



SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già *Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*

vol. 58, n. 3, luglio-settembre 2014

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, Università degli studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-56-55 - fax: 075.5857361 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / www.unipg.it/csesi

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo, Azienda Sanitaria n. 2, Regione Umbria

Presidente del Comitato scientifico: Maria Antonia Modolo, Università degli studi di Perugia

Redattore capo: Lamberto Briziarelli, Università degli studi di Perugia

Segretario di redazione: Paola Beatini, Università degli studi di Perugia

Editing: Maria Margherita Tinarelli, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Comitato scientifico: Bruno Benigni, Centro di promozione per la salute "Franco Basaglia" (Arezzo) / Mario Bertini, Società italiana di psicologia della salute, già professore di psicologia, Sapienza Università di Roma / Francesco Blangiardi, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione AUSL n. 7 della Sicilia (Ragusa) / Sabrina Boarelli, Ufficio scolastico regionale per l'Umbria / Antonio Boccia, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Francesco Bottacciacoli, Società italiana di psiconeuroimmunologia (Roma) / Lamberto Briziarelli, già professore di igiene, Università di Perugia / Antonio Cappelli, Centro italiano ricerca sui servizi sanitari e sociali (Roma) / Carla Collicelli, Fondazione CENSIS (Roma), professore di sociologia della salute, Sapienza Università di Roma / Paolo Contu, professore di igiene, Università di Cagliari / Michele Conversano, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione ASL Taranto / Giorgio Cosmacini, professore di storia della medicina, Università Vita-Salute San Raffaele (Milano) / Claudio Cricelli, Società italiana di medicina generale / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di neuroscienze, Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" (Milano) / Paola Di Nicola, professore di sociologia dei processi culturali e comunicativi, Università di Verona / Floriana Falcinelli, professore di didattica generale e tecnologie dell'istruzione, Università di Perugia / Carlo Favaretti, Health promoting hospital & health services network, Azienda ospedaliera-universitaria "Santa Maria della Misericordia" (Udine) / Luigi Ferrannini, Società italiana di psichiatria, Dipartimento di salute mentale, ASL n. 3 della Liguria (Genova) / Irene Figà-Talamanca, già professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Fabrizio Fornari, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara / Salvatore Geraci, Area sanitaria della Caritas Diocesana Roma / Mariano Giacchi, professore di igiene generale e applicata, Università di Siena / Guido Giarelli, European society for health and medical sociology, professore di sociologia generale, Università Magna Graecia (Catanzaro) / Margherita Giannoni, professore di economia sanitaria, Università di Perugia / Marco Ingrosso, professore di sociologia generale, Università di Ferrara / Domenico Lagravinese, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione ASL Bari / Gavino Macioccio, Osservatorio italiano sulla salute globale, professore di politica sanitaria internazionale, Università di Firenze / Maurizio Mori, già professore di medicina di comunità, Università di Perugia / Aldo Morrone, Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà, Roma / Pio Enrico Ricci Bitti, Società italiana di psicologia della salute, professore di psicologia generale, Università di Bologna / Walter Ricciardi, European public health association, professore di igiene generale e applicata, Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma) / Paola Rivosecchi, professore di metodologia epidemiologica e igiene, Università di Perugia / Roberto Romizi, Associazione internazionale dei medici per l'ambiente / Tullio Seppilli, già professore di antropologia culturale, Università di Perugia, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Paolo Siani, Associazione culturale pediatri, Ospedale Cardarelli (Napoli) / Gianfranco Tarsitani, professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Maria Teresa Tenconi, professore di igiene, metodologia epidemiologica e medicina di comunità, Università di Pavia / Maria Triassi, professore di igiene generale e applicata, Università Federico II di Napoli / Enrico Tempesta, Osservatorio permanente giovani e alcol, Roma / Maria Giovanna Vicarelli, professore di sociologia dei processi economici e del lavoro, Università Politecnica delle Marche (Ancona) / Mauro Volpi, professore di diritto costituzionale, Università di Perugia.

Comitato di redazione: Sandro Bianchi, Associazione culturale pediatri (sezione Umbria) / Sabrina Flamini, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Fausto Francia, Dipartimento di sanità pubblica, AUSL Bologna / Patrizia Garista, Università di Perugia / Edvige Mancinelli, Università di Perugia / Giuseppe Masanotti, Università di Perugia / Liliana Minelli, Università di Perugia / Giovanni Paladino, Università Federico II di Napoli / Damiano Parretti, Società italiana di medicina generale (sezione Umbria) / Rossana Pasquini, Università di Perugia / Enrico Petrangeli, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Giancarlo Pocetta, Università di Perugia / Carlo Romagnoli, ASL n. 2 dell'Umbria / Tiziano Scarponi, Società italiana di medicina generale (sezione Umbria) / Francesco Scotti, Gruppo tecnico interregionale per la salute mentale, Regione Umbria.

	261	<i>In questo numero</i>
<i>Editoriale</i>	263	Ora e sempre (resistenza) promozione, prevenzione, educazione Lamberto Briziarelli
<i>Dibattito</i>	266	Sul conflitto di interessi Paolo Vineis
<i>Monografia</i>	270	<i>Educazione Sanitaria, Servizio Sanitario, Partecipazione</i>
	271	Educazione sanitaria e salute pubblica Alessandro Seppilli
	277	Intervento alla Tavola Rotonda sulle Unità Sanitarie Locali Alessandro Seppilli
	284	La popolazione: soggetto del sistema Alessandro Seppilli
	290	Riflessioni sull'educazione sanitaria. Esiste ancora l'educazione sanitaria? Giancarlo Pocetta
	295	Dalla parte della salute: il servizio sanitario nazionale tra prevenzione, cura e salute Fulvio Forino
	308	Salute e partecipazione della comunità. Una questione politica Angelo Stefanini, Chiara Bodini

<i>Altri contributi</i>	316	La promozione della salute attraverso i Social Media: una sfida per la sanità del futuro. Fabrizio Bert, Maria Rosaria Gualano, Giacomo Scaioli, Stefano Passi, Roberta Siliquini
	326	La promozione dello screening mammografico: aspetti delle diseguglianze nell'accesso Gabriele Cavazza, Aldo Trotta
	340	Un progetto nazionale di prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili: la peer education in <i>InAdolescenza-Guadagnare Salute</i> Marta Dotti, Mauro Croce, Rosanna D'Ambrosio, Antonella Ermacora, Giusy Famiglietti, Claudia Ratti
<i>Recensioni</i>	352	
<i>Schede</i>	353	
<i>Documenti</i>	357	Oltre la crisi sistemica del Servizio Sanitario Nazionale: immaginare il futuro, a cura di Fulvio Forino, Dedalo 97
<i>Notiziario</i>	367	CULTURA È SALUTE. La Salute P u bblica a Perugia e in Umbria, attraverso i 60 anni del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria dell'Università di Perugia. Concetti e immagini per promuovere Salute in Italia e nel mondo, Perugia, 7-19 novembre 2014, Centro Sperimentale per la Promozione della salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia

IN QUESTO NUMERO

Il Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università di Perugia celebra il suo sessantesimo anno di vita. Fondato da Alessandro Seppilli nel lontano 1954, oggi ha *rinverdito* la sua attività, con un nuovo Statuto al quale hanno aderito la Regione dell'Umbria, la Provincia e il Comune di Perugia, nell'ambito del Dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Ateneo perugino, con un gruppo di giovani ricercatori per proseguire e ampliare il cammino percorso sinora.

Convinti che stiamo attraversando un momento in cui si evidenzia ancora maggiore la necessità di un più forte coinvolgimento e responsabilizzazione dei cittadini nella tutela e protezione della salute, per la ripresa di un rapporto fiduciario con il Servizio sanitario e le istituzioni che lo governano.

Per la composizione di *questo numero*, nell'intenzione di sollecitare colleghi e lettori, è stata decisa la composizione di una Monografia dal

titolo *Educazione sanitaria, Servizio Sanitario e Partecipazione*.

Aprire la monografia una serie di contributi del professor Alessandro Seppilli selezionati dal *Comitato di redazione* sugli specifici argomenti. La scelta degli articoli è stata basata sul criterio delle "origini" di concetti e principi delle azioni, quale prova dell'antesignanità del Suo pensiero. Riaffermare i principi, non per vantare la primazia dell'"io lo avevo detto", ma ad uso del tempo corrente per l'azione culturale che si vuole proseguire.

Giancarlo Pocetta, Fulvio Forino, Angelo Stefanini e Chiara Bodini commentano e indicano gli sviluppi dei temi e le relative problematiche.

Seguono la Monografia significativi studi e lavori su temi di interesse e attualità.

Segnaliamo il contributo di *Fabrizio Bert et al* che presenta una accurata revisione della letteratura sul ruolo dei Social Media e del Web 2.0 per iniziative nell'ambito della edu-

cazione sanitaria e promozione della salute e analizza potenzialità e rischi di tali mezzi di comunicazione. Analisi e problematiche assai coinvolgenti per tutti gli addetti ai lavori.

L'articolo di *Gabriele Cavazza* e *Aldo Trotta* propone uno studio sulle disuguaglianze di accesso ai programmi di prevenzione (screening mammografico) realizzato a Bologna. L'analisi – molto dettagliata sotto il profilo socio-economico – ha riguardato anche il confronto sui livelli di non-adesione tra quartieri della città: i risultati offrono spunti di

riflessione davvero interessanti.

All'educazione tra pari per la prevenzione delle MST è dedicato il contributo di *Marta Dotto et al* che riporta i risultati del progetto nazionale *InAdolescenza-Guadagnare Salute* in termini di valutazione. La valutazione ha coinvolto tutti i soggetti partecipanti: studenti, peer educator e insegnanti.

E' parte del numero la Rubrica *Dibattito* che riporta le riflessioni di *Paolo Vineis* sul tema significativo e controverso del conflitto di interessi nel mondo della ricerca.

Editoriale

Ora e sempre (resistenza) promozione, prevenzione, educazione

Now and forever (resistance) promotion, prevention, education

Lamberto Briziarelli

Sempre interrogandoci, dove siamo, dove stiamo andando, con gli occhi bene aperti sulla società, “rerum cognoscere causas”, con le nostre radici di igienisti.

Nei numeri immediatamente precedenti abbiamo “riesaminato” il cammino dell’Igiene e l’evoluzione/involuzione del Servizio Sanitario Nazionale

Ora, per i 60 anni del CSES risorto a nuova vita puntiamo la nostra attenzione sui principi strutturali, culturali e metodologici su cui si è sviluppata la nostra attività lungo questo non breve cammino, partendo dalle nostre stesse radici, gli elementi fondativi elaborati dal nostro caposcuola.

Allora, *nel lontano 1954*, erano stati posti per dare una risposta alle condizioni che il Paese stava attraversando, con i piedi posati sulle ceneri ancora fumanti di un incendio immane, il terremoto di scala dieci del secondo conflitto mondiale; sono oggi ancora validi, in quanto e come debbono essere rivisti, aggiornati, ammodernati di fron-

te all’oggi?

Come è mutato il quadro, il contesto? Quali differenze caratterizzano l’oggi da ieri?

Negli anni ‘50 quasi tutto era distrutto, la dignità di Nazione, l’economia, il territorio, l’assetto ideologico; una potenziale guerra civile incombeva sul Paese; come non bastasse, nel campo sanitario sfide enormi erano di fronte ad una collettività malapena in piedi, la debolezza economica, l’insufficiente copertura di bisogni primari, il profondo mutamento della nosografia, la scomparsa dei grandi flagelli, verso i quali avevamo però strumenti efficaci e l’affermarsi di patologie verso le quali la medicina e la sanità erano assai impreparate. Però era anche il tempo delle grandi speranze, la voglia di ricominciare, la fiducia in un futuro che senza alcun dubbio sarebbe stato migliore, doveva essere per forza migliore.

Dove siamo adesso? Pur riconoscendo che la storia non torna mai sui suoi passi, dobbiamo tuttavia constatare che la vita degli uma-

ni ha un andamento sinusoidale, un continuo senofontiano salire e scendere, per poi risalire ed ancora scendere e così continuando.

La situazione di oggi è senza dubbio molto differente, ricca, anzi ricchissima di potenzialità, nell'abbondanza di risorse tecnologiche e strumentali e, limitatamente al nostro Paese ed all'Europa, libera da ben settant'anni dal rombo dei cannoni e delle mitraglie, dallo sferragliare dei cingolati, che tuttavia ancora risuonano appena oltre i nostri confini, di mare e di terra. Dove tuttavia nuovi muri, materiali e non, sono stati già rialzati e stanno risorgendo.

Ma le sfide che abbiamo di fronte non sono seconde a quelle di allora, alcune certamente peggiori. Il crollo delle ideologie, la fine della dottrina di Yalta e la conseguente guerra fredda hanno portato all'affermazione di una sola nuova dottrina, il capitalismo, che ha visto crollare completamente le sue fondamenta di fronte alla globalizzazione, con l'affermarsi di una completa dominazione della finanza sul resto dell'economia. Essendo crollato il comunismo anche la dottrina marxiana, che aveva avvertito certi pericoli, era divenuta obsoleta. Un solo esempio, il Pil, strumento di misura del benessere, guida alle scelte dei Paesi e regolatore delle decisioni Comunitarie ha mostrato la sua inconsistenza, un gigante dai piedi di argilla che affonda nella palude del neoliberalismo sfrenato, del tutto incapace di indicare affettivamente il livello di vita delle popolazioni cui si riferisce.

Il muro più grande o, se si preferisce, il grande fossato, sono quelli che all'interno di ciascun Paese e fra Paesi esistono fra ricchi e poveri, incommensurabilmente più grandi rispetto al passato, ascrivendo alla seconda categoria ceti sociali che fino a pochi anni or sono godevano di una relativa agiatezza;

i primi sono pochissimi e racchissimi, i secondi un numero immenso, in continua crescita e sempre più poveri; le garanzie che a partire dagli anni settanta nel nostro Paese erano a disposizione della quasi totalità degli individui, cittadini e non, sono messe in serio pericolo e comunque calano per i meno abbienti, ancorché presenti in linea di diritto. Per restare nel nostro campo grandi differenze esistono nell'assenza e presenza di prestazioni sanitarie, alla garanzia delle cure, alla sicurezza ambientale, tra generi, età, luogo di vita, condizioni di lavoro. Cittadinanza, abitudini sessuali, etnia, religione sono ancora elementi di discriminazione profonda, quando avrebbero dovuto diventare ininfluenti nei rapporti societari, paritari nei diritti, come sancito già nei patti costitutivi dell'immediato dopoguerra.

Ma, seppur differenti, altre grandi sfide ci minacciano e altrettanto grandi, crescendo di pari passo alla crescita delle potenzialità positive: morbi più gravi e pericolosi appaiono e minacciano interi continenti, agenti patogeni verso i quali l'armamentario tecnologico è impotente; un progressivo degrado ambientale e crescita di fattori di rischio, senza indulgere al catastrofismo, sono sotto gli occhi di tutti e molti se ne stanno accorgendo, ancorché la maggioranza seguiti a comportarsi con proterva e decisa attitudine anti-ambientale.

I venti di guerra che spirano, ancora fuori del nostro continente, ci caricano tuttavia di conseguenze indirette, con la necessità di fornire aiuti alle popolazioni sotto attacco e rifugio a coloro che sfuggono dalla persecuzione e dalla fame.

E dunque ci troviamo non nelle stesse condizioni di allora ma con uguali problemi, molto diversi ma forse più difficili da risol-

vere; con la necessità di ricostruire non solo le macerie materiali ma quelle morali, culturali e politiche, nel trovare nuove forme di convivenza e di cittadinanza, nel ricostruire i corpi intermedi su cui si basa la costruzione democratica del Paese, nel ricreare un rapporto di fiducia fra individui, fra questi e lo Stato, insomma in qualche modo nel rifare ciò che fu fatto allora: ricostruire il Paese.

E nel nostro campo, quello della salute e della sua salvaguardia, ci pare che le parole d'ordine, le linee guida non siano cambiate,

anche se gli strumenti operativi possono essere diversi, adeguati al nuovo punto nel quale siamo oggi giunti. Ma i soggetti sono gli stessi, la centralità della persona e dei suoi bisogni, la parità, la dignità, il senso responsabilità, la comunità rimangono imperativi aristotelici non negoziabili.

Come dimostrano anche tutti coloro che hanno voluto ridiscutere con noi sulle parole chiave che hanno informato il nostro lavoro, da Alessandro Seppilli in avanti, con le nuove generazioni che percorrono ancora quel cammino.

Dibattito

Sul conflitto di interessi*

Conflict of interest

Paolo Vineis

Imperial College London

Nel recente Summit delle Nazioni Unite sul cambiamento climatico per l'ennesima volta si è ribadito che il problema esiste ed è urgente (la CO₂ è arrivata ai livelli record di 396 ppm). A fronte della riconosciuta urgenza, tuttavia, non si assiste a un intervento deciso ed energico della politica e dell'industria. La ricerca di soluzioni energetiche alternative e una riconsiderazione profonda delle attuali modalità della produzione e dell'uso dell'energia non è ai primi posti delle agende. Uno degli aspetti più preoccupanti è l'esistenza di forti conflitti di interesse. Il conflitto di interessi è uno dei temi emergenti nel mondo della ricerca. Perché la cosa desta preoccupazioni, come ho argomentato in un seminario cui sono stato invitato a parlare a Helsinki su conflitti di interesse e cambiamento climatico? Vediamo due esempi.

Primo, la grande industria ha creato organizzazioni sistematicamente volte a instillare dubbi sulla bontà della scienza del cambiamento climatico. Come documenta bene il libro di Oreskes e Conway, *Merchants of Doubt* (2010) ci sono diversi modi per gettare discredito su una tesi scientifica, uno dei quali è sollevare costanti dubbi sulla validità delle prove: è stato fatto storicamente per il fumo di sigarette, per le piogge acide, per l'ozono, per i pesticidi e recentemente per il riscaldamento globale. Uno degli attacchi più violenti alla tesi del riscaldamento globale è stato pubblicato il 27 gennaio 2012 sulle colonne del *Wall Street Journal*, in un appello firmato da 16 scienziati e intitolato "Nessun motivo per essere presi dal panico per il riscaldamento globale". Ai sei punti principali sollevati dai critici ha risposto William Nordhaus, un

* Questo testo è tratto, con alcune modifiche, da un capitolo del libro di Paolo Vineis "Salute senza confini", Codice Editore Torino 2014, ed è stato oggetto di un seminario presso il FIOH di Helsinki il 22 settembre 2014.

economista di Yale che ha dedicato anni allo studio del cambiamento climatico. Nordhaus ha mostrato che tutte le argomentazioni dei 16 erano faziose e facilmente confutabili. Ovviamente i 16 contestatori erano sostenuti dall'industria del petrolio. Il secondo esempio è un articolo recente su tutt'altro argomento, il ruolo delle bevande gasate zuccherate nell'influire sul rischio di cancro (Boyle e altri, *European Journal of Public Health*, 2014). Anche di questo ha discusso il seminario di Helsinki. L'articolo, seguendo le norme editoriali di molte riviste, include nei ringraziamenti la Coca-Cola (che ha finanziato lo studio) ma sostiene anche che "Gli autori non hanno conflitti di interesse". Qui sorge la perplessità principale su un modo comune (anche da parte delle riviste scientifiche, di gestire il conflitto: la "disclosure" non è sufficiente. Come ha concluso il seminario di Helsinki, "la trasparenza non basta", non basta cioè dichiarare che si lavora per una certa industria quando si pubblica un articolo scientifico: questo non evita infatti l'oggettiva esistenza di un conflitto. Secondo tutte le definizioni il conflitto di interessi deriva da una situazione in cui un "agente" (un ricercatore o un politico, o anche un giornalista) ha un *obiettivo primario* cui mirare ma anche un *obiettivo secondario* che confligge con il primo. Il bene primario cui deve tendere un ricercatore che lavora in epidemiologia o in sanità pubblica è la salute della popolazione, così come l'obiettivo primario del medico è la salute del singolo paziente. Il ricercatore cade in un conflitto quando l'obiettivo primario confligge con un obiettivo secondario che può essere il profitto, la sua carriera, ecc. Nel caso del politico l'obiettivo secondario può essere la rielezione, il finanziamento della campagna eletto-

rale, ecc. Può sembrare banale, ma evidentemente non lo è: le riviste scientifiche continuano ad accontentarsi della "disclosure", cioè di dichiarazioni come quella citata sopra, che non risolvono ma semplicemente portano alla luce il conflitto di interessi.

Nel discutere il conflitto di interessi vi sono ampie differenze culturali tra nazioni: negli Stati Uniti è comune l'attività di lobbying e perfino il fenomeno della "revolving door", cioè di uomini d'affari che entrano in politica e poi tornano all'impresa. Ma anche entro l'Europa vi sono grandi differenze. La mia esperienza personale in due organismi governativi, uno in Italia e uno in Inghilterra, è stata istruttiva. Nel *Consiglio Superiore di Sanità* italiano - come in molte istituzioni del nostro paese - non è stato chiesto a nessuno (almeno finché ne ho fatto parte) di dichiarare conflitti di interesse, anche se gran parte delle deliberazioni erano il frutto di negoziazioni tra corporazioni (gli infermieri, gli ortopedici, i chirurghi plastici, ecc.), per esempio nella approvazione di nuove scuole di specializzazione. In altre parole in Italia la negoziazione è la norma, le procedure sono blande, e l'esito è fondamentalmente condizionato da come ciascun attore percepisce la posizione che occuperà al termine del processo. Nel *Committee on the Carcinogenicity of Chemicals* del Ministero della Sanità inglese (un'altra esperienza personale) vi è apparentemente più e non meno conflitto di interessi, perché all'industria è concesso farne parte. Tutti devono dichiarare il conflitto caso per caso, a seconda delle sostanze di cui valutare la cancerogenicità. Di fatto, però, il processo è guidato da procedure scientifiche, e il posizionamento di ciascuno rispetto agli esiti è secondario rispetto a una valutazione equi-

librata delle prove. Detto in breve, in Inghilterra le prove prendono il sopravvento sugli interessi, in Italia gli interessi sulle prove (usando il termine "interessi" in senso molto lato, non solo quelli economici ma anche quelli corporativi). A mio avviso nessuno dei due modelli è ideale; certamente non quello italiano per il ruolo secondario della prova, ma neanche quello inglese ove l'industria viene a trovarsi in un ruolo quasi paritario. Rispetto a entrambi è certamente preferibile il modello IARC: procedure rigorose, basate sull'evidenza, e trasparenza nei conflitti di interesse con un ruolo esclusivamente di osservatori per i rappresentanti dell'industria. Questo modello rispecchia quello che a mio avviso è il principio più alto stabilito per garantire il funzionamento di una democrazia, quello di John Rawls detto del "velo di ignoranza": chi è chiamato a decidere su una questione pubblica non deve essere influenzato dalla posizione che occuperà come conseguenza della decisione, cioè deve decidere "dietro il velo di ignoranza". In tal senso non si vede perchè in Italia le riforme elettorali debbano essere fatte dai partiti, che ne sono i maggiori beneficiari. Questi temi sono stati largamente ripresi - con significative differenze - dal maggiore rappresentante oggi dell'etica pubblica, Michael Sandel.

Il conflitto di interessi è molto più diffuso di quanto crediamo ed è spesso sfumato e la sua regolamentazione dovrebbe essere affidata alle consuetudini e non solo ai regolamenti. Il conflitto di interessi non è esclusivamente un portato della corruzione (ove l'Italia è un caso estremo). Per esempio, costituisce un conflitto di interessi entro una struttura di ricerca il fatto che un direttore di Dipartimento utilizzi le risorse materia-

li e umane principalmente per gli scopi del proprio laboratorio, anzichè essere *super partes* (in effetti trovare persone limpidamente *super partes* non è comunissimo). Ma esistono elementi di conflitto di interessi - all'estremo opposto - quasi istituzionalizzati o promossi a livello societario. Ne è un esempio l'enfasi della UE sulla commerciabilità dei prodotti della ricerca e sull'impatto comunitario inteso come impatto economico, di cui ha esperienza chi ha fatto domande di finanziamento alla Commissione. Nel caso del cambiamento climatico, è possibile - anche se non necessario - che molte delle soluzioni tecnologiche volte a mitigarlo o prevenirlo abbiano un impatto economico negativo, e non si traducano in vantaggi economici immediati per "*small-medium enterprises*". Questo è un conflitto di interessi nella misura in cui l'insistenza sulle ricadute economiche finisce per distorcere la scelta e il disegno di indagini che - lasciate alla sola razionalità della ricerca - potrebbero andare in una direzione diversa. Altri esempi vengono alla mente: *spin-off* di Università - creati per commercializzare i prodotti della ricerca della stessa Università - vengono promossi dalle istituzioni finanziatrici, ma talvolta ciò che è stato scoperto non ha le virtù che vengono pubblicizzate. Un esempio è il kit per identificare le persone che hanno maggiore difficoltà a smettere di fumare, basato sul gene DRD2, con valutazioni contrastanti tra gli articoli scientifici e le promesse commerciali.

Lo stesso mondo della comunicazione è affetto da conflitto di interessi. L'obbrobrio costituito dalla *par condicio* ne è un esempio. Non c'è nessun motivo per cui chi sostiene che i campi di concentramento non sono esistiti debba avere lo stesso spazio

mediatico di chi sostiene il contrario; la prima teoria è semplicemente falsa, punto. La *par condicio* è nata in una condizione di grande litigiosità politica e mediatica ed è spesso servita a dare dignità a posizioni che meriterebbero molta meno pubblicità, come il negazionismo climatico. La *par condicio* serve a creare cortine fumogene, attività in cui si sono letteralmente specializzati istituti creati dall'industria come il Cato Institute. Dall'altro lato serve agli scopi scandalistici e spettacolaristici dei mezzi di informazione.

Fino a che questi problemi non verranno chiariti a livello societario è difficile che riusciamo a trovare risposte convincenti alle grandi sfide come il cambiamento climatico. La soluzione non è soltanto la regolamentazione con regole dettagliate: sappiamo in Italia che troppe regole possono essere controproducenti. Trovo molto efficace l'approccio di Sandel basato sul concetto sostanziale e non solo procedurale di *etica pubblica*. Il problema è che le sedi per esercitare l'etica pubblica e discuterne i presupposti e le applicazioni sono ben poche. La tendenza largamente discussa da Zygmunt Bauman nei suoi libri è la perdita della strutturazione della società (in quelle che lui chiama società liquide) nei tre livelli della microstruttura (la famiglia), la mesostruttura (i partiti, il sindacato, i movimenti) e la macrostruttura (la società nel suo insieme,

e l'economia). Il cambiamento climatico si sta realizzando congiuntamente a una sostanziale scomparsa delle mesostrutture, sostituite da un rapporto diretto tra gli individui attraverso la rete telematica, e un'ipertrofia delle *megastrutture* (l'assoluto predominio dell'economia e della finanza). Le conseguenze di questa trasformazione sono tutte da identificare, ma segnano chiaramente la fine del Novecento, quell'era in cui l'etica pubblica veniva discussa nella mesostruttura - come i partiti, le Chiese - e si riverberava sulla microstruttura (le famiglie). Pertanto, la più grande crisi ecologica dell'umanità si svolge congiuntamente al più grande mutamento comunicativo e decisionale. Gli stessi concetti sono stati espressi in modo più semplice ma magistrale dal grande storico Tony Judt: "I giovani sono indubbiamente in contatto con i loro simili a distanza di migliaia di miglia. Ma anche se gli studenti di Berkeley, Berlino e Bangalore condividono un insieme di interessi simili, questi non si traducono in una *comunità*. Lo spazio conta. E la politica è funzione dello spazio ..." (Judt, 2010, p. 121). E ancora, a proposito dell'erosione del rispetto per la sfera pubblica: "Una volta che cessiamo di dare valore al pubblico anziché al privato, prima o poi avremo anche difficoltà a capire perché dovremmo dare più valore alla *legge* (il bene pubblico per eccellenza) piuttosto che alla forza" (p. 129).

BIBLIOGRAFIA

Judt T. *Ill fares the land*. Penguin Books, London 2010.
Oreskes N, Conway EM. *Merchants of doubt*. Bloomsbury, New York, 2010

Sandel M. *Public philosophy*. Harvard University Press, Cambridge (Ma.), 2005

Monografia

Educazione Sanitaria, Servizio Sanitario, Partecipazione

Tre contributi di Alessandro Seppilli (1902-1995) – Educazione Sanitaria (1958), Intervento alla Tavola rotonda sulle Unità Sanitarie Locali (1969) e La popolazione: soggetto del sistema (1971) – compongono la parte iniziale della Monografia. Nel primo sono poste basi concettuali, scopi e contesti dell'educazione sanitaria, nel secondo una anticipatrice e completa visione del servizio sanitario nazionale italiano. Infine un contributo sul ruolo centrale della popolazione nel progetto di Riforma.

Una sollecitazione alla riflessione per esperti di sanità pubblica: Giancarlo Pocetta esamina le possibilità di nuovi percorsi per rilanciare e rimotivare un discorso sull'educazione sanitaria oggi; Fulvio Forino descrive la crisi sistemica – culturale, organizzativa e gestionale – che attanaglia attualmente il nostro Servizio Sanitario;

Angelo Stefanini e Chiara Bodini indagano e riaffermano la partecipazione della comunità come processo politico.

L'insieme dei lavori al fine di *accendere* il dibattito e il confronto su temi centrali dei nostri studi e delle azioni.

Health Education, Health Service, Participation

The Monography begins with three contributions by Alessandro Seppilli (1902-1995) – Health Education (1958), Speech at the workshop on local health units (1969) and The people as subject of the system (1971). The first one illustrates the conceptual foundations, aims and contexts of health education, while the second provides a pioneering and complete vision of the Italian National Health Service. Finally, a contribution on the crucial role played by the people within the project of reform.

Experts of public health are invited to reflect: Giancarlo Pocetta examines new ways to promote health education these days; Fulvio Forino describes the systemic crisis – which is a cultural, organizational and management one as well – that our Health System is now experiencing; Angelo Stefanini and Chiara Bodini explore community participation and reaffirm it as a political process. The three contributions differ deeply, reflecting the different ways of responding to the issues that arose through the basic documents.

The whole work is aimed at enriching the debate on issues which are central to our studies and actions.

Educazione sanitaria e salute pubblica*

Health Education and Public Health

Alessandro Seppilli

Definizione, scopi e premesse dell'educazione sanitaria

Le lezioni precedenti spero abbiano servito a dimostrare che l'Educazione Sanitaria non è una cosa semplice e, tanto meno, che si possa facilmente improvvisare.

Ciò che è stato detto in questo Corso da esperti di diversa formazione professionale e più ancora le vostre discussioni di gruppo e la preparazione del materiale didattico che voi stessi avete realizzato, vi debbono avere convinti della necessità di una seria e complessa preparazione e di una duttile e sensibile articolazione perché l'opera dell'educatore sanitario possa in effetti raggiungere i suoi scopi. Cerchiamo di definire questa «Educazione Sanitaria». Abbiamo veduto che essa non costituisce un semplice travaso di cognizioni dal docente al discente; né possiamo identificarla con la propaganda igienica, dalla quale, al contrario, profondamente differisce. La propaganda igienica, come ogni altra forma di propaganda, si rivolge prevalentemente

all'inconscio, senza richiedere una cosciente elaborazione dei temi da essa proposti. Voi sapete che, al limite, la propaganda può dirigersi all'inconscio saltando addirittura il controllo della coscienza: gli esperimenti realizzati con la così detta «propaganda subliminare» dimostrano tale possibilità. Inserendo in un film a soggetto, a distanza conveniente, dei fotogrammi propagandistici, senza nessun legame con il resto delle proiezioni, tali fotogrammi non vengono percepiti dalla coscienza, ma l'occhio li capta e li trasmette ai centri nervosi e il comportamento del soggetto ne rimane influenzato senza che questi se ne accorga. Senza arrivare a questi estremi, gran parte della moderna propaganda commerciale è diretta a raggiungere lo stesso risultato: noi non «vediamo» più un gran numero di cartelli pubblicitari, ma la loro presenza ci condiziona ugualmente e ci influenza nelle nostre scelte. Non si vuole escludere con questo che l'educatore sanitario non possa servirsi, in alcuni casi determinati, dei

* Lezione conclusiva tenuta al I° Corso estivo di Educazione Sanitaria, Perugia 1958

metodi della propaganda, per ottenere risultati rapidi di fronte a problemi urgenti e in ambienti dove l'opera educativa non abbia modo di svilupparsi. Ma non è questa la funzione fondamentale dell'educatore sanitario. Come ogni altra branca dell'educazione, anche l'educazione sanitaria richiede la partecipazione attiva del discente.

«L'Educazione Sanitaria è un *intervento sociale*, che tende a modificare *consapevolmente e durevolmente* il comportamento nei confronti dei problemi della salute. Essa *presuppone* la conoscenza del patrimonio culturale del gruppo discente e la focalizzazione dei suoi interessi soggettivi, e *richiede* la rimozione delle resistenze opposte dal gruppo stesso all'intervento».

Questa definizione, provvisoria, che io sottopongo alla vostra analisi critica, vuole riassumere le premesse e le esigenze di una efficace educazione sanitaria: se saremo ben consapevoli di tali premesse e di tali esigenze, la nostra opera potrà agire in profondità e andrà a costituire parte del patrimonio culturale del gruppo sul quale operiamo. Non ritorno sull'analisi delle singole parti di questa definizione, perché questa è già stata fatta nelle lezioni precedenti: richiamo soltanto la vostra attenzione sulla indispensabilità di ciascun elemento della definizione stessa e particolarmente su quel termine «focalizzazione» degli interessi soggettivi, che indica l'identificazione di quella che potremmo chiamare, con un paragone epidemiologico, la «via di penetrazione» del nostro insegnamento.

Programmazione

Ciò premesso, quando ci si accinge ad una campagna di educazione sanitaria, dovremo procedere alla scelta: del contenuto, dei mezzi idonei e dell'educatore a ciò destinato. Non

ho nulla da aggiungere ai primi due termini, particolarmente al secondo, dopo quanto vi è stato riccamente illustrato nelle lezioni precedenti nelle esercitazioni di gruppo. Piuttosto richiamo la vostra attenzione sul terzo elemento: la scelta dell'educatore.

Noi distinguiamo, in genere, due forme di educazione sanitaria: l'educazione diretta e quella indiretta. La prima si rivolge al gruppo discente senza mediazione, o tutt'al più, con l'assistenza di quei «mediatori fiduciari» di cui già vi è stato fatto cenno, che rappresentano una specie di avallo, di garanzia, che l'educatore sanitario offre al gruppo, quando non sia sufficientemente noto e stimato da esso. L'educazione diretta si fa agli adulti ed in genere a gruppi *che* possono ricevere il nostro linguaggio e comprenderlo senza bisogno di «traduzione».

Ai bambini, particolarmente nelle scuole elementari, l'educazione sanitaria diretta non è possibile. Ad essi deve parlare il maestro, il «loro» maestro, con il suo linguaggio e inserendo l'educazione sanitaria nell'insegnamento globale, che è una conquista della pedagogia moderna, che va rispettata. E poiché non è pensabile che tutti i maestri si trasformino in educatori sanitari, essi dovranno ricevere dall'educatore sanitario la preparazione necessaria a svolgere questa parte della loro missione. Meglio se, in questo caso, l'educatore sanitario sarà anche esso un maestro, consapevole delle condizioni e delle esigenze in cui dovrà operare il suo discepolo mediatore. Naturalmente l'educatore sanitario, anche in questa sua attività, dovrà trovare il linguaggio e le tecniche più appropriate, senza sdottorare o impancarsi a insegnante dell'insegnante, ma cercando invece di collaborare col collega, fornendogli il materiale informativo necessario e assistendolo nella sua preparazione, in questo settore inevitabilmente

ostico e difficile per lui.

Nella programmazione della campagna educativa deve trovare posto anche la predisposizione di un *piano di controllo* dei risultati, poiché sarebbe impossibile eseguire tale controllo, a campagna ultimata, se non lo avessimo previsto sin dall'inizio della campagna stessa, raccogliendo anche i dati necessari al confronto delle condizioni prima e dopo il nostro intervento.

Così, ad esempio, una campagna di vaccinazione supportata da una campagna educativa nella popolazione non ci consentirebbe di giudicare l'efficacia del nostro intervento se non avessimo prima raccolto con esattezza le condizioni di partenza e non avessimo predisposto sin dall'inizio la rilevazione dei dati di arrivo.

Esecuzione

Nello svolgimento dell'educazione sanitaria il momento essenziale rimane quello della rimozione delle resistenze.

Non basta il buon senso, non basta la sensibilità improvvisata dell'educatore: è necessario, come si è detto, in principio, identificare tali resistenze, conoscerne le cause e cercare di rimuoverle con i mezzi di cui disponiamo, facendo consapevole la popolazione di questi nostri sforzi e non cercando di carpirne la buona fede, sia pure a fin di bene.

Al termine dell'intervento, poi, si dovrà sempre compiere una indagine seria e sistematica di *controllo dei risultati*, sulla guida di quanto inizialmente disposto prima dell'intervento.

Problemi organizzativi

Si è accennato in vari interventi, durante il corso, al problema della iniziativa, in campo di educazione sanitaria.

In Italia si può dire che fino ad oggi non esiste quasi nulla, se si eccettuano pochissime,

lodevoli iniziative locali, in alcuni dei Comuni maggiori. In Inghilterra, dove l'educazione sanitaria ha raggiunto un livello molto elevato (certamente il più elevato nell'Europa Occidentale) esiste una rete organizzativa che copre tutto il territorio nazionale e che ha i suoi nodi negli Uffici Sanitari periferici. Chi deve prendere da noi, l'iniziativa? Lo Stato o gli Enti locali, o Enti sorti per iniziativa privata, come quelli già esistenti in alcune città tra cui lo stesso Centro di Perugia? Di solito, in Italia, queste cose nascono dal confluire di iniziative multiple diverse: è ciò che sta verificandosi attualmente anche in questo campo.

La creazione del Ministero della Sanità pone, a mio avviso, l'esigenza fondamentale di una iniziativa centrale. Gli uffici sanitari provinciali sono oggi indubbiamente i più qualificati per offrire «in nuce» un servizio di educazione sanitaria modernamente organizzato.

Con questo Corso il nostro Centro ha cominciato la preparazione del personale addestrato a tale ufficio: in un tempo ragionevole non dovrebbe essere difficile poter disporre di almeno un educatore sanitario per ogni ufficio sanitario provinciale. Tanto meglio se i Comuni maggiori vorranno fare altrettanto e seguire l'esempio di Perugia che dispone già di un educatore sanitario altamente qualificato e di alcune A.S.V. preparate in questo settore.

Il Comune di Perugia ha organizzato una rete di «Comitati frazionali di Educazione Sanitaria» che fanno capo al medico condotto e la cui attività viene coordinata dal «Comitato Comunale di Educazione Sanitaria».

La produzione del *materiale didattico* (flanelle, filmine, films, pieghevoli, volantini, cartelloni) potrebbe essere sviluppata a cura dei Centri che già provvedono a tale attività. Per i films, ad esempio, il Centro di Cinemato-

grafia Sociale di Trieste ed il Centro per la Educazione Sanitaria di Milano; per le fannelle abbiamo già preparato parecchio materiale qui a Perugia. Altrettanto potrebbe dirsi per le filmine, i pieghevoli, i cartelloni. La nostra rivista, che è l'unica del genere in Italia, costituisce la naturale palestra per lo scambio delle esperienze, per l'incontro di suggerimenti è proposte, per la informazione tecnica su quanto viene preparato e realizzato in Italia e all'estero nel nostro campo.

Queste le grandi linee dei problemi organizzativi, come si offrono a noi, in questo momento. Naturalmente, in prospettiva, molto di più si potrà fare se, al centro ed alla periferia, riusciremo a sollecitare la responsabile sensibilità degli organi preposti alla difesa della salute pubblica ed alla formazione educativa delle popolazioni.

Noi vorremmo che anche presso ciascun Provveditorato agli Studi potesse essere presente un educatore sanitario qualificato, per assistere il Provveditore in questo campo e organizzare la preparazione degli insegnanti nel settore. Vorremmo che tutto il corpo insegnante, di ogni ordine e grado, potesse essere raggiunto da una rete capillare che opera l'intero territorio nazionale: ma per questo è prima indispensabile formare gli educatori sanitari, e non è opera che si realizzi per incanto o per decreto legge.

1. Maggiori problemi della salute pubblica e l'educazione sanitaria

Per quanto attiene al contenuto, l'educazione sanitaria non può trattare che argomenti di *igiene*, e, con qualche riserva, di *medicina preventiva*. L'igiene ha per scopo la conservazione ed il potenziamento dello stato di salute; in altre parole non si preoccupa soltanto di evitare le malattie, ma svolge anche

un'azione positiva per assicurare a ciascun individuo il massimo di efficienza fisica consentita dalla sua costituzione e dai suoi precedenti morbosità. La medicina preventiva confina con l'igiene e comprende pratiche mediche, tendenti a evitare aggravamenti o complicanze o anche fatti morbosità primari (a rigore le vaccinazioni e la chemioprolifasi sarebbero pratiche di medicina preventiva). La *medicina curativa* non può costituire oggetto di educazione sanitaria: essa è essenzialmente clinica, vale a dire scienza dell'individuale, e per la potenza e specificità dei presidi terapeutici attuali non può assolutamente essere affidata al profano inesperto di cose mediche. In passato, quando la terapia era molto più generica e molto meno efficace, questo era ancora in una certa misura ammissibile. ma oggi ormoni e antibiotici, psico- e neuroplegici, glucosidi ed alcaloidi, non possono essere utilizzati senza danno e con vantaggio, se non da mano molto esperta. In altre parole, l'educazione sanitaria non deve insegnare *nè a diagnosticare, nè tanto meno a curare, le malattie*; può insegnare il modo di evitare molte di esse o comunque di diminuirne la gravità e può insegnare a riconoscere l'esistenza e la pericolosità, indicando a chi ci si debba rivolgere, al momento opportuno, per evitare il peggio.

Quali sono i problemi più gravi di salute pubblica, sui quali richiamare l'attenzione della educazione sanitaria?

Se il nostro scopo principale è quello di evitare le malattie, la risposta a questa domanda dovrebbe trovarsi in un quadro statistico della «morbosità», vale a dire della frequenza con cui le diverse malattie incidono oggi sulla salute umana. Tuttavia difficoltà pratiche di rilevazione, che qui sarebbe troppo lungo esporre, rendono scarsamente attendibili i dati della morbosità; perciò, volendo

avere un quadro della distribuzione delle malattie stesse il più possibile fedele, dobbiamo rivolgerci a un dato più ristretto, ma più significativo, quello della «mortalità» (vale a dire al numero dei morti per ciascuna causa di malattia riferito a una determinata popolazione).

Uno sguardo alla tabella qui riportata ci offre appunto l'andamento della distribuzione della mortalità per cause nella popolazione italiana complessiva nell'ultimo cinquantennio.

Andamento della mortalità dal 1901 al 1955 cifre relative a 100.000 abitanti

	1901		1926
App. Resp.	448,5	App. Resp.	327,1
App. Dig.	383,4	Mal. Inf.	281,6
Mal. Inf.	367,9	App. Dig.	271,6
Sist. Nerv.	215,6	App. Circo	194,9
App. Circo	198,3	Sist. Nerv.	186,0
Tumori	59,2	Tumori	58,4
Generale	2.197,9	Generale	1.724,0

	1950	1952	1955
App. Circo	202,5	245,5	249,5
Sist. Nerv.	149,1	145,0	141,1
Tumori	113,6	125,7	132,0
App. Resp.	106,8	96,0	79,1
App. Dig.	89,8	77,6	59,4
Mal Inf.	69,3	46,1	35,9
Generale	976,4	1.002,1	912,0

Come si può rilevare, la mortalità generale per tutte le cause è sensibilmente diminuita nel periodo considerato; il che significa che la durata media della vita è aumentata in proporzione, aumentando sempre più il numero degli individui che riescono a raggiungere l'età avanzata. Questa diminuzione della mortalità è particolarmente sensibile

nella seconda metà del cinquantennio e si deve indubbiamente in misura prevalente alla scoperta di strumenti assai efficaci nella lotta contro le malattie infettive e parassitarie (sulfamidici, antibiotici, D.D.T. e composti analoghi).

Questo ultimo fatto ha provocato anche uno spostamento sensibile nella graduatoria delle cause di morte, facendo scendere di vari punti le *malattie infettive* e altre, pur non classificate come tali, ma prevalentemente di natura infettiva, come le malattie dell'apparato respiratorio. Naturalmente ciò ha portato in prima linea altre classi di malattie, come le malattie dell'apparato circolatorio e quelle del sistema nervoso (dove le cause di morte sono spesso di natura circolatoria), e i tumori maligni. Un esame più attento, però, dimostra che la mortalità per malattie dell'apparato circolatorio e per tumori maligni è anche aumentata in senso assoluto; e l'analisi statistica, eseguita in molti paesi e anche da noi, chiarisce che tale aumento non è dovuto soltanto alla diminuzione delle altre cause (chi non muore di malattia infettiva ha maggior probabilità di morire poi per queste cause, più proprie dell'età adulta e senile): l'aumento è reale ed assoluto, il che significa che queste malattie sono *effettivamente aumentate* in proprio.

Ciò non significa che la lotta contro le malattie infettive possa considerarsi superata. Le misure di «Polizia Sanitaria» hanno allontanato da noi il flagello delle grandi epidemie di peste, di colera, di tifo esantematico; la vaccinazione antivaaiolosa ha fatto scomparire il vaiuolo; il D.D.T. e i suoi succedanei hanno ridotto a entità trascurabile il gravissimo flagello della malaria. Ma ci sono ancora le infezioni da virus (influenza epidemica, poliomielite, meningite virale), contro le quali è del tutto inerme la terapia antibioti-

ca. Ed anche infezioni che potrebbero essere praticamente eliminate (come è avvenuto in altri paesi) quali la difterite e la tifoide, fanno ancora molte vittime tra noi per la troppo scarsa diffusione delle vaccinazioni preventive e per la trascuratezza dell'igiene individuale in ampi settori delle nostre popolazioni. Senza dire della tubercolosi, che costituisce ancora un grave problema sociale e che potrebbe essere molto più efficacemente combattuta, se meglio fossero conosciuti i modi per difenderci da essa.

Nel settore delle malattie infettive la possibilità di ulteriori progressi è in gran parte affidata all'educazione sanitaria: le pratiche di vaccinazione, le indagini di massa (schermografia, prove tubercoliniche), le misure di protezione individuale, non miglioreranno e non si generalizzeranno se non attraverso alla partecipazione attiva e cosciente delle popolazioni interessate.

Altrettanto può dirsi per le *malattie dell'apparato circolatorio* la cui diffusione non è, come vogliono alcuni, un appannaggio inevitabile della civiltà e del progresso, bensì la conseguenza di gravi errori nella alimentazione e nel costume di vita, errori evitabili in larga misura, senza rinunciare alle conquiste del nostro tempo. Il discorso sull'alimentazione ci porterebbe molto lontano: basti accennare all'abuso di grassi, all'indiscriminato impiego di sostanze spesso nocive nella preparazione industriale di molti alimenti, all'uso di antiparassitari estremamente tossici nell'agricoltura, e la esemplificazione potrebbe continuare. Qui voglio richiamare la vostra attenzione su un solo fattore, che può considerarsi il nemico

pubblico numero uno della salute umana in questi ultimi anni: il *fumo*, e particolarmente il fumo di sigaretta.

Indagini statistiche eseguite su vastissima scala hanno dimostrato una stretta correlazione fra il consumo individuale di sigarette e l'aumento della mortalità generale, con particolare riguardo alle *malattie del sistema coronario* (angina pectoris, infarti del miocardio, trombosi coronarica); non solo, ma il fumo di sigaretta rappresenta indubbiamente la causa principale dell'enorme aumento della mortalità per *tumori dell'apparato respiratorio*, che in questi ultimi anni ha raggiunto cifre impressionanti anche da noi. Questo per accennare soltanto ai problemi maggiori, ma l'educazione sanitaria può svolgere un'azione molto feconda anche in altri settori della lotta contro le malattie e la morte; basti citare il gruppo delle *malattie reumatiche* (causa a sua volta del maggior numero di vizi di cuore), le *malattie infettive dell'età scolare* (scarlattina, morbillo, varicella), gli *infortuni stradali* (educazione stradale) e *domestici*, le *malattie professionali* e gli *infortuni sul lavoro*.

Come si può constatare, c'è lavoro per tutti: medici, A.S.V., insegnanti; soprattutto per questi ultimi, che non fanno parte delle strutture sanitarie ufficiali, ma che indubbiamente possono svolgere un ruolo di primissimo piano nella difesa della salute.

È soprattutto ad essi che è rivolto questo nostro sforzo; è soprattutto dalla loro sensibilità, dalla loro dedizione e dal loro entusiasmo, che noi ci attendiamo la forza per imprimere un nuovo impulso alla nostra fatica.

Intervento alla Tavola Rotonda sulle Unità Sanitarie Locali* *Speech at Workshop on Local Health Units*

Alessandro Seppilli

Il parlare per ultimo offre qualche vantaggio, ma offre anche qualche inconveniente e non è molto facile. Si potrebbe stare zitti e sarebbe la soluzione migliore, perché tutto quanto era importante dire è stato detto; si potrebbero raccogliere diversi argomenti che sono stati posti e discuterli, perché ognuno di questi argomenti offre naturalmente la possibilità di approfondimenti e di prospettive diverse. Ma io scarterò tutte e due queste soluzioni; la prima perché non mi è concessa, e la seconda perché credo polverizzerebbe l'impostazione della discussione, che dovrebbe seguire a questo mio intervento. Cercherò piuttosto di raccogliere da quello che è stato detto ed anche da quello che, a mio avviso, è importante e non è ancora stato detto, ciò che mi sembra il succo del discorso, su ciò vale la pena di discutere seriamente, oggi, in un momento in cui ci si avvia, o almeno ci si illude di avviarsi, a trovare delle soluzioni concrete a questa problematica.

1. Premesse politiche

Primo punto: è chiaro, mi sembra, che sia maturo ormai in tutti, che la riforma dei servizi sanitari in Italia, non è una diavoleria inventata da quelli che hanno voglia di riformare o da preoccupazioni di carattere partitico, settoriale o politico, ma deriva da alcune esigenze, sia di politica generale, sia di tecnica sanitaria, che sono ormai ineludibili e che si presentano in tutto il mondo sostanzialmente in modo analogo, anche se poi le soluzioni proposte non sempre corrispondono alle attese.

Le premesse di politica generale mi sembra che si possano ridurre sostanzialmente in modo analogo, anche se poi le soluzioni proposte non sempre corrispondono alle attese. Le premesse di politica generale mi sembra che si possano ridurre sostanzialmente a due: in primo luogo l'affermazione che il diritto alla salute, come è stato detto anche dagli altri partecipanti a questa tavola rotonda, è oggi considerato come un *diritto primario del*

* Estratto da "Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria", anno XXI, n. 12, dicembre 1969

cittadino, uno dei diritti che derivano dal solo fatto di essere un uomo o una donna, e che quindi, come il diritto alla difesa, per esempio, dell'integrità personale, deve essere assicurato dalla società, cioè dallo Stato, inteso nel senso più lato ed espresso poi a tutti i livelli, e non può essere, quindi, delegato a nessuno.

Tanto meno, poi, può essere risolto in rapporti di tipo contrattuale e differenziato su basi categoriali, o corporative, o di qualsiasi genere, anagrafiche o che so io. In altre parole, il diritto ad avere quel tanto che la scienza e la tecnica da una parte, le possibilità economiche della società nel suo complesso dall'altra, consentono, non può essere subordinato alla presentazione di titoli validi, perché il solo fatto di esistere in questa collettività dà tale diritto. Questa prima affermazione, recepita nel preambolo dello Statuto dell'O.M.S. ed anche nella nostra Costituzione, oggi possiamo ritenerla tanto più valida, in quanto essa è ormai maturata nella coscienza civile del nostro Paese.

La seconda premessa di politica generale è che *la gestione di un servizio come questo deve essere affidata alla cittadinanza* come tale, non può venire erogata dall'alto, ma deve essere gestita dagli utenti stessi, che si debbono servire di tale servizio.

A queste due premesse di carattere politico generale, che importano ovviamente alcune conseguenze di cui parleremo, subito, si affiancano altre premesse che potremo chiamare di natura tecnico-sanitaria.

2. Aspetti tecnici

Scopo dei servizi sanitari è la difesa della salute, non la protezione economica dal rischio di malattia come è posta dalle assicurazioni sociali. D'altra parte da un secolo e mezzo

circa si va facendo sempre più evidente che è più economico, più redditizio, prevenire che curare. Se non ché, finché dominavano nella nosologia di tutti i Paesi cosiddetti civili, le malattie infettive, la prevenzione è consistita essenzialmente in attività non strettamente legate all'azione del medico, individualmente, clinicamente operante sul singolo soggetto. Gli interventi ambientali contro le cause delle malattie infettive, tutto quello che è stato fatto da tre o quattro generazioni di igienisti nel campo della difesa delle malattie da importazione, della bonifica del suolo, delle acque, dell'aria, sempre dal punto di vista della lotta contro le malattie infettive, ha in certo modo creato una specie di «specializzazione nella profilassi» ed a staccato in gran parte l'attività preventiva (che tradizionalmente era sempre stata legata all'attività del medico generico) da quella che è l'attività terapeutica.

L'impostazione mutualistica, poi, della protezione del rischio di malattia, conquistata a poco a poco per la pressione delle categorie meglio organizzate dei lavoratori, ha ulteriormente dissociato le due cose; per cui oggi ci troviamo una gran massa di medici che di prevenzione non si preoccupa quasi affatto. Dico «quasi», perché tutti sanno benissimo, che non c'è nessun medico che, di fronte ad una malattia infettiva, non cerchi di evitare che questa malattia si diffonda. Ma sostanzialmente i medici terapeuti se ne occupano molto poco, mentre oggi, con la trasformazione a cui abbiamo assistito della nosologia, questa situazione deve essere profondamente cambiata.

Oggi, *per poter realizzare la prevenzione, abbiamo bisogno che questa sia portata a livello clinico, cioè al livello del rapporto individuale*. Avremo, sì, una medicina preventiva di massa, ma anche la medicina preventiva così

detta di massa non è altro che una massa di interventi clinici, individuali. Assicurare un corretto approvvigionamento idrico, si può indipendentemente dall'attività dei singoli medici, ma se vogliamo lottare contro le malattie cardiocircolatorie o contro i tumori maligni, non possiamo prescindere dal rapporto individuale medico-paziente.

Un altro aspetto del problema, sempre di ordine sanitario, è dato dal fatto che la progressiva specializzazione, che è parte inevitabile del progresso tecnico e costituisce oggi una esigenza assoluta in tutti i settori e quindi anche nella medicina, ha frammentato gli interventi; per cui ci troviamo di fronte alla necessità di ricomporli in qualche maniera, perché l'individuo è pur sempre un tutt'uno e non c'è alterazione della salute che non si rifletta su tutto l'organismo.

Ciò significa che si fa sentire da una parte il bisogno di una riabilitazione del medico personale, che si assuma la responsabilità della salute dell'individuo continuativamente, e dall'altra la necessità di un coordinamento di quegli interventi specialistici, che inevitabilmente dovranno completare l'opera del medico personale.

3. Il S.S.N.

Orbene, da queste premesse, che mi sembrano ineludibili, sia di politica generale, sia di tecnica sanitaria, deriva l'impostazione della riforma dei servizi, che viene proposta oggi in Italia. Secondo tale impostazione, si affida allo Stato la responsabilità globale dei servizi, con la creazione di un «Servizio sanitario nazionale», inteso come l'osservanza di un compito primario dello Stato, come l'istruzione o la protezione dell'integrità personale o la difesa dei confini o l'esercizio della giustizia; tutte cose: che lo Stato deve garantire assumendone la respon-

sabilità. *Questo, naturalmente, non significa che lo Stato debba accentrare nelle sue mani tale servizio, tanto meno ad un livello centralizzato;* però, questa responsabilità se la deve assumere.

D'altro canto, l'esigenza politica suaccennata impone che la gestione di questo servizio sia realizzata a livello locale.

Il comprensorio

E qui va localizzato un concetto che io ritengo di importanza fondamentale per tutta l'evoluzione della politica italiana e non solo per quella della politica sanitaria: il concetto di «comprensorio», inteso come una estensione territoriale, dentro la quale possano essere forniti al cittadino tutti i servizi essenziali di base. *Concetto di comprensorio, che prescinde dalle divisioni politico amministrative attuali*, che non corrispondono più alla realtà sociale di oggi. I Comuni italiani in origine erano effettivamente dei comprensori; essi sono sorti proprio in quanto assicuravano la difesa e i servizi di base ad una certa comunità. Poi, nella evoluzione storica, alcuni di essi si sono ridotti a niente, altri sono diventati immensi o si sono sfiancati sotto la pressione delle esigenze economiche e sociali. A mio avviso, questo concetto di comprensorio deve rinascere, e, una volta affermata la necessità di decentrare lo Stato a livello regionale, questi comprensori debbono configurarsi all'interno delle Regioni, nel quadro del programma di sviluppo regionale.

Abbiamo detto che, in prima approssimazione, i comprensori dovrebbero comprendere circa 50.000 abitanti; è un criterio molto approssimativo, perché purtroppo ci saranno comprensori inevitabilmente più piccoli, che la comunità dovrà sostenere, perché possano vivere, e ci sono, per contro,

zione a popolazione addensata, dove i comprensori potranno essere notevolmente più ampi. Comunque, dal concetto di comprensorio nasce la prospettiva di un *servizio sanitario nazionale gestito a livello comprensoriale*: nasce *l'unità sanitaria locale*, intesa come circoscrizione territoriale (e in un certo senso politico-amministrativa) dei servizi sanitari. Personalmente sono convinto che *le stesse esigenze poste dal servizio sanitario si riproporranno per le attività assistenziali e sociali non legate al servizio sanitario; e, prima o poi, anche per le attività educative*, dato che noi siamo uno dei pochi Paesi in cui l'educazione è accentrata a livello nazionale. Ad ogni modo, in prospettiva, il comprensorio, se è valido, deve essere valido per gli altri servizi come per quello sanitario.

La gestione

Per la gestione dell'U.S.L., la prospettiva che ha maggiori adesioni è quella di una struttura di tipo consorziale, perlomeno dove il comprensorio interessi più Comuni. Per i comprensori che sono più piccoli di una circoscrizione comunale (grandi Comuni) dobbiamo attendere che si delinei meglio l'articolazione amministrativa dei grandi Comuni, perché ovviamente un Comune di 2 o 3 milioni di abitanti non può formare un comprensorio.

Nella maggioranza dei casi, avremo una struttura consorziale del comprensorio. In tal caso, chi dovrebbe gestire queste unità sanitarie locali? Evidentemente c'è una duplice esigenza: da una parte debbono essere rappresentati nella gestione di questi consorzi i Comuni e gli altri Enti locali istituzionali presenti nel comprensorio, come l'ospedale di base. Però, noi vorremmo che ci fosse anche una rappresentanza diretta della popolazione, non mediata attraverso alle struttu-

re comunali e degli altri Enti locali. E potremmo immaginare abbastanza facilmente, visto che si tratta di territori ristretti, una partecipazione di elementi eletti direttamente dalla popolazione. Se immaginiamo un'unità sanitaria locale di 50.000 abitanti, divisa in una decina di condotte (che noi chiamiamo «distretti»), per ognuno di questi distretti ci dovrebbe essere un rappresentante eletto direttamente dalla popolazione, che partecipi alla gestione insieme ai rappresentanti degli Enti consorziati.

Indubbiamente è necessario che l'unità sanitaria locale abbia soltanto due interlocutori: uno a monte, la popolazione, e uno a valle, la Regione. Non ci devono essere diaframmi, né a monte, né a valle, tra l'U.S.L. e questi interlocutori. Altrimenti ritroveremo nel nuovo sistema gli stessi difetti che lamentiamo oggi nel vecchio, vale a dire la polemica fra utente ed Ente gestore; l'utente deve essere il gestore del *suo* servizio e se è il gestore del suo servizio sarà indotto a programmare il suo servizio nella maniera più redditizia, date le condizioni locali e le disponibilità economiche a disposizione.

Rischio di errori

Prospettate così le cose, quali sono i pericoli contro i quali, secondo me, bisogna lottare? Alcuni pericoli sono ormai superati al livello culturale, ma non sono scomparsi del tutto al livello operativo. Per esempio; la *tendenza all'accentramento* nazionale; ci sono ancora di quelli che pensano ad un servizio sanitario nazionale gestito come un enorme Ente, una specie di INAM generale per tutta la popolazione italiana; e si vedono già nella fantasia i palazzoni e i burocrati, che dovranno gestirlo.

E non è solo lo Stato che ci minaccia, ci minaccia anche la Regione, la quale, secon-

do alcuni, dovrebbe gestire direttamente le unità sanitarie locali; e infine ci sono le Province che cercano spazio per la loro sopravvivenza, e dicono perché non la Provincia? Quelli che hanno esperienza di consorzi provinciali, sanno quanto poco democratiche siano le gestioni dei consorzi provinciali, dove è assolutamente impossibile la partecipazione diretta della popolazione.

Altro pericolo: la dispersione di quello che noi cerchiamo di unificare, attraverso la *persistenza di strutture verticali settoriali*. Tutte le strutture verticali esistenti cercano di sopravvivere e trovano anche alcuni consensi; ora, deve essere ben chiaro che tutto quello che le strutture verticali hanno creato noi lo dobbiamo utilizzare: ha detto molto bene l'amico Bruni che «le strutture dell'ONMI, che fino ad oggi hanno operato nell'ONMI, domani opereranno nelle unità sanitarie locali». E lo stesso discorso vale per le strutture degli istituti mutualistici e degli altri Enti che hanno operato fin qui, ma questo non vuol dire la conservazione delle gerarchie verticali.

Infine c'è ancora un terzo pericolo: la *tendenza a negare la responsabilizzazione della cittadinanza*, della popolazione. Si capisce che responsabilizzare la popolazione comporta dei rischi, perché la popolazione non è stata abituata, fino ad oggi, a gestire queste cose, ma è solo così che si procede nella democrazia; ed io credo che si proceda molto più rapidamente responsabilizzando, che «tutelando», come facciamo noi in Italia, per cui anche gli amministratori comunali, a cominciare dal sindaco di Roma e di Milano, sono tutti sotto tutela, tutti necessariamente controllati da un'altra testa, che non è affatto detto che sia più perfetta o più completa della loro.

Questi i pericoli; e poi ci sono le resistenze.

Le resistenze, anzitutto da parte di quanti hanno interesse che non si cambi nulla. Si capisce che se c'è qualcuno che nel sistema, a qualunque titolo, guadagna un paio di milioni al mese, questi non ha interesse che si cambi niente; e quindi, anche in perfetta buona fede, resiste.

Un'altra resistenza è costituita dalla impreparazione della popolazione, degli utenti, che abituati dall'impostazione paternalistica a ricevere dall'alto, non percepiscono l'importanza dell'autogestione, alla quale ci si prepara solo attraverso un processo educativo di maturazione politica.

Una terza resistenza è stata accennata anche da alcuni che hanno parlato prima di me: è la resistenza corporativa delle categorie che, attraverso le lotte sindacali, si sono assicurate certe posizioni, che ritengono valide e che temono possano essere menomate dalla riforma, che porta tutti i cittadini allo stesso livello.

Infine, ci sono i «fantasmi»: oltre alle resistenze ed ai pericoli, ci sono i fantasmi. Il fantasma della «impiegatizzazione» del medico, che ha riempito i discorsi, nelle commissioni a cui abbiamo partecipato, di quelli che parlavano in difesa della «libera professione». Questa impiegatizzazione del medico è un fantasma; perché nelle prospettive del servizio sanitario nazionale i rapporti giuridici dei medici sono esattamente quelli che vigono attualmente. Se vogliamo chiamare «impiegati» gli ufficiali sanitari ed i medici dell'Ufficio di Igiene, questi saranno impiegati domani come lo erano ieri; se chiamiamo «impiegatizzazione» il rapporto che lega il medico condotto al suo Comune, quello sussisterà certamente anche domani.

Tutti quelli che hanno avuto familiarità con qualche medico condotto operante in un pic-

colo centro, sanno che il medico condotto non si sente «impiegato» e svolge un'attività professionale altrettanto libera quanto quella degli altri colleghi.

Un altro fantasma è quello della «burocra-tizzazione» delle prestazioni. Se c'è una organizzazione burocratizzata delle prestazioni è proprio questa nostra, in cui, per avere la prestazione, bisogna prima dimostrare chi sei, di chi sei figlio, che mestiere fai, quante marche hai pagato, di che malattia sei malato. Mi sembra chiaro che un servizio che riconosce: il diritto alla prestazione, per il solo fatto di essere al mondo, è il meno burocratizzato che si possa immaginare.

Terzo fantasma: quello dei «*costi insostenibili*». Ora, è chiaro che il «diritto alla salute» è un diritto tendenziale, non è un diritto assoluto, filosofico. E' chiaro che, se diciamo «tutti hanno diritto a quello che la scienza offre», non intendiamo con questo affermare che tutti hanno diritto ad essere operati, anche di ernia, da Valdoni; è chiaro che vi saranno sempre dei limiti all'esercizio del diritto, limiti imposti dalle possibilità tecniche, sociali, economiche, che la collettività offre.

All'interno di queste possibilità, ci sono delle scelte da fare, c'è una programmazione, che sarà fatta a livello nazionale, a livello regionale, a livello delle unità sanitarie locali. E quindi è chiaro che se volessimo portare le prestazioni a livelli insostenibili dalla collettività esse sarebbero insostenibili in qualunque sistema; perciò dovremo propor-zionarle alle nostre possibilità.

Gli strumenti

Infine, per concludere, quali sono, secondo me, gli strumenti essenziali necessari per poter realizzare tutto ciò.

Occorrono anzitutto le Regioni; perché sen-

za le Regioni non si può programmare un servizio di questo tipo; occorrono i *piani regionali di sviluppo* e quindi anche i *piani comprensoriali*. A tutt'oggi, abbiamo già delle Regioni funzionanti ed abbiamo già delle Regioni che hanno fatto i piani comprensoriali: quelle sono pronte.

Occorre la *riforma tributaria*; ma possiamo anche immaginare che, in attesa della riforma tributaria, si possa, attraverso un *fondo nazionale sanitario*, sostenere in via temporanea la spesa necessaria. Bruni dice «per un anno potremmo fare delle unità sanitarie incomplete»; io direi che, se è questione di un anno, è meglio aspettare e poi farle complete quest'altr'anno. Perché, diciamoci la verità, non c'è nulla di più pericoloso, in Italia, del provvisorio, della creazione di strutture che, una volta create, poi per smantellarle ci vuole il bene di Dio. Perciò, la gradualità necessaria, realizziamola attraverso una programmazione di questa gradualità. Cominciamo a nazionalizzare le prestazioni ospedaliere, cominciamo a nazionalizzare le prestazioni ambulatoriali; poi, se sarà necessario, potremo aspettare ancora sei mesi, dopo di che faremo le unità sanitarie locali «globali».

Il personale

Ad ogni modo, non facciamoci illusioni: le Regioni hanno due anni per poter legiferare; per questi due anni, potremo anche aspettare la creazione delle unità sanitarie locali. Però, c'è il discorso che faceva Mazzotti: il personale necessario dove lo andiamo a prendere? Questo è un discorso molto lungo, che richiederebbe per sé tutta una tavola rotonda. Perché ci sono problemi di *formazione di personale nuovo*, a cominciare dai problemi della riforma universitaria. Ci sono i problemi della utilizzazione del personale

attualmente esistente, a cominciare dal personale direttivo delle U.S.L. Personalmente ritengo che la *direzione delle U.S.L. dovrà essere collegiale*, poiché in essa convergono competenze molto diverse. Per esempio: dirigente dei servizi preventivi (l'attuale ufficiale sanitario); dirigente dei servizi medici di base (l'attuale dirigente dei servizi mutualistici); dirigente dei servizi ospedalieri (direttore sanitario dell'ospedale di base); dirigente dei servizi infermieristici; dirigente dei servizi sociali; dirigente dei servizi farmaceutici; dirigente dei servizi veterinari.

La direzione collegiale dovrà, poi, eleggere un direttore che la rappresenti e svolga le mansioni esecutive. E poi c'è il grossissimo problema del personale sanitario così detto ausiliario, del personale «non medico»; e qui bisogna operare, operare d'urgenza, non con il sistema all'italiana, che se mancano ingegneri nominiamo ingegneri i capimastri e così non abbiamo né ingegneri né capimastri, bensì con un sistema di reale qualificazione di questa categoria. Ma, ripeto, è un lungo discorso che richiederebbe un'altra tavola rotonda.

La popolazione: soggetto del sistema*

The people: subject of the system

Alessandro Seppilli

1.

E veniamo al protagonista dell'opera, al quale tutta la riforma è dedicata: al cittadino, utente e gestore ad un tempo del servizio. Personalmente, io ritengo che nessun programma di riforma sanitaria meriterebbe seria attenzione se non si proponesse, in primissimo luogo, di superare l'attuale rapporto inevitabilmente polemico fra chi fornisce o assicura le prestazioni e chi le utilizza. Siamo partiti dal presupposto che scopo della medicina è la difesa della salute, di tutti e di ciascuno: perciò i soggetti del sistema non possono essere che i cittadini, oggi troppo spesso considerati, invece, come oggetto passivo della società consumistica anche in questo settore vitale. Sono essi che deb-

bono consapevolmente richiedere le prestazioni di cui hanno bisogno e che il servizio deve loro assicurare. Sono essi che debbono consapevolmente operare le scelte inevitabili tra ciò che è utile o necessario e ciò che è inutile o superfluo o addirittura dannoso. Per tali scelte debbono essere assistiti dai tecnici, come in ogni altro caso in cui la scelta abbia un contenuto tecnico; ma debbono essere loro i soggetti della scelta e non limitarsi a subire passivamente le scelte decisionali operate da altri.

Questa responsabilizzazione dei cittadini nella gestione del servizio è la condizione ineludibile, a mio avviso, perché non si riproponga nel servizio stesso l'eterna polemica tra cittadino e servizio, che pesa come coltre di

* Pubblicato, pp. 32-41 nel volume *Significato di una riforma*, di Alessandro Seppilli - Maurizio Mori - Maria Antonia Modolo (curatori), Il Pensiero Scientifico editore, 1972, pp. 210; e su "L'Educazione Sanitaria", vol. XVI, fasc. 2-3 aprile-settembre 1971, pp. 161-177.

piombo su tutti i nostri servizi pubblici. È la premessa di una gestione veramente democratica e non delegata del servizio sanitario nazionale; è insomma l'essenza stessa della democrazia, in questo come in ogni altro aspetto della vita sociale.

2.

Questo problema, però, deve essere risolto alla radice, a livello delle cellule elementari del servizio, vale a dire a livello dei distretti. Non sembra contestabile che la partecipazione dei cittadini è tanto maggiore per quanto minore è l'ambito in cui essa si realizza; una partecipazione diretta è possibile soltanto in un ambito abbastanza ristretto, perché tutti possano rendersi conto dei problemi ed esprimere a ragion veduta la propria opinione in merito alla loro soluzione. È questo appunto l'ambito del distretto.

Perciò è necessario che in ogni distretto si costituisca un *Comitato sanitario di distretto*, che promuova le riunioni e prepari le proposte da sottoporre ai cittadini dello stesso. Ma, data la natura dei problemi, questo presuppone a sua volta che la popolazione sia informata ed aggiornata sui problemi della salute; che cioè si faccia nel distretto opera continua, capillare ed approfondita, di educazione sanitaria, onde preparare i cittadini a scelte consapevoli, non improvvisate e non suggestionate da pressioni pubblicitarie o di altro genere. Il che comporta la soluzione di un problema di fondo: quello appunto della *educazione sanitaria della popolazione*, di chi la debba fare e di come debba essere fatta, con tutte le implicanze che da questi quesiti derivano.

3.

L'educazione sanitaria è stata definita «quella categoria dell'educazione che focalizza la

salute e la sua problematica» (Seppilli, 1966). Come tutta l'educazione essa si propone di assistere l'uomo nella formazione della sua personalità, aiutandolo a prepararsi a scelte comportamentali consapevoli, nell'interesse proprio e della società in cui vive.

La «coscienza sanitaria», che l'educazione sanitaria si sforza di promuovere (e che può considerarsi un aspetto della coscienza civile), rappresenta per l'appunto la raggiunta maturità dell'individuo in tale campo e la sua capacità di operare scelte coerenti e consapevoli nell'interesse della propria salute e di quella dei suoi simili.

Poiché la salute è un bene che sta a cuore a tutti, potrebbe sembrare che basti una corretta informazione per indurre dei comportamenti positivi nei confronti della salute; purtroppo, però, non è così, e tutta l'esperienza di questi ultimi anni, in fatto di educazione sanitaria, sta a documentarlo. Se così non fosse non ci sarebbe più alcun medico fumatore!

In effetti, le nostre scelte comportamentali dipendono dalla scala dei valori che struttura e motiva i nostri atteggiamenti e che dipende a sua volta in larga misura dagli atteggiamenti degli altri componenti il gruppo (o i gruppi) di cui facciamo parte. Non basta certo che una donna sia informata dell'utilità di una visita ginecologica durante la gravidanza, perché vi faccia ricorso, e non basta neppure che ne sia convinta. A parte le difficoltà di ordine materiale (disponibilità di tempo, distanza) ed economico (costo della visita ed eventualmente dei mezzi di trasporto), se i suoi familiari (il marito, la suocera, i genitori) e le sue amiche più intime sono convinti che un tale comportamento è disdicevole o sconveniente (e quindi la donna sa che ne sarebbe severamente censurata), tutti gli argomenti a favore della visita hanno serie pro-

babilità di essere vanificati. Perché, nella scala dei valori di quella donna, probabilmente la ricerca del consenso del suo gruppo sociale è più fortemente motivata della cura del proprio corpo.

Da ciò deriva la necessità che l'educazione sanitaria venga rivolta, più che al singolo, al gruppo sociale; o quanto meno cerchi nella convinzione di gruppo il supporto alla convinzione del singolo.

4.

Inoltre l'educazione sanitaria non è facile neppure come semplice messaggio informativo. Dobbiamo tener presente, infatti che ciascun individuo, fin dalla nascita, ha cercato di risolvere, bene o male, i problemi della sua salute in parte per istinto, in parte valendosi della esperienza propria e del consiglio dei suoi simili. Per cui, l'informazione in questo campo non cala in un «vaso vuoto», ma si mescola e reagisce col contenuto del vaso; con risultati difficilmente prevedibili. Molte volte l'informazione è in contrasto, perlomeno apparente, con l'esperienza (ricordate il sonetto di Renato Fucini sulla vaccinazione antivaaiolosa!); altre volte è in contrasto con abitudini inveterate o quanto meno tende a rompere un equilibrio faticosamente raggiunto e da tempo consolidato. Si pensi alla difficoltà di ottenere delle modifiche sostanziali nelle abitudini alimentari, nella scelta dei cibi, nella distribuzione dei pasti.

Se poi si esamina il messaggio in se stesso e si studiano i canali dell'informazione, le cose si fanno ancora più complesse.

Noi possiamo servirci di due modalità fondamentali di comunicazione: la comunicazione bidirezionale, interpersonale; e quella attraverso i mezzi di comunicazione di massa. Ovviamente, l'efficacia individuale della prima è decisamente superiore, per-

ché ci permette di instaurare un dialogo e, per mezzo di esso, chiarire i dubbi, superare certe resistenze, suscitare la partecipazione attiva di chi ci ascolta al problema. Ancor più del colloquio individuale, nell'educazione sanitaria si dimostra particolarmente efficace la discussione di gruppo, nella quale più facilmente emergono certe diffidenze e resistenze e la maturazione dell'atteggiamento positivo si struttura e si consolida nella solidarietà dei componenti il gruppo. Queste modalità, però, richiedono molto tempo e soprattutto molto personale adeguatamente preparato, raramente disponibile; per cui non ci si può sottrarre all'altra alternativa, quella dei mezzi di comunicazione di massa.

Questi, infatti, ci permettono di raggiungere contemporaneamente un gran numero di individui e di sostenere il nostro messaggio con la suggestione propria di questi mezzi (stampa, cinema, radio, TV). Tuttavia, qui sorgono altri problemi. Il messaggio informativo è tanto più efficace per quanto più è specifico, cioè adatto a chi lo riceve; dilatando il numero dei destinatari, inevitabilmente tale specificità viene sacrificata. Chi ha esperienza di TV sa come si cerchi di comporre queste due esigenze antitetiche, con una serie di accorgimenti circa il linguaggio, la scelta del canale, dell'ora di trasmissione, del modo di presentare le cose e così via. Non è qui il caso di entrare in dettagli su questo tema. Ma vi ho accennato, per inciso, per rilevare come gli interventi di educazione sanitaria pongano una serie di problemi, che vanno attentamente studiati e risolti, con l'ausilio di chi si intende di queste cose, e che non possono essere oggetto di improvvisazione, fondata sulla presunzione di «conoscere» l'argomento dell'intervento.

5.

Naturalmente, anche l'educazione sanitaria – come ogni altro aspetto dell'educazione – trova la sua sede naturale e primaria nella scuola, di ogni ordine e grado. Da noi, purtroppo, in tale sede essa è stata fino a ieri (e potremmo dire fino ad oggi) completamente trascurata. In nessun paese civile questa carenza è così totale come in Italia. Nelle nostre scuole si imparano tante cose (della cui utilità non è qui il luogo di discutere), ma si possono raggiungere i più alti gradi della istruzione senza sapere nulla del nostro corpo, delle sue esigenze, delle cause innumerevoli che attentano in mille modi alla nostra salute fisica e psichica, e quindi del modo di difenderci da esse.

E' questo il primo impegno dell'educazione sanitaria, quello di preparare degli insegnanti che sappiano educare *anche sanitarmente* le nuove generazioni. Noi abbiamo affrontato questo problema con una serie di iniziative e soprattutto con gli annuali «Corsi estivi di educazione sanitaria» (ai quali hanno partecipato numerosissimi insegnanti elementari e medi) e con alcuni Convegni in cui si sono dibattuti alcuni temi specifici, come il ruolo dell'insegnante elementare, la divisione dei compiti fra i diversi insegnanti nella scuola media dell'obbligo e la parte spettante ai medici ed in particolare al servizio medico-scolastico in questo compito essenziale per la formazione di una coscienza sanitaria nella popolazione.

Senza entrare in particolari, emerge dalla esperienza mondiale in questo campo che – trattandosi della difesa della salute – l'iniziativa e la prima responsabilità ricadono fatalmente anche qui sulle strutture del servizio sanitario, che debbano fornire al corpo docente i necessari contenuti (e molto spesso anche gli orientamenti metodologici speci-

fici ed i sussidi didattici adatti allo scopo).

Inoltre, è chiaro che la scuola non basta; sia perché i risultati dell'intervento scolastico si potranno rilevare soltanto dopo diversi anni, sia perché gli stessi scolari sono oggi investiti da un gran numero di informazioni extrascolastiche, spesso più incisive e penetranti di quelle scolastiche, specie ad opera dei mezzi di comunicazione di massa.

6.

Da tutto ciò deriva la necessità che i servizi sanitari siano organizzati *anche sotto il profilo dell'educazione sanitaria*. E, come in tutti gli altri settori del servizio, una tale organizzazione, per essere efficiente, deve prevedere diversi livelli, dal centro alla periferia.

A *livello centrale* – come già è stato fatto in tutti i paesi più progrediti nella organizzazione dei servizi sanitari – occorre un organo che affianchi e si integri con gli altri organi centrali del servizio; occorre cioè un Istituto Nazionale per l'Educazione Sanitaria. Tale Istituto dovrebbe avere il compito di:

- assicurare gli scambi internazionali ed interregionali di informazione, di materiale e di personale;
- allestire e curare il continuo aggiornamento di un Centro di documentazione (con Biblioteca, Archivio e Schedario bibliografico) a disposizione di tutti gli operatori in educazione sanitaria;
- contribuire alla preparazione del piano sanitario nazionale (in tutte le sue fasi) ed alla valutazione del fabbisogno effettivo di servizi sanitari (anche a mezzo di opportuni sondaggi per il tramite delle Unità Sanitarie Locali);
- curare la preparazione del piano di sviluppo dell'educazione sanitaria nel quadro del piano sanitario nazionale, assicurandone il necessario collegamento con i piani

- di sviluppo dell'educazione permanente;
- predisporre degli schemi orientativi per i programmi regionali e per gli interventi a livello locale, sempre nel campo dell'educazione sanitaria;
- predisporre i criteri di valutazione della efficacia degli interventi educativi (anche a mezzo di indagini campionarie e di esperimenti comparativi);
- curare la realizzazione di campagne nazionali di educazione sanitaria, valendosi dei mezzi di comunicazione di massa ed in particolar modo della RAI-TV;
- produrre materiale educativo, stampato, fotografico o registrato (con particolare riguardo alla produzione di films e filmine), di «sketch» radio-televisivi;
- produrre, per iniziativa propria o su commissione del S.S.N. ai diversi livelli, materiale educativo vario, sia a scopo sperimentale che operativo, nonché esprimere pareri – su richiesta degli Enti interessati – su materiale predisposto da terzi;
- preparare il personale specializzato per i diversi livelli, curando o promuovendo l'organizzazione di corsi para-universitari per la formazione degli educatori sanitari e predisponendo programmi e sussidi didattici per corsi di breve durata da svolgersi a livello regionale;
- curare l'organizzazione di brevi corsi di orientamento e specializzazione per operatori sanitari, di convegni e dibattiti e di altre manifestazioni culturali, sempre nel campo dell'educazione sanitaria;
- infine svolgere opera di consulenza e sperimentazione nell'interesse del S.S.N. e dello sviluppo scientifico e metodologico dell'educazione sanitaria.

Detto Istituto dovrebbe affiancarsi, come si è detto, agli altri Istituti centrali che si occupano di problemi sanitari e stabilire con

questi stretti rapporti di collaborazione. Allo stato, il principale di essi è l'Istituto Superiore di Sanità, ma funzioni non meno importanti dovrebbe svolgere l'Istituto Regina Elena per la lotta contro i tumori e l'Istituto dell'ENPI di Monteporzio Catone per i problemi dell'Igiene del lavoro. Altri se ne potrebbero aggiungere, al centro del S.S.N., quali organi tecnici del Ministero della Sanità ed a disposizione di tutto il S.S.N., ai suoi diversi livelli, come di fatto già avviene in altri Paesi dove esiste un Servizio Sanitario Nazionale.

7.

A *livello regionale* l'educazione sanitaria deve trovare la sua collocazione nella direzione sanitaria del Governo regionale, al quale spetta la programmazione e l'organizzazione unitaria di tutti i servizi sanitari della Regione, articolati nelle U.S.L.

A questo livello, coerentemente alle funzioni affidate dalla Costituzione all'istituto regionale, anche l'educazione sanitaria deve svolgere essenzialmente una funzione metodologica, programmatica e normativa, e solo eccezionalmente operativa. Alla regione dovranno giungere alcune indicazioni dallo Stato e dal programma nazionale e in esse dovranno confluire le esigenze di base raccolte dalle U.S.L. Dalla Regione, poi, verranno a queste ultime le linee generali dell'azione, l'assistenza tecnica ed il materiale educativo, per gli interventi sulla popolazione nel suo complesso o su gruppi particolari di cittadini o di lavoratori.

Infine, alla Regione spetteranno compiti di ricerca (su temi particolari di livello regionale), di formazione ed aggiornamento del personale, medico e non medico, che deve operare nelle U.S.L., e di allestimento di materiale educativo adatto alle necessità dei

servizi delle U.S.L. della Regione.

8.

Dove, però, si concreteranno – salvo casi eccezionali – gli interventi di educazione sanitaria sarà a *livello locale*, vale a dire nell'U.S.L., centro operativo di tutte le attività sanitarie di base. E' qui che l'educazione sanitaria – intesa come intervento *capillare, continuo, globale e integrato nel servizio sanitario* – diviene la premessa e l'alimento di un servizio sanitario efficace e rispondente a quei principi che hanno ispirato la creazione del S.S.N. nel nostro Paese.

Capillarità, continuità, globalità, integrazione significano presenza costante dell'educazione sanitaria in tutte le prestazioni sanitarie, siano esse preventive, curative o riabilitative, siano esse domiciliari o ambulatoriali oppure ospedaliere, siano esse offerte da personale medico o infermieristico o tecnico o di assistenza sociale. È necessario che il cittadino, il lavoratore, sano o malato che sia, *senta* la sua parte di responsabilità nella difesa della sua salute, si renda con-

to di ciò che vien fatto per lui e di ciò che avviene in lui, assuma il suo ruolo in collaborazione con chi si occupa del suo caso e contribuisca, così, alla sua soluzione. È questa la «coscienza sanitaria» di cui si parlava all'inizio di questo capitolo ed è questa – è bene ripeterlo – la chiave di volta del S.S.N. Senza questo collegamento intimo del Servizio con la popolazione non si avrà mai un servizio sanitario moderno e democratico e non sarà mai possibile una reale difesa della salute, individuale e collettiva. Perché la difesa della salute comporta scelte politiche, alle quali tutta la popolazione deve essere interessata, e perché un atteggiamento autoritario da parte degli operatori sanitari e di acquiescenza passiva da parte dei cittadini non consentono la rivalutazione dell'uomo, come soggetto del sistema, e la subordinazione della stessa nostra società alle sue esigenze primarie.

È a questo livello che si rovescia l'impostazione del problema; è a questo livello che la riforma sanitaria e la creazione del S.S.N. assumono il loro vero significato.