



Dagli schemi istituzionali classici alle nuove interpretazioni sociali sul fare Sanità: il ruolo delle Professioni Sanitarie della Prevenzione.

Dott. Stefano Sghedoni ¹

ABSTRACT

La medicina in occidente nasce e si evolve da istituzioni militari o di potere, questo ha contribuito nel tempo ad assegnare una impronta di “istituzione totale” alle organizzazioni sanitarie, tra cui anche quelle di sanità pubblica.

Il ruolo del Tecnico della Prevenzione si sviluppa da tali fattori costituenti, inglobandone e incorporandone il carattere egemonico e ciò, nel tempo, ha portato ad incrementare le attuali problematiche di deresponsabilizzazione degli utenti o, sempre più spesso, a meccanismi di rifiuto e ribellione verso le “imposizioni” conseguenti agli atti di vigilanza.

Pur essendo caratterizzato da molti ruoli, tutti coincidenti e a volte contrastanti tra loro, il Tecnico della Prevenzione moderno deve saper recuperare l’alleanza con il cittadino, riacquistando fiducia e autorevolezza.

IMPRONTA ISTITUZIONALE E ISTITUZIONALIZZANTE STORICA

La Medicina e la Sanità Pubblica si sono sviluppate da istituzioni religiose o politico-militari, queste origini spiegano il carattere fortemente egemonico esercitato nella storia dalla nostra “bio-medicina”, comprendenti atti per segregare e separare i malati dai sani ma anche per sequestrare e distruggere

¹ Tecnico della Prevenzione nell’Ambiente e nei Luoghi di Lavoro
Contatti: Stefano.sghedoni@tecnicodellaprevenzione.org

ciò che è ritenuto dannoso, nel tentativo di contenere malattie ed epidemie o reprimerne la diffusione, spesso cercando colpevoli da punire.

Il dualismo mente-corpo, generatosi dal sistema filosofico cartesiano, inoltre, ha fortemente influenzato l'ortodossia scientifica occidentale portando, nei secoli, alla massima "oggettivazione" della fisicità umana, cosicché il corpo è stato considerato un oggetto separato dalla mente e i "curatori" sono divenuti gli unici detentori dei saperi bio-medici, gli unici che potevano determinare e certificare lo status di "malato" o quello di "sano", coloro che potevano disporre come meglio credevano del corpo "malato", spesso confinandolo in luoghi ove il potere dei detentori della bio-medicina era assoluto, come lazzaretti, manicomi, ospedali, ecc.

Ripercorrendo, perciò, la storia della sanità e studiando la medicina da un punto di vista antropologico non si può non riscontrare un'origine da "istituzione totale", come definita nel secolo scorso dal sociologo Erving Goffman.

Tale visione ci fa comprendere, oggi, il carattere paternalistico ed estremamente tutelante, se non addirittura autoritario, della disciplina medica evolutasi soprattutto dal 18° secolo e affermata per buona parte del 20° secolo; le istituzioni mediche e sanitarie, in genere, dovevano occuparsi della salute dei "cittadini" in modo quasi assoluto, ponendo la persona a un livello di subordinazione, questo comportava da un lato una deresponsabilizzazione e una dipendenza totale dei "pazienti"/"cittadini", dall'altro un eccesso di autoreferenzialità degli addetti ai lavori (luminari, medici, psichiatri, ufficiali sanitari, vigili sanitari, sindaci, podestà, prefetti, magistrati, ecc.).

L'istituzione totale di Goffman non è solo caratterizzata da separazioni fisiche (come mura o recinti), ma anche virtuali, come regole rigide e inflessibili, spesso non motivate tanto da elementi oggettivi quanto da condizionamenti di potere, attraverso l'esercizio di un sistema di privilegi e punizioni accettati e messi in ruolo da ognuna delle parti in causa. I condizionamenti, anche solo di tipo psicologico o culturale, limitano le relazioni, causano incomprensioni, pregiudizi, paura, sudditanza e portano, perciò, a rispondere in modo subordinato, secondo aspettative culturali prefissate, o, all'estremo, a generare rifiuto, ribellione, sfiducia e abbandono.

La rigidità istituzionale che ne consegue porta anche alla staticità, sia da un punto di vista organizzativo che strutturale, causando una forte discrepanza tra la domanda e l'offerta dei Servizi, tra la necessità della società e le risposte delle istituzioni.

Su tutto ciò, si è dovuta interrogare la sanità degli ultimi 30 anni che, ancora oggi, sta operando per cambiare se stessa in una continua evoluzione per dare risposte in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza ma anche di umanizzazione, sensibilizzazione, partecipazione, coinvolgimento.

RUOLO IDENTITARIO, SOCIALE E PROFESSIONALE DEL TECNICO DELLA PREVENZIONE

In tali contesti, dunque, nascono e si evolvono tutte le professioni sanitarie, non solo quelle mediche o infermieristiche, ma anche quelle Tecniche della Prevenzione, ereditando un carattere istituzionale forte, incorporato nel sistema organizzativo-professionale plurisecolare.

E' in tale complessità politico-storico-sociale che si sono giocati, e si giocano tuttora, i ruoli rappresentati dai Tecnici della Prevenzione, in una molteplicità di relazioni dinamiche: tra essi stessi, tra loro e l'organizzazione a cui afferiscono, tra loro e il contesto politico-sociale in cui si muovono, tra loro e l'utenza/popolazione a cui si rivolgono o dalla quale vengono attivati.

Le dinamiche che regolano le rappresentazioni messe in gioco spiegano la complessità dei rapporti, a volte cordiali a volte conflittuali, che si generano nelle varie situazioni operative in cui i Tecnici della Prevenzione intervengono, sempre con l'obiettivo di garantire o tutelare la sicurezza e la salute pubblica attraverso azioni di prevenzione primaria.

Considerando le origini storiche, non ci si deve sorprendere del fatto che il contesto nel quale si chiede l'intervento delle istituzioni di sanità pubblica sia sempre quello originario, da "istituzione totale" che, anche se ormai non corrisponde più pienamente al modello in essere, è quello atteso dalle parti in causa. Infatti, coloro che attivano l'intervento dei Tecnici della Prevenzione si aspettano la certificazione di una difformità e un intervento punitivo o segregante, mentre coloro che sono oggetto di verifica si attendono la certificazione di uno status "sano" e quindi una legittimazione a proseguire la propria attività. Inutile dire che, poiché le situazioni riscontrabili non sono mai giudicabili come totalmente "sane" o totalmente "malate", entrambe le aspettative vengono spesso disattese, causando delusione e insoddisfazione nelle parti coinvolte.

Negli ultimi anni, inoltre, la crescente ostilità verso le istituzioni pubbliche e verso i loro rappresentanti, causate anche dalle pressioni di una politica populista in costante campagna elettorale, hanno aumentato processi di rifiuto e ribellione del cittadino che si pone spesso in posizioni conflittuali.

Considerata la complessità delle situazioni che si possono configurare nell'attuale assetto economico-sociale-politico sorgerebbe la necessità di intervenire con un ruolo di "assistenza", ove mettere in campo le competenze specialistiche in una posizione indipendente, super-partes e non autoritaria. Tale ruolo deve essere reinterpretato dai Tecnici della Prevenzione che, tuttavia, potrebbero essere costretti a gestire contemporaneamente ruoli differenti e contrastanti tra loro, poiché chiamati in ogni istante a cambiare "cappello" e a interpretare ora il ruolo dell'Ufficiale di Polizia Giudiziaria, ora quello del "certificatore", ora quello di "controllore" o "ispettore" per conto o dell'Autorità amministrativa o per conto di cittadini segnalanti e, infine, quello di "consulente" istituzionale nell'ambito dei rapporti tra l'istituzione politica e la cittadinanza.

ASPETTATIVE SOCIO-POLITICO-AMBIENTALI

Le trasformazioni di questo ultimo mezzo secolo complicano lo scenario sociale in cui ci si trova ad operare. Nelle dinamiche odierne, per usare la metafora teatrale del sociologo Goffman, non cambiano solo le scene o la disposizione del palco, ossia le ambientazioni in cui avvengono le rappresentazioni drammaturgiche, ma anche le parti degli attori si modificano durante l'interpretazione, gli stessi personaggi della scena mutano e con loro il pubblico: a volte è spettatore, a volte è attore, a volte è regista, a volte è tutte le tre cose assieme. Tutto ciò è dovuto ai fenomeni di globalizzazione e alla conseguente crisi dei sistemi economici, alla virtualizzazione dei confini politici e sociali, nonché all'accesso a maggiori quantità d'informazioni e notizie rispetto al passato, anche se non sempre corrispondenti alla realtà ma a volte incarnanti le paure sociali causate dall'inevitabile incertezza scientifica e dalla mancanza di riferimenti culturali adeguati.

Negli ultimi 30-50 anni, il sistema totalitario delle istituzioni sanitarie è implosivo e, seppur questo faccia parte di un processo di evoluzione e affermazione dell'identità sociale e delle responsabilità individuali sulla gestione della propria e altrui sfera di salute, richiede la ricostruzione di un rapporto tra società e medicina. Cresce, infatti, una inquietudine sociale a causa del fatto che non è più riconosciuto un ruolo egemonico alla bio-medicina, in grado di contrapporsi con forza alle numerose "voci di fondo" provenienti dal mondo virtuale dei media e dei social-network, ancora caratterizzato da "poteri assoluti", a cui attingono e di cui si servono spesso coloro che mettono in scena ciniche rappresentazioni drammaturgiche per catturare consensi, interpretare realtà artificiali o addirittura fasulle, utili solo ai propri scopi. Questo fenomeno comporta anche una difficoltà oggettiva a far comprendere, sia alla popolazione sia al decisore politico, l'incertezza di un rischio per la salute (ad

esempio il verificarsi o no di una pandemia influenzale), nonostante che oggi la comunicazione venga comunque affrontata in modo più strutturato e scientifico rispetto al passato.

A ciò si contrappone il processo moderno di cambiamento della sanità, in riferimento al concetto di salute come diritto, considerato dal punto di vista del paziente e non più del medico, che si sviluppa a partire dalla definizione di “salute” dell’OMS nel 1946 dando origine a riflessioni sempre più approfondite da parte delle nazioni verso una assistenza sanitaria primaria e una promozione della salute a livello mondiale. Nascono anche nuove visioni da parte degli stessi professionisti sanitari, che s’interrogano sempre più sui processi di guarigione e sui modi di esercitare la professione, attraverso i movimenti per l’Evidence Based Medicine, la sanità d’iniziativa focalizzata sulla prevenzione e non più sulla terapia e l’health literacy.

Le aspettative della società moderna sono molto cambiate rispetto al passato, il processo di “umanizzazione” delle cure (... e della bio-medicina) è stato spinto e voluto soprattutto dal basso, dai malati e dalle forze sociali che via, via, acquisivano maggiore consapevolezza e chiedevano maggiore trasparenza e accessibilità, la presa in carico del cittadino nel percorso di cura, una maggiore relazione comunicativa tra professionisti sanitari e cittadini, fino alla promulgazione di una carta europea dei diritti inalienabili del paziente, rivendicando il diritto di ogni cittadino a misure preventive, all’accesso dei Servizi Sanitari, all’informazione, al consenso, alla libera scelta, alla privacy, alla sicurezza, al rispetto di standard di qualità, ecc. Oggi si parla sempre più di cure “centrate sul paziente”, del “rafforzamento” della partecipazione del paziente (patient empowerment), del “paziente esperto” e consapevole, del paziente in grado di partecipare attivamente alle decisioni inerenti il proprio percorso di cura, corrispondendo ad una “rivoluzione del paziente e del cittadino” capace di coinvolgere, ormai, ogni campo della sfera sociale, assistenziale e sanitaria.

Riconoscendo al paziente il diritto e la capacità di fare scelte e assumersi responsabilità per le conseguenze delle proprie scelte, nel principio dell’autodeterminazione, si ricostituisce una dinamica di cooperazione tra paziente e operatore sanitario. Questa nuova partnership con pazienti e cittadini, afferma il concetto di “auto-efficacia”, ossia la convinzione del cittadino-paziente di riuscire con successo a svolgere azioni affini al proprio percorso di “cura” e quindi di essere pro-attivo partecipando con maggior convinzione e disponibilità alle “terapie” suggeritegli dagli operatori sanitari.

Tutto ciò offre grandi vantaggi, non solo in termini di accettazione e consenso da parte dei “pazienti”, ma anche nella rivisitazione interna del sistema sanitario il quale, con il supporto di una formazione

specifica per gli operatori, può contare su approcci più integrati tra le varie professionalità e competenze sanitarie, evitando pericolose frammentazioni disciplinari e, allo stesso tempo, riducendo le pratiche mediche ad alto rischio d'inappropriatezza.

Si deve considerare, però, che nello sforzo per consolidare il ruolo pro-attivo del cittadino, potrebbe sempre originarsi qualche fattore deviante. La relazione sanitario-cittadino, nonostante tutto, rimane una relazione asimmetrica, si può dar valore all'esperienza del paziente e al suo vissuto dal punto di vista dell' "illness", ma non è possibile pretendere una parità a livello di competenze, per cui potrebbe permanere il rischio che il paziente, invece di collaborare, svolga maggiori pressioni per ottenere prestazioni inappropriate o per rifiutare "trattamenti" efficaci, purtroppo, i recenti movimenti popolari per la "terapia stamina", antivax o i timori alimentati da altri allarmismi mediatici (es. meningite, mucca pazza, SARS, uova contaminate da fipronil, malaria, ecc.) sono esempi critici ed emblematici che evidenziano i rischi e i limiti di una tale asimmetria culturale.

In tutti i modi, i processi di "umanizzazione", "alleanza terapeutica", comunicazione efficace e semplificata, che mettono il paziente al centro del percorso di cura e riorganizzano i servizi sulle necessità e sui bisogni dei cittadini, (e non più sulle esigenze dei professionisti o delle istituzioni sanitarie), sono gli unici processi percorribili per recuperare quel rapporto di alleanza e fiducia incrinatosi nel tempo.

SVILUPPI POSSIBILI E CONCLUSIONI

Se si vuole veramente passare ad una Sanità d'iniziativa, centrata sulla persona e non più sulla malattia, è necessario focalizzarsi maggiormente sui bisogni della comunità, potenziando la prevenzione rispetto la cura.

E' un concetto semplice ma che costituisce comunque un cambio di paradigma rispetto alle originarie assunzioni bio-mediche, tuttavia anche il "fare" prevenzione, oggi, deve modificarsi, coinvolgendo maggiormente la cittadinanza sia nei processi di miglioramento degli stili di vita sia nelle politiche sanitarie, ma per fare ciò il cittadino deve essere maggiormente responsabilizzato e coinvolto, non solo nelle analisi dei bisogni e di assistenza ma anche nei percorsi di tutela della salute pubblica.

Tutti i concetti citati: patient empowerment, partnership, patient-centred healthcare, health literacy, ecc..., sono riportati in letteratura soprattutto in riferimento ai percorsi di assistenza e cura, ma sono tutti mutuabili e applicabili alla prevenzione, ossia quella parte della scienza, o arte, sanitaria che cerca d'intervenire prima della necessità di una "cure" o di una "care", poiché è evidente che in questi due

ultimi casi è già diagnosticata una “sickness” o una “disease” o una “illness”, e di conseguenza siamo di nuovo centrati sulla malattia e non più sulla persona.

In tale visione è auspicabile, quindi, una reinterpretazione del ruolo del Tecnico della Prevenzione, verso il nuovo sistema di assistenza sanitaria, attraverso il consolidamento di comportamenti individuali e organizzativi maggiormente in grado d’incarnare i cambiamenti culturali del mondo sanitario e le nuove esigenze sociali, al di là dei ruoli imposti dalle istituzioni storiche o assunti e interpretati dai singoli professionisti fino ad oggi.

CONCLUSIONI:

Nei precedenti paragrafi ho voluto mettere in luce quanto sia controproducente una linea autoritaria, egemonica e autoreferenziale, poiché, non dando possibilità di ascolto e di scambio, porta ad una netta separazione tra l’ “istituzione” e coloro che ne devono ricevere dei vantaggi.

L’eredità storica che anche le nostre istituzioni sanitarie hanno ricevuto, nei decenni passati hanno causato una forte separazione sociale tra le stesse istituzioni, i loro rappresentanti (medici, infermieri ma anche tecnici della prevenzione) e la popolazione civile a cui si dovrebbero riferire i servizi offerti (pazienti, cittadini, lavoratori, aziende, ecc...), la quale ha sviluppato nel tempo comportamenti di rifiuto e di sfiducia, ma dal lato opposto, anche comportamenti di totale dipendenza e deresponsabilizzazione. Ciò ha portato la cittadinanza a ruoli o di ribellione (comitati, gruppi di azione, black-blocks, complottisti, ecc...) o di dipendenza (<<... tu dimmi cosa devo fare e io lo faccio!...>>), e quindi di scarsa maturità sociale (incapacità di accettare il rischio, necessità di ottenere risposte ad ogni costo, incapacità di provvedere autonomamente alle proprie esigenze, ricerca continua di responsabili su cui fare cadere “colpe”, destrutturazione di Servizi, populismo, eccessiva influenza mediatica, ecc...). D’altro canto, le istituzioni hanno risposto con comportamenti autoritari, paternalistici e, in modo molto più grave, nascondendo all’opinione pubblica aspetti di rischio per l’incapacità di gestirne la comunicazione e per la convinzione che la popolazione non fosse in grado di comprendere e accettarne le inevitabili conseguenze, alimentandone ulteriormente i processi distruttivi che ne conseguivano.

A tale processo si oppongono le nuove aspettative socio-politiche, che portano alla visione di una sanità d’iniziativa, centrata sulle esigenze del cittadino e sulla necessità di compartecipazione responsabile ai processi sociosanitari, verso una maggiore autodeterminazione e autotutela.

Si aprono nuovi scenari, che coinvolgono i cittadini ma anche le istituzioni sanitarie, rivoluzionando il sistema che si è storicamente evoluto e imposto, ma anche rivedendo i ruoli interpretati dai professionisti sanitari, tra cui quelli dei tecnici della prevenzione.

Nasce perciò l'esigenza di un nuovo rapporto con il cittadino/paziente, che deve essere maturato anche tra i professionisti tecnici della prevenzione, accantonando il ruolo storico, egemonico, e reinterpretando un ruolo di "assistenza" e promozione della salute attraverso approcci più bottom-up, utilizzando linguaggi comprensibili e chiari, modalità di comunicazione assertiva e cercando un maggior ruolo attivo del cittadino, il quale deve responsabilmente saper gestire un percorso di tutela della propria e altrui salute in ogni ambiente di vita e di lavoro.

Il processo in corso non è naturale, poiché consiste in un cambio culturale profondo che dev'essere incorporato e necessita, perciò, di un adeguato percorso di accompagnamento favorito da tutti gli attori sociali, istituzionali economici e professionali, in partnership tra loro.

Il gap culturale deve essere colmato da adeguate politiche sociali e sanitarie, da idonei percorsi formativi del personale sanitario attivo e da una buona formazione universitaria degli studenti afferenti alle Scuole di Scienze della Salute Umana, ma anche da idonee campagne formative-informative sulla popolazione, attraverso l'istruzione primaria e secondaria, convegni e focus-group, sviluppando e implementando la comunicazione efficace, l'appropriato utilizzo dei sistemi di comunicazione sociale (media, social-network, siti web istituzionali, ecc.), il coinvolgimento dell'imprenditoria e della politica.

BIBLIOGRAFIA

- Chiarenza, A. (2013). *Il ruolo dei servizi sanitari nello sviluppo della Health Literacy*. Tratto il giorno Marzo 2014 da <http://www.ausl.re.it>
- Cittadinanzattiva. (2002). *Carta Europea dei diritti del malato. (C. attiva, A cura di)* Tratto il giorno Aprile 1, 2014 da <http://www.cittadinanzattiva.it/corporate/europa/1955-carta-europea.html>
- Cittadinanzattiva. (2012). *Premio Alesini - Buone pratiche per l'umanizzazione delle cure*. Tratto il giorno Aprile 15, 2014 da http://www.cittadinanzattiva.it/files/progetti/salute/buone_pratiche_alesini/2012/bando_alesini_2012.pdf
- Comodo, N., & Gavino, M. (2002). *Igiene e Sanità Pubblica: manuale per le professioni sanitarie*. Roma: Carocci Faber.
- Epicentro - Istituto Superiore Sanità. (s.d.). *Come comunicare l'incertezza*. Tratto il giorno Aprile 19, 2014 da www.epicentro.iss.gov.it/focus/flu_aviarica/De%20Hei4.pdf
- Geddes, M. (2013). *L'ospedale del futuro*. SaluteInternazionale.info.
- Giordano, V., Granata, A., Savoia, F., Palladino, R., Lanzetta, R., Carillo, E., et al. (2012). *Un'esperienza di epidemiologia partecipata. Il caso di San Giuseppe Vesuviano*. Napoli: SaluteInternazionale.info.
- Goffman, E. [1968]. *Asylums, Le istituzioni totali* (2001 ed.). Einaudi.
- Goffman, E. [1969]. *La vita quotidiana come rappresentazione* (1997 ed.). Il Mulino.

- *International Alliance of Patients' Organizations. (2007). What is Patient-Centred Healthcare?*
- *Maciocco, G. (2013). The patient revolution. Firenze: SaluteInternazionale.info.*
- *Ministero della Salute. (2006). Un New Deal della Salute. Linee del programma di Governo per la promozione ed equita' della salute dei cittadini. In L. Turco (A cura di), Audizione del Ministro della Salute Livia Turco alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati. Roma.*
- *Pagliacci, D. (2012). Nothing about me, without me. Livorno: SaluteInternazionale.info.*
- *Pegna, A. L. (2013). Sui diritti del paziente. E sul decalogo di Veronesi. Firenze: SaluteInternazionale.info.*
- *Penna, A., Croso, A., Tedesco, A., Colongo, C., Miola, S., Trevisan, P., et al. (2010). Ospedale:porte aperte. ASL Biella, Regione Piemonte.*
- *Pescosolido, B. A., & Kronenfeld, J. J. (1995). Health, Illness, and Healing in an Uncertain Era: Challenges from and for Medical Sociology. Journal of Health and Social Behavior , 35, 5-33.*
- *Pizza, G. [2005]. Antropologia medica (2013 ed.). Roma: Carocci Editore.*
- *Quadrino, S. (2013). Dalla rivoluzione all'alleanza competente. SaluteInternazionale.info.*
- *Rossi, G. (2013). Un secolo di vigilanza sugli alimenti: dal Vigile Sanitario al Tecnico della Prevenzione. Photocity Edizioni.*
- *Unione Personale Ispettivo Sanitario d'Italia - Associazione rappresentativa Tecnici della Prevenzione. (s.d.). Tratto da Sito web U.N.P.I.S.I. : www.unpisi.it*
- *Vaccani, R. (1991). La sanità incompiuta. Roma: NIS.*
- *Vaccani, R. (2012). Riprogettare la sanità. Roma: Carocci Faber.*
- *Venero, S. (2013). La Rivoluzione del paziente cittadino. Bologna: SaluteInternazionale.info.*