

QUALE MESSAGGIO DALL'8° CONFERENZA IUHPE?

I molti interessanti contributi che sono stati presentati all'ottava Conferenza IUHPE che si è svolta a Torino dal 9 al 13 settembre 2008 hanno delineato un quadro della Promozione della Salute fortemente caratterizzato dalla speculazione teorica ma con scarsissimi esempi di attuazione pratica, da un coinvolgimento assai limitato di persone e dall'assenza quasi completa di prove alla base delle affermazioni che vengono presentate.

Il punto centrale di tutta la promozione della salute è la necessità di riconoscere la presenza di disuguaglianze, di individuarne i determinanti e di proporre azioni capaci di correggerle. E' innegabile che alcuni Paesi godano di una situazione economica assai più favorevole di altri per cui parliamo di Paesi svantaggiati o depressi, che alcuni gruppi sociali manchino delle risorse economiche indispensabili per la stessa sopravvivenza, per cui parliamo di gruppi svantaggiati. Va però osservato che alcuni dei Paesi in cui la povertà è maggiore sono quelli con maggiori ricchezze naturali e che il problema non è quindi quello del Paese di appartenenza, ma piuttosto del gruppo di appartenenza. Ma questo dato innegabile deve portarci immediatamente a chiederci che significato ha parlare di diseguità nel soddisfacimento del bisogno di salute in termini di classi, di gruppi e non piuttosto di individui. La riflessione antropologica rigorosa e ben documentata di Guerci ha evidenziato quanto sia ingannevole ragionare in termini di gruppi o di classi, perché ogni individuo è differente dagli altri per cui si dovrebbero fare tanti classi quanti sono gli individui, vale a dire oltre 6.500.000.000 e ragionare in base a questi. Ne deriva che ogni ragionamento sulla promozione della salute e la lotta alle diseguità parte da presupposti ideologici funzionali a chi lo presenta, ma non a chi ne è oggetto. Gli stessi concetti di bello e di buono sono profondamente diversi in tempi ed in ambiti diversi. Lo ha ben illustrato una diapositiva in cui l'uomo primitivo emaciato stava in atteggiamento adorante davanti a una donna che definire obesa sarebbe limitativo, in confronto all'uomo di oggi fortemente soprappeso in adorazione di fronte a una donna longilinea dalle splendide curve ben disegnate. I bisogni delle persone sono diversi e offrire a tutti le stesse risposte per un senso di uguaglianza costruito da noi e su di noi è una delle cose più ingiuste che in campo sociologico possano essere fatte.

Molti dei ragionamenti partono dal presupposto che i fattori economici siano gli unici che contano, proprio quello a cui la promozione della salute si oppone quando denuncia l'ingiustizia nella distribuzione della ricchezza. Eppure è sotto gli occhi di tutti la mancanza di benessere in esponenti delle classi economicamente più favorite. Già i nostri vecchi dicevano che non sono i soldi a dare la felicità. Oggi potremmo aggiungere che quel che conta non è tanto quanti soldi abbiamo, ma come sappiamo utilizzarli. Questo introduce una importante correzione alla visione puramente economica del problema delle disuguaglianze di salute, quella del fattore culturale che è di gran lunga il più importante. La prova più evidente è costituita da quelle persone che fanno voto di povertà, che in ogni epoca della storia e in ogni regione hanno scelto di vivere da soli e in comunità, con risorse economiche spesso ai limiti del minimo vitale per realizzare il loro ideale di vita in base a una scala di valori in cui le risorse economiche si collocavano all'ultimo posto. E qui cadiamo anche noi nel pericolo di ragionare il termine di classi, di gruppi, quasi che nell'ambito delle stesse comunità monastiche non vi fossero profonde differenze fra individuo e individuo in termini di benessere e in definitiva di valutazione della propria salute. Proprio la riflessione sulle comunità monastiche introduce un terzo parametro di valutazione che è quello sociale. Pur nella loro assenza di ricchezze individuali tali comunità godevano di un grande apprezzamento sociale, erano sostenute e apprezzate dalla generalità delle persone in mezzo alle quali vivevano. Ecco allora che non è tanto la situazione economica che definisce la salute, il benessere della persona, quanto piuttosto il suo potere che è qualcosa di molto più complesso, al quale la disponibilità di mezzi materiali concorre, ma che trova fondamento maggiore nella cultura della persona, cioè nella capacità di valutare le situazioni, di costruire scale di valori, di indirizzare le proprie scelte sulla base delle conoscenze che non sono solo frutto dell'apprendimento, ma in gran parte dei modelli e delle esperienze fatte sin dalle prime età infantili nell'ambito della famiglia. E' quello che i filosofi chiamavano l'educazione

dei sentimenti dalla quale scaturisce il potere di essere in pace con se stessi, anche di “sopportare i colpi e i dardi di una oltraggiosa sorte” come dice Shakespeare. Ma vi è un'altra componente essenziale del potere che è quello sociale vale a dire dall'essere riconosciuto come valore dagli altri, proprio quello che viene spesso a mancare al malato quando viene ridotto a oggetto di cure invece che riconosciuto artefice del proprio benessere grazie al sostegno e alle cure dei medici e degli infermieri, ma anche artefici del benessere dei medici e degli infermieri che si realizzano nel dar loro le cure di cui abbisognano. La componente sociale del potere è quella che consente a molti politici che pur conducono una vita molto stressante di mantenersi in attività e in pieno benessere a una età in cui molti sognano solo la pensione e il riposo.

Ecco allora che nella promozione della salute, che significa la costruzione del benessere fisico, psichico, sociale e spirituale della persona, l'empowerment, come definito dalla Carta di Ottawa, diventa essenziale.

Le disuguaglianze di salute che nella lezione di Vicente Navarro trovavano la loro ragione in fattori economici e si riferivano a classi, molto correttamente nella relazione veramente magistrale di Abel sono inquadrare il rapporto anche a fattori culturali e sociali.

Si è molto parlato di diritto alla salute, molto meno si è ricordato il dovere alla salute. Eppure l'uno e l'altro sono del pari componenti essenziali. I diritti da soli sviliscono la persona che dipenda da altri per il soddisfacimento di questi. L'accento sui diritti nasce dal mettere la centro l'istituzione che tali diritti deve soddisfare. E' figlia di una visione che nasce storicamente dalla Rivoluzione Francese, anche se individuabile in nuce in eventi precedenti, che riconosce nei diritti qualcosa che si è ottenuto con la lotta strappandola a chi tali diritti negava. L'accento sui doveri nasce dal mettere al centro la persona che è artefice del benessere proprio e degli altri, che si realizza pienamente nel suo essere homo faber ed è il frutto della visione cristiana, ma anche di altre fedi religiose, della vita dell'uomo fatto a immagine di Dio, ricco di ogni potenzialità, come Dio responsabile del bene di tutti (gratuitamente avete ricevuto, gratuitamente date):

E' una distinzione che ha un grosso peso nelle scelte delle priorità di azione, ma non dovrebbe averne alcuna nel disegno complessivo della promozione della salute. La logica dei doveri vede al centro l'impegno negli stili di vita che sono responsabilità dell'individuo che costruisce il proprio benessere con scelte responsabili nell'alimentazione, nell'uso di alcool, fumo, droghe, farmaci, nell'esercizio fisico per quanto riguarda l'aspetto fisico, ma con scelte del pari importanti in ambito psichico e sociale per quanto riguarda la costruzione delle scale di valori e l'attenzione per gli altri. Ma intorno a tale nucleo centrale basato sui doveri vi è l'ambiente il cui l'individuo vive, lavora, si muove ogni giorno della sua vita. L'ambiente è dominato dalla logica dei diritti, la tutela della propria sicurezza, la protezione da tutti i fattori esterni avversi a cui si trova esposto. Sta ai singoli, ma ancora più all'Istituzione garantire questa sicurezza e questa protezione come espressione del contratto sociale che è alla base dell'esistenza stessa della società.

Nucleo centrale e mantello esterno sono entrambi essenziali, l'uno non può vivere senza l'altro come in una cellula nucleo e citoplasma. Non vi è necessariamente contrapposizione fra i due approcci anche se alla loro base vi è una differente visione politica. Gunnar Agren dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica Svedese lo ha chiaramente affermato quando ha ricordato come nel passaggio da un governo di centro sinistra a uno di centro destra in Svezia alle ultime elezioni si è iniziato ad agire più sulle persone, più sul versante educativo che su quello normativo e sulle strutture, ma senza che ciò portasse a cambiamenti nella promozione della salute, perché la salute non ha colore politico.

E' importante ricordare che ogni essere umano è allo stesso tempo individuo, persona e cittadino e i tre termini indicano tre aspetti che sono rispettivamente quello fisico, quello mentale e quello sociale. Se salute è il benessere di tutte le tre componenti, l'attenzione deve sempre essere comprensiva di tutti questi aspetti.

In molti interventi l'accento è stato posto sui determinanti sociali della salute ai quali viene attribuita una valenza presentata come verità rivelata non discutibile. Ma vi sono prove scientifiche delle molte affermazioni che vengono fatte in tale campo? Giuseppe Costa con grande rigore ha

dimostrato che tale evidenza scientifica manca. Se, come ha illustrato Erio Ziglio la sorte di una persona è già determinata al momento della nascita per cui per la fascia più elevata il punto di arrivo a 60 anni è la possibilità di godersi i nipoti e dedicarsi ai viaggi, per quella più svantaggiata è la morte è evidente l'importanza di agire il più possibile a monte, sulla famiglia, perché le nuove generazioni abbiano più eque possibilità.

Disequità e disuguaglianza non sono la stessa cosa. La prima ha un significato morale più che economico e si riferisce alle possibilità di vivere una vita significativa, la seconda è in gran parte riferita a fattori economici, ma non solo a quelli e non ha di per se stessa alcuna valenza morale. La disuguaglianza in natura è un fattore favorevole perché è la fonte delle forze che muovono il mondo. E', in campo di salute, il gradiente sociale di cui ha parlato Sarah Wamala, un esempio vivente col suo nome, col colore della sua pelle e con la sua posizione nella direzione della salute pubblica svedese di come non l'essere tutti uguali, ma piuttosto fornire a tutti uguali possibilità sia il traguardo a cui si deve tendere.

L'importanza dell'aspetto culturale è testimoniata dalla esistenza nei sistemi sanitari dei vari Paesi di tre modelli che sono stati illustrati da Owen Metcalfe, quello liberale, del quale è espressione il sistema del Regno Unito, attento in particolare alla sostenibilità, quello corporativo adottato anche in Italia incentrato più sui diritti che sui doveri e quello socio democratico dei Paesi scandinavi centrato sull'uomo e sul suo empowerment.

Un momento particolarmente significativo della Conferenza, in vista della istituzione del centro Europeo CIPES-IUHPE per i Paesi del bacino del Mediterraneo e dell'Europa Orientale avrebbe dovuto essere la plenaria pomeridiana del 10 settembre dedicata alle esperienze di promozione della salute in tali Paesi. Gli sforzi dei moderatori non sono riusciti a contenere la straripante eloquenza in particolare dei delegati dell'Egitto e della Palestina poco rispettosi dei temi e dei tempi assegnati, dell'uditorio e della stessa moderatrice Israeliana Diane Levin Zamir. Un chiaro esempio di quanto ci sarà da fare per il Centro Europeo di Torino.

Nato in Finlandia nel 2005 con un Convegno Internazionale ad esso dedicato, il progetto Salute in tutte le Politiche che è stato adottato da 27 Paesi dell'Unione Europea a Roma col documento del 18 dicembre 2007 dovrebbe sottolineare l'importanza del coinvolgimento di tutti per realizzare il benessere di ognuno, pur mantenendo ogni figura professionale i propri specifici compiti. Non si tratta di far fare alla gente cose differenti pensando alla salute, ma di fare tutti il proprio lavoro pensando solo a quello, ma ben consapevoli che ognuno di noi nel suo specifico operare è artefice del benessere di tutti. Lo ha ben sottolineato John Davies nella plenaria del mattino del 12 settembre, frenando il pericoloso atteggiamento di qualcuno che in questo progetto vede una possibilità di ampliare le proprie competenze e il proprio potere.

In questa ottica deve essere ben chiaro il ruolo centrale che deve essere svolto dal Presidente del Governo nazionale come di quello Regionale in ogni Paese. La bella lezione della Presidente Bresso nella seduta inaugurale della Conferenza è stata la migliore dimostrazione di come la Regione Piemonte abbia pienamente recepito il messaggio.

Il grande impegno della nostra Regione che da un lato ha reso possibile la Conferenza e la realizzazione del Centro Europeo CIPES-IUHPE a Torino e dall'altro ha posto le basi per una effettiva promozione della salute avviando i profili di salute, è stata testimoniata in due sessioni: una moderata dagli Assessori Migliasso e Artesio, l'altra, quella conclusiva, in cui il Direttore Demicheli ha illustrato l'attività dell'assessorato per la preparazione dei profili di salute come premessa per la costruzione di un piano sanitario che risponda pienamente alle esigenze della promozione della salute e l'Assessore Artesio ha sottolineato l'importanza di andare oltre al dire che cosa si deve fare per costruire il benessere dei cittadini per cercare come farlo, dimostrando di superare ogni visione puramente burocratica e orientata all'istituzione in favore di una visione orientata alla persona.

Colpiva nella relazione di Demicheli il lungo elenco di istituzioni e organismi coinvolti nella preparazione dei profili di salute ma l'assenza di ogni accenno ai medici di famiglia e agli ordini dei medici. Va bene superare l'identificazione della salute con la sanità, va bene evidenziare il ruolo di

tante persone e organizzazioni non sanitarie per costruire la salute, ma dimenticare il ruolo centrale che il medico di famiglia ha per promuovere corretti stili di vita, per sostenere psicologicamente i propri malati, per dare valore alle persone vuol dire trascurare la più importante risorsa nella costruzione del benessere delle persone e della comunità. E' la conseguenza di una visione orientata all'ambiente e alla istituzione, non alla persona. Le banche dati sono preziose per le informazioni che possono fornire nel delineare un profilo di salute, come l'autopsia è preziosa per fare una diagnosi corretta di una malattia, ma con tutti i suoi limiti un buon medico di famiglia che conosce e ama le persone di cui si fa carico è meglio di un buon anatomico-patologo per creare il benessere dei suoi assistiti.

Va bene porre attenzione ai trasporti, ai luoghi di lavoro, alla scuola e alle normative che regolano tutti questi settori, ma quanto più importante a porre attenzione alle famiglie per assicurare loro non solo le necessarie risorse economiche, ma ancor più quelle educative e sociali.

Forse è vero che molti medici sono più interessati alla diagnosi e alla cura delle malattie, ma un vero medico conosce i suoi assistibili, gode della loro fiducia ed è in grado di aiutare e consigliare e questo serve a produrre salute. Se siamo veramente interessati a promuovere la salute dovremmo superare tanti pregiudizi e cercare di coinvolgere di più i medici e il loro ordine professionale.

In questi giorni abbiamo visto persone che si riempivano la bocca di citazioni del Dalai Lama, ma nessuno ha ricordato i Santi sociali che tanto hanno fatto a Torino per il benessere dei cittadini. Forse ciò è dovuto al fatto che il Dalai Lama parlava mentre quelli agivano. Quando l'assessore Artesio diceva di porre attenzione non solo al che cosa , ma al come, forse si riferiva proprio a questo.

Prof. Luigi Resegotti
Presidente Comitato scientifico CIPES Piemonte