abilità che riescano a far fronte agli stress subiti.

Un insieme di azioni a differenti livelli è necessario per fronteggiare gli effetti sulla salute della esclusione sociale. Tra queste vi sono:

- norme per proteggere i diritti dei migranti e delle minoranze e per prevenire discriminazioni;
- politiche per rimuovere le barriere per l'accesso ai servizi sanitari, ai servizi sociali ed a case economicamente accessibili;
- supporti economici adeguati negli stipendi minimi e politiche scolastiche e per il collocamento lavorativo;
- reddito e ricchezza dovrebbero essere ridistribuiti per ridurre le disuguaglianze materiali e la scala della povertà relativa; società più egualitarie tendono ad avere più alti standard di salute.

IL LAVORO.

- Non ci dovrebbe essere incompatibilità tra salute e produttività sui luoghi di lavoro. Un circolo virtuoso può essere attivato: migliori condizioni di lavoro condurranno ad una forza lavoro più sana; questo a sua volta comporterà una migliore produttività e dunque la opportunità di creare un ambiente di lavoro ancora più sano;
- un appropriato coinvolgimento nei processi decisionali può comportare benefici per la salute dei lavoratori a tutti i livelli dell'organizzazione;
- ridefinire relazioni e procedure negli uffici e in tutti i luoghi di lavoro - per permettere ai lavoratori più controllo, una più ampia gamma di attività e più opportunità per esprimersi - fa bene alla salute;

- un lavoro che non comporta appropriati riconoscimenti - in termini monetari, di autostima e di status - fa male alla salute;
- per ridurre il carico dei disturbi muscolo scheletrici, i posti di lavoro dovrebbero essere appropriati ergonomicamente, così come l'organizzazione del lavoro.

LA DISOCCUPAZIONE.

In questo campo le politiche dovrebbero avere tre obiettivi:

- prevenire la disoccupazione e l'insicurezza derivante dal lavoro;
- ridurre le difficoltà sofferte dai disoccupati;
- ridare alla gente un lavoro sicuro.

Gli interventi governativi per ridurre l'ampiezza delle oscillazioni nei cicli economici possono offrire un importante contributo alla sicurezza del lavoro e per ridurre la disoccupazione. Riduzioni dell'orario di lavoro possono anche avere un effetto benefico, se esse sono perseguite accanto a quelle rivolte ad aumentare la sicurezza e la soddisfazione del lavoro. Per permettere l'accesso al lavoro effettivamente disponibile, alti standard formativi e percorsi di riorientamento al lavoro sono importanti. Per coloro che hanno perso il lavoro sussidi che garantiscano una quota rilevante dello stipendio possono avere un effetto protettivo. Inoltre associazioni per il sostegno creditizio a coloro che hanno perso il lavoro possono avere un effetto benefico nel ridurre i debiti e sviluppare reti sociali.

DIPENDENZE.

Per affrontare con successo i problemi creati da consumo di sostanze psicotrope non basta supportare e prendersi cura delle persone che hanno sviluppato dipendenze, ma occorre anche affrontare i motivi della deprivazione sociale in cui i problemi sono radicati. Sono pertanto necessarie politiche che regolino la disponibilità di tali sostanze attraverso interventi sui prezzi e sulle licenze di distribuzione, che informino sui sistemi meno dannosi di consumo, che sviluppino l'educazione alla salute per ridurre il numero di nuovi consumatori nei giovani e, infine, che garantiscano servizi effettivi per la presa in carico dei consumatori. Nessuno di questi interventi avrà successo se i fattori sociali che inducono all'uso di sostanze psicotrope saranno lasciati invariati. Cercare di spostare tutta la responsabilità sul consumatore è chiaramente una risposta inadeguata. Questo colpevolizza la vittima piuttosto che permettere la comprensione della complessità delle circostanze sociali che generano l'uso di sostanze psicotrope. Politiche efficaci in materia devono perciò essere supportate da politiche generali di intervento sociale ed economico.

L'AMBIENTE.

Nell'ambito delle politiche ambientali assume particolare risalto l'idea di «città sana», o meglio di «città per la salute». Una politica per le «Città sane» è stata proposta dall'OMS (WHO, 1995; 1997; 1998) e recepita in molte nazioni del mondo e regioni italiane (ma non ancora applicata nella maggior parte delle città umbre). Essa si basa sulla considerazione che la città è il livello di governo più vicino alla popolazione e, per tale ragione, può esercitare un notevole controllo sui fattori che influiscono sulla salute. Le condizioni perché una città possa definirsi «sana» sono:

- impegnarsi a migliorare la salute dei suoi cittadini in modo esplicito;
- dotarsi di una struttura dedicata, in base alle proprie risorse, a partire dalla valorizzazione di quelle esistenti;
- attivare un processo controllato per migliorare la città.

IL SISTEMA DEI TRASPORTI.

Nonostante gli effetti dannosi sulla salute, gli spostamenti in macchina stanno aumentando rapidamente in tutti i paesi europei, mentre quelli a piedi e in bicicletta stanno diminuendo. Le politiche istituzionali devono capovolgere questo trend. Mentre il ventesimo secolo è stato quello in cui si è iniziato a ridurre l'uso di sostanze voluttuarie quali il tabacco, l'alcol e le droghe, così il ventunesimo secolo deve vedere una riduzione nella dipendenza delle persone dalle auto. Le strade dovrebbero dare la precedenza alle biciclette ed a percorsi pedonali per i brevi spostamenti, soprattutto nei paesi. Per gli spostamenti più lunghi dovrebbe essere potenziato il trasporto pubblico, con regolari e frequenti collegamenti con le aree rurali. Il sistema di incentivazione finanziaria dovrebbe essere ridefinito: ciò significa ridurre i finanziamenti per costruire nuove strade e che devono avere la priorità quelli per supportare il trasporto pubblico, creando parallela-

mente disincentivi fiscali per l'uso delle auto. Cambiamenti nell'uso del territorio sono anche necessari, quali: trasformare gli spazi stradali in spazi verdi, ridurre gli spazi destinati a parcheggio, dedicare apposite strade a pedoni e ciclisti, aumentare le corsie per i pulmann e le biciclette e ripensare allo sviluppo di periferie a bassa densità abitativa e supermercati extraurbani, che incrementano l'uso di auto private. Sempre di più l'evidenza suggerisce che la costruzione di nuove strade incoraggia un maggiore uso delle auto, mentre restrizioni al traffico, contrariamente alle attese, riducono gli ingorghi.

L'ALIMENTAZIONE.

Le politiche alimentari, ai diversi livelli, dovrebbero garantire:

- la disponibilità di cibi di alta qualità e freschi per tutti;
- democraticità e responsabilità in tutte le questioni che riguardano accordi sulla alimentazione, con la partecipazione di tutti i decisori e consumatori;
- sostegno per l'agricoltura sostenibile e metodi di produzione alimentare che conservino le risorse naturali e l'ambiente;
- protezione dei cibi prodotti localmente dall'invasione di prodotti del commercio alimentare mondiale;
- una più forte cultura alimentare per la salute, sviluppando la consapevolezza sul cibo e la nutrizione, la disponibilità di informazioni di base sulla cucina ed il valore sociale del preparare il cibo e di mangiare insieme, nonché l'utilizzazione di riferimenti scientifici sui nutrienti per le linee guida sull'alimentazione.

5.2. Mantenere e sviluppare il capitale sociale.

Definite modalità di relazione sociale rappresentano una importante condizione di successo organizzativo sia per il pieno dispiegamento delle potenzialità comportate da una interazione «positiva» tra servizio sanitario e cittadini³ che per interazioni efficaci all'interno del SSR.

La disponibilità in una organizzazione di risorse e motivazioni rivolte alla relazione sociale è descritta con il termine «capitale sociale»; questo rappresenta un fattore aggiuntivo determinante nel mobilitare quel livello in più di risorse, sia personali - necessarie per raggiungere un alto livello di adesione ai cambiamenti proposti - che sociali e/o comunitarie - necessarie per garantire l'appoggio ed il supporto della comunità alle misure ed alle politiche messe in campo - che sembrano essere alla base dei successi (ovviamente considerabili tali all'interno di un confronto con altre situazioni) conseguiti⁴ nel nostro paese nella lotta alla cronicità.

Il capitale sociale è quindi l'insieme di sensibilità, culture e disponibilità che rendono una società solidale nei confronti del portatore del bisogno e interlocutrice attiva nei confronti dei tecnici cui altrimenti sarebbe delegata risposta⁵.

³ Welsh T e Pringle M analizzano lo «sperpero» di capitale sociale nel NHS inglese, dove questo capitale era dato dai legami sociali basati sulla reciproca fiducia ed alle collegate norme di reciprocità che facevano sentire «nostro» il NHS. Gli elementi che definiscono tutte le associazioni sono la reciproca fiducia e la reciprocità generalizzata; la volontà di contribuire, facendo assegnamento sul fatto che al momento di un futuro bisogno si può contare su un aiuto che viene restituito.

⁴ Un eccellente esempio di «capitale sociale» viene fornito dalle interazioni che nella nostra regione si sono determinate nel campo della salute mentale con la disponibilità di ampi settori sociali a farsi carico del problema dell'integrazione del malato mentale, disponibilità nata dalla consapevolezza dell'inutilità - potremmo dire della ferocia - della risposta segregante ed istituzionale e poi coltivata all'interno di associazioni di volontariato, di reti assistenziali e di volontà istituzionali che hanno insieme concorso a mettere a disposizione degli operatori un di più di conoscenze, di atteggiamenti e di comportamenti che hanno svolto e svolgono un ruolo decisivo nel caratterizzare la qualità della risposta assistenziale dei nostri servizi di salute mentale.

⁵ Vengono identificati cinque tipi di capitale sociale, ognuno caratterizzato da una generosità generale che si misura nel tempo: 1) senso di fiducia, 2) obblighi che esulano dai compiti, 3) senso del dovere, 4) un «dare e avere» generalizzati che sono invocati quando qualcuno ha bisogno di aiuto e 5) una solidarietà vincolata che preveda l'unità nell'avversità. Questi elementi sono tutti di vitale importanza sia come fattori di relazione nelle reti sociali spontanee di assistenza, sia nella capacità dei servizi socio-sanitari di fornire valide risposte.

Se è vero che ogni forma di organizzazione utilizza tre forme di «capitale» - fisico, umano e sociale - sia il capitale fisico che quello umano necessitano di un capitale sociale per generare cambiamenti nei processi e nei risultati e per ottenere investimenti produttivi⁶.

Di conseguenza il Piano assume che:

— la sostenibilità, lungi dall'essere solamente il risultato di scelte amministrative e/o professionali, comporta il coinvolgimento e la responsabilizzazione delle collettività locali e dei loro rappresentanti istituzionali, chiamati a scegliere consapevolmente ciò di cui hanno «veramente» bisogno, evitando di rincorrere richieste volte a mantenere livelli assistenziali obsoleti o a perorare la presenza di servizi specialistici in territori che non avendo i bacini di utenza necessari a garantire livelli appropriati di attività, finiscono per produrre accanto al danno economico alla collettività rischi per i cittadini - e in genere sono i più sfavoriti - che si rivolgono ad essi;

— la manutenzione del capitale sociale, oltre ad essere un connotato di civiltà, va perseguita promuovendo le competenze dei cittadini, ripensando i Servizi in modo che siano disponibili alle interazioni e creando l'impalcatura politico-istituzionale e tecnica perché il capitale sociale possa esprimere le sue potenzialità.

5.3. Concertare patti per la salute.

Il PSR si colloca - fin dal titolo - nella prospettiva della concertazione, facendo proprie le indicazioni fornite dal «Patto per lo sviluppo dell'Umbria» (DGR n. 1104 e 1105 del 2002) in materia di programmazione partecipata, assumendo le indicazioni di politica sanitaria dell'OMS in materia di promozione della salute e inserendo in tale ambito strategico di attività le indicazioni provenienti dalla letteratura internazionale in materia di capitale sociale.

Su queste basi il Piano:

a) **individua alcune condizioni e fattori come priorità** per fare sistema attraverso politiche concertative, anche sulla base della maturità del contesto applicativo, essendo necessario conseguire successi che possano costituire un esempio ed un invito alla emulazione ed alla moltiplicazione delle iniziative stesse. Questi sono:

- *l'ambiente*, come contesto che determina fattori di benessere, comportamenti individuali (attività fisica, etc.), sottosistemi sociali (trasporti, urbanistica, etc) e favorire i processi di interazione ed integrazione;
- *l'età evolutiva*, come condizione in cui si accumulano/dissipano potenzialità per un positivo sviluppo della vita;
- *gli anziani*, come elemento di successo del nostro assetto societario e come generazione solidale in grado di garantire una ampia e socialmente orientata mobilitazione di risorse collettive in grado di dialettizzarsi con il SSR;
- *il lavoro* come diritto sociale e fattore di benessere e integrazione, con la disoccupazione che ne rappresenta la negazione;
- *l'integrazione sociale* come condizione che permette di impattare gli svantaggi derivanti dalla scala sociale, dall'esclusione derivante da condizioni emarginanti, dalle dipendenze;

⁶ Vi sono inoltre evidenze (Light D.W., 2001.), emerse soprattutto in Inghilterra a seguito delle riforme introdotte dalla Thatcher, circa interazioni negative tra «competizione amministrata» e capitale sociale Welsh e Pringle (op. cit) individuano tre livelli di intervento che vengono raccomandati a politici, manager e clinici per ricostruire il capitale sociale dopo i danni inflitti al NHS dalla competizione amministrata:

- capire la natura e l'importanza del capitale sociale che tiene unite le organizzazioni. In mancanza di fiducia e di mutuo impegno il personale cade in un clima di sfiducia e di autotutela mentre l'organizzazione declina. Le comunità e le organizzazioni con un capitale sociale elevato, oltre ad essere più sane, lavorano più produttivamente e cooperano al loro interno;
- le strutture organizzative e gestionali che operano su logiche di mercato hanno compromesso il senso di proprietà condivisa della comunità mentre la professionalità di medici infermieri e di altro personale si svaluta se si interessa solamente di responsabilità economica e di performance. Anche se la gestione della performance è importante, dovrebbe essere considerata più uno strumento di apprendimento che uno di governo;
- occorre ripensare i ruoli organizzativi, coltivando il principio di sussidiarietà. Le decisioni devono essere prese più vicino possibile a dove vengono concretizzate le azioni.

- l'alimentazione;
- il sistema dei trasporti;

b) definisce contesti socialmente rilevanti cui possono corrispondere titolarità rispetto ai fattori e alla condizioni di cui sopra:

- la Regione (Giunta e/o assessorati), le province ed i comuni e le rispettive strutture amministrative e/o operative;
- i sindacati confederali, distintamente per le garanzie sociali derivanti dalle politiche sanitarie, le questioni relative alla sicurezza ed alla qualità del lavoro, le questioni relative alle politiche socio-sanitarie per gli anziani;
- la Scuola, intesa come Direzione regionale e singole autorità scolastiche;
- gli imprenditori sia per le questioni relative alla sicurezza e qualità del lavoro che per quelle relative alle reti di produzione e distribuzione degli alimenti;
- l'associazionismo distintamente per le reti di solidarietà sociale e le associazioni consumatori;

c) propone la sperimentazione di una metodologia di lavoro centrata sulla concertazione di patti per la salute promossi dalla Giunta regionale e rivolti ai soggetti titolari di responsabilità (vedi sopra) che prevedano:

- obiettivi definiti;
- responsabilità precise assegnate a ciascun contraente o a nuovi soggetti che decidono di associarsi per meglio gestire le proprie titolarità;
- risorse da impegnare valorizzando anche il capitale sociale e le risorse già attivate negli interventi posti in essere;
- strumenti applicativi rappresentabili principalmente in:
 1. Piani integrati per la salute;
 2. Osservatori per il monitoraggio di processo e di risultato;

d) propone un calendario di azioni che permetta di misurare gli avanzamenti /ritardi.

Tabella 5.1: Responsabilità*, strumenti e calendario delle azioni per la promozione della salute.

Fattori / condizioni	Contesti /responsabilità	Metodologia	Strumenti	Calendario attività triennale
Ambiente	Comuni, Province, Regione (SSR, ARPA, Uff. urbanistici, etc)	Patto per un ambiente sano Patto per "Città sane in Umbria"	Piano Integrato per ambiente e città sane	I° - stipula patto - approvazione Piano - attivaz. Osservatorio II° - monitoraggio e supporto III° - valutazione
Età evolutiva	Scuola, Comune, Associazioni (es.: famiglie)	Patto per la salute nella scuola	Piano Integrato per una scuola produttrice di salute	(come sopra)
Lavoro - disoccupazione	Regione, Sindacati Confederati Ass. Imprenditori	Patto per la salute nei luoghi di lavoro	Piano integrato per la salute nell'attività produttive	(come sopra)
Anziani	Regione, Comuni, Sindacati Confederati pensionati ed altri	Patto per la salute degli anziani	Piano integrato per la salute degli anziani	(come sopra)
Integrazione sociale	Regione, comuni, province Scuola, associazionismo	Patto per l'integrazione sociale	Piano integrato per la Salute mentale e le dipendenze (es.)	(come sopra)
Alimentazione	Regione, associazioni imprenditori, Associazioni consumatori	Patto per una alimentazione sana	Piano integrato per la salute alimentare	(come sopra)
Sicurezza stradale	Regione, SSR, Province, Comuni. Prefettura, ISTAT, Forze dell'Ordine, Scuola, ANAS, INAIL, Autoscuole, As. Vittime della strada, Istituti Assicurati	Patto per la sicurezza stradale	Piano integrato per la sicurezza stradale e per la salute degli utenti delle strade	(come sopra)

* La responsabilità delle attivazioni delle azioni qui previste è della Giunta regionale.

e) le condizioni di verifica per monitorare i progressi e individuare tempestivamente le difficoltà, approntando gli strumenti necessari o collaborando con l'Osservatorio nazionale per la promozione della salute;

Si tratta di indicazioni che il Piano assume in funzione delle loro molteplici valenze:

- **VALENZE PER LA SALUTE:** è il modo di affrontare i problemi alla radice: azioni positive, per produrre ambienti e stili di vita favorevoli e produrre qualche risultato che per la popolazione è tangibile;
- **VALENZA POLITICA:** è un elemento per risolvere «modernizzare» il sistema sanitario; non è la prevenzione vecchia maniera, anche se la include per alcune parti. È un elemento di impatto politico perché si fa evidente per più ampi strati di popolazione, la gente «vede» che ci si occupa dei suoi problemi. È un elemento che dimostra che le persone non sono passivi oggetti di «assistenza» ma sono attivi soggetti di azione per i problemi che devono affrontare ogni giorno;
- **VALENZA PSICOLOGICA:** la popolazione, se attiva, ha meno paura dell'ignoto e, se preparata, sa che può fare qualcosa;
- **VALENZA ECONOMICA:** se si scelgono campi di azione appropriate, si può valutare che i fondi che già si spendono possono essere meglio orientati con maggiori risultati di salute, ma anche di immagine politica.