

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, stà 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.