

# EDITORIALE

---

di Giancarlo Pocetta

Dei tanti modi possibili per scrivere l'editoriale di apertura a questo di *Salute e Società* ho scelto quello di dedicare queste note alla Carta di Ottawa. Questo documento, promulgato dall'OMS nel 1986, è il primo che sistematizza i contenuti della promozione della salute, indicando i prerequisiti e le strategie delle politiche per la salute orientate in senso promozionale. Le citazioni di questo documento sono tante e tali nella letteratura scientifica, nella pubblicistica e nel linguaggio corrente di chi si occupa di salute che quando si parla di promozione della salute l'associazione di questa con la Carta di Ottawa è pressoché scontata (forse anche grazie all'efficace rappresentazione grafica che ne è stata data). Da qui l'idea di celebrare, magari anticipando un po', il 18<sup>mo</sup> compleanno della Carta e attraverso di essa anche quello della stessa promozione della salute. L'editoriale presenterà alcune riflessioni su tre punti critici che, a mio avviso, hanno caratterizzato la crescita della promozione della salute: il mutamento di scenario politico in cui si colloca oggi la promozione della salute, il ruolo degli attori sanitari nella promozione della salute, il rapporto tra promozione della salute ed educazione alla salute. In questa breve discussione costanti saranno i riferimenti alla situazione italiana; mi è sembrato utile per dare una dimensione di concretezza a quanto detto. Infine, i riferimenti testuali alla Carta di Ottawa sono lasciati nella lingua di origine; si tratta di una scelta fatta nella convinzione che una traduzione difficilmente sia in grado di salvaguardare i significati originari di queste affermazioni. Una delle accuse che più spesso vengono rivolte all'OMS è quella di produrre delle dichiarazioni formalmente impeccabili ed estremamente attraenti nei loro contenuti ma troppo teoriche, poco calate nella pratica quotidiana dei cittadini e, soprattutto, dei servizi che, a vario titolo, si occupano di salute. Non è certo intenzione di questo intervento fare una difesa d'ufficio dell'OMS quanto piuttosto discutere se, e in che misura, la teoria prodotta dall'OMS è diventata realtà (vita quotidiana, direbbero i *writers* dell'Organizzazione) e quali criticità vi si frappongono.

“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health”.

“Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities”<sup>1</sup>.

Cosa è la promozione della salute? Un “nuovo” intervento di sanità pubblica? Oppure, un modello di politica per la salute? Intorno a questo dilemma si è senza dubbio giocato molto del destino della promozione della salute. La seconda risposta è quella buona, almeno secondo la maggioranza dei tecnici che si occupano di questo argomento e, a partire da questo, si determina il primo punto critico. La Carta di Ottawa, e l’idea di promozione della salute che lì trova la sua enunciazione, è chiaramente il prodotto di una cultura della salute che pose allora, ma pone ancora oggi, grande attenzione alla salute come valore pubblico; con la conseguenza che la salute è stata assunta come una priorità in tutti i nostri sistemi di welfare. Si ritrova, questo, proprio nella dichiarazione di Ottawa là dove il primo tra i cinque “mezzi” attraverso i quali si realizza la promozione della salute è “*Build healthy public policy: [la promozione della salute] puts health on the agenda of policy-makers in all sectors and at all levels*”. Nei quasi 18 anni dalla Dichiarazione di Ottawa, il modello totalmente pubblico, di cui un’espressione è stato il nostro Servizio Sanitario Nazionale, è cambiato, non solo perché sono cambiati gli assetti istituzionali del governo della sanità, attraverso il decentramento prima ed il federalismo regionale poi, ma perché molti più attori, anche se non necessariamente nuovi, si sono affacciati sul grande palcoscenico della salute. In alcuni casi ciò è consistito in un rientro, vedi la ricollocazione al centro del sistema salute delle Amministrazioni Locali dopo il bagno di aziendalizzazione. In molti altri casi si è trattato della immissione di soggetti provenienti dal privato, profit e non, e dal volontariato. Questo pone all’azione di *building healthy public policy* svariati problemi che devono oggi essere affrontati. Alcuni sono problemi di ordine epistemologico: occorre cioè mettersi d’accordo sui significati da dare alla salute; altri riguardano l’equilibrio dei poteri nel campo della salute: il “potere” che deriva dalla rappresentanza politica vs il “potere” che deriva dalla competenza tecnica; altri sono più “banalmente” tecnici: come si organizzano (e chi ne è titolare) le informazioni che servono a definire i bisogni di salute ed a valutare gli impatti delle politiche su di essi?

Il secondo punto che propongo alla discussione può essere così posto. Dato che la promozione della salute: “goes beyond health care”, che fine fa l’*health care*? In altre parole, qual è il ruolo che il settore sanitario (attenzione: la Carta non specifica se pubblico o privato) deve svolgere ri-

1. “La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla”.

“La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche”.

spetto alla promozione della salute? Anche il settore sanitario, in tutti questi anni, è andato incontro ad un processo di progressivo incremento di complessità. Si può dire, prendendo semplicemente atto della realtà e senza essere accusati di sostenere questo o quello schieramento politico, che oggi il servizio sanitario pubblico è “uno” (certo, almeno da noi, ancora il più importante ma sempre più “uno”) degli attori in scena. Che significa allora, alla luce di questo processo, lo slogan della Carta, “reorienting health services”, che titola un’altra delle cinque strategie della promozione della salute? Il crescente ruolo dell’apporto privato al sistema salute, che non riguarda più solo la dimensione strettamente assistenziale, ma investe campi importanti della prevenzione (basti pensare a ciò che è successo dopo l’introduzione della 626 nel campo della prevenzione nei luoghi di lavoro) e della stessa educazione alla salute, chiama a riflettere su come responsabilizzare questi soggetti (*responsibility* è un’altra delle parole chiave nel linguaggio della promozione della salute) verso la salute – posto che il processo di “reorienting” non può esitare in mera cosmesi organizzativa, ma riguarda piuttosto la visione e la missione organizzative dei soggetti di cui stiamo parlando. Vale solo la pena di accennare al fatto che la questione si pone con tanta più forza in quanto la nostra amministrazione sanitaria centrale pare sempre più disponibile ad un allargamento dell’offerta sanitaria al settore profit.

Ma quale significato, bisogna anche chiedersi, assume il riorientare i servizi verso la promozione della salute per il settore pubblico? Un esempio per tutti. Il servizio sanitario pubblico dovrà diventare il, diciamo così, Robin Hood della sanità, come una certa interpretazione “leggermente” riduttiva dell’equità lascerebbe intendere? Oppure si può pensare che il servizio pubblico – attraverso la sua forma organizzativa più idonea per questo e cioè il Distretto Sanitario così come concepito dal Decreto 229 – pensi se stesso come il volano della promozione della salute nel territorio? La lettura dei Piani Sanitari Regionali (che sono quelli che fanno testo ormai nella politica sanitaria del nostro Paese, non se la prendano i ministeriali) sembrerebbe orientare in questa direzione se si prende per buona l’enfasi posta su due concetti che, a mio parere, costituiscono il cardine di questo secondo orientamento e cioè il concetto di “governo tecnico” e quello di “Piano-Patto per la salute”. Se quest’ultimo è lo strumento che lega teoria e pratica della promozione della salute a livello territoriale, il Distretto sanitario (ex 229) si propone come il soggetto più accreditato per svolgere il ruolo di leader nel processo di implementazione del Piano. E qui, tanto per non complicarsi l’esistenza, ritorna la questione, già posta, dell’equilibrio tra il “potere” tecnico e quello “politico”. Questione che appare però non risolta, tant’è che il Distretto sanitario langue oggi in una diatriba sterile tra chi lo vuole più “produttore” di servizi e chi lo vede più come “erogatore-coordinatore” di servizi prodotti dagli altri livelli dell’Azienda Sanitaria.

Ultimo punto, infine. Che rapporto va definito, nel passaggio dalla teoria alla pratica, tra “promozione della salute” ed “educazione alla salute”? Il nodo problematico qui è costituito dalla sovrapposizione tra questi due concetti. Una sovrapposizione più pratica, forse di comodo, che teorica poiché in questa sede le differenze sono certamente molto chiare. Nei Paesi del Nord Europa questa confusione è più evidente, ma anche nelle nostre Aziende Sanitarie non è infrequente imbattersi in servizi che si nominano come “di promozione e educazione alla salute” o solo “di promozione della salute”. Al di là tuttavia della confusione terminologica, ciò che è importante rilevare è che questa sovrapposizione penalizza tanto la promozione della salute che l’educazione sanitaria. Sarebbe importante invece far transitare, e questo è un interessante obiettivo formativo, l’idea che la dimensione educativa è il volano della promozione nel suo senso “abilitante”. Il processo educativo, attraverso l’acquisizione di consapevolezza, da parte dei cittadini, dei fattori che determinano la propria salute, dovrebbe favorire quel processo di partecipazione e di responsabilizzazione verso le politiche settoriali che, nel proprio contesto di vita, influenzano la salute. Educazione, responsabilità, partecipazione costituiscono dunque una triade imprescindibile per scongiurare il rischio di una via tecnocratica al governo ed all’amministrazione della salute.

Abbiamo visto come, nel suo percorso verso la maggiore età, la promozione della salute così come concepita nella Carta di Ottawa ha incontrato molte questioni problematiche che trovano un denominatore comune nella sua natura “politica”. Il mio giudizio è che il cammino per affrontarle e risolverle, almeno nel nostro Paese, sta oggi appena cominciando.

Buon compleanno, Ottawa Charter!