

Chiara Di Girolamo, Alice Fabbri, Chiara Bodini, Ilaria Camplone, Ardigò Martino



E' necessario un cambiamento culturale volto a riconsiderare il ruolo del medico, che da semplice "tecnico del corpo umano" deve diventare soggetto attivo nella promozione e protezione della salute.

"Non esiste una cosa denominata neutralità dell'educazione: non c'è dubbio che la dimensione educativa è, per sua natura, politica".

Paulo Freire

Nel mondo medico e scientifico, e non solo, si sente sempre più spesso parlare di determinanti sociali e disuguaglianze in salute; quasi quotidianamente vengono pubblicate analisi raffinate e approfondite che mettono in luce quanto le società siano diseguali negli esiti in salute. D'altra parte, però, pochi sono fino ad oggi gli studi che si sono spinti oltre l'analisi, individuando e studiando gli attori e i luoghi chiave della produzione delle disuguaglianze, entrando nel terreno più scomodo delle soluzioni e delineando azioni concrete che possano essere intraprese sia a livello internazionale che locale. Inoltre, anche se da più parti (basti pensare al rapporto "Closing the gap" della Commissione sui Determinanti Sociali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità)[1] è stato sottolineato il ruolo chiave degli operatori sanitari nella lotta alle disuguaglianze, sono ancora rare le prese di posizione e le strategie concrete messe in atto da singoli o da associazioni di categoria.

Un recente tentativo di trasferire la teoria nella pratica quotidiana dei professionisti sanitari viene dall'inglese Royal College of Physicians (RCP), che nel giugno scorso ha pubblicato un documento di indirizzo dal titolo "How doctors can close the gap"[2].

Nel testo, dopo un'introduzione in cui si richiama la teoria dei determinanti sociali di salute e si ribadisce con forza come le disuguaglianze siano evitabili, vengono raccomandate

specifiche azioni per contrastarle. Una particolare attenzione viene riservata al tema dei cambiamenti climatici, che mettono a rischio la salute di tutta la popolazione, ma che sono sempre più chiamati in causa come determinante “sociale” in quanto il loro impatto negativo è maggiore nelle fasce più vulnerabili.

Il documento non solo definisce strategie concrete, chiare e puntuali, perfettamente calate nel contesto sanitario inglese, ma indica anche gli attori istituzionali responsabili della loro attuazione, individuando nei medici la chiave di volta. **Le raccomandazioni seguono tre assi di intervento, promuovendo un cambiamento culturale, strutturale e della formazione.**

Cambiare le prospettive

Contrastare e ridurre le disuguaglianze richiede un approccio complesso, capace di prendere realmente in considerazione tutti i fattori che influiscono sulla salute della popolazione. E', quindi, necessario, da un lato **un cambiamento culturale volto a riconsiderare il ruolo del singolo medico, che da semplice “tecnico del corpo umano” deve diventare soggetto attivo nella promozione e protezione della salute, anche attraverso la lotta alle disuguaglianze.** Dall'altro, è richiesta un'attiva collaborazione e una forte interazione tra i professionisti appartenenti ai settori sanitari e sociali, per sviluppare insieme, grazie alla condivisione di informazioni ed esperienze, efficaci strategie di contrasto.

Per raggiungere questi obiettivi, il RCP raccomanda che i professionisti sanitari siano consapevoli del profondo impatto che la propria pratica quotidiana ha sulla genesi o sul contrasto delle disuguaglianze; che clinici, medici di salute pubblica, operatori sociali e decisori locali lavorino in team multiprofessionali nel modellare e sviluppare i servizi; che le autorità e i professionisti sanitari siano informati circa le possibili implicazioni delle politiche sanitarie sui cambiamenti climatici, tra queste la possibilità di agire come riduttori dei loro effetti negativi.

Cambiare il sistema

Tutti i professionisti sanitari dovrebbero coinvolgere le comunità locali per strutturare servizi socio-sanitari che rispondono ai bisogni della popolazione e garantiscono l'accesso anche alle fasce più marginalizzate.

Fare questo significa ripensare i servizi di cure primarie in un'ottica di integrazione tra sanitario e sociale, e promuovere la capacitazione dei cittadini che diventano così soggetti attivi, avvocati della propria salute ma anche di quella della comunità. Nella pratica

quotidiana, questo implica **confrontarsi con il paziente per individuare i fattori sociali coinvolti nel processo di malattia, e identificare - a partire da quest'analisi - ambiti di intervento sia all'interno che all'esterno del settore sanitario.**

Il documento esorta dunque i medici a lavorare in maniera innovativa e partecipativa allo sviluppo di strategie di riduzione delle disuguaglianze, raccomandando che siano loro garantite informazioni, risorse finanziarie e di tempo adeguate. Sollecita un maggiore coinvolgimento dei medici nelle politiche non sanitarie, affinché queste non abbiano ripercussioni sull'incremento delle disuguaglianze in salute e possano al contrario portare benefici al benessere collettivo.

Infine, invita i decisori politici e i professionisti a garantire servizi sanitari più inseriti nella comunità, accessibili anche alle fasce più svantaggiate.

Cambiare la formazione

La formazione dei futuri medici gioca un ruolo chiave nella riduzione delle disuguaglianze: per questo, il curriculum delle Facoltà di medicina non dovrebbe focalizzarsi solo sugli aspetti tecnici della cura del singolo paziente, ma aprirsi trasversalmente alle tematiche di salute pubblica. **Gli studenti dovrebbero essere in grado di leggere gli eventi patologici anche attraverso la lente dei determinanti di salute e individuare così le loro cause più remote. Questo deve essere realizzato mediante un approccio metodologico che combini l'apprendimento teorico con esperienze pratiche sul campo, così che gli studenti possano conoscere e sperimentare le diverse condizioni che influenzano lo stato di salute di individui e comunità.**

Le raccomandazioni incoraggiano quindi il coinvolgimento di presidi e docenti nella definizione di un percorso formativo innovativo, che valorizzi gli elementi di sanità pubblica integrando l'approccio dei determinanti di salute - come strumento operativo - in tutte le discipline. Esortano a un attivo coinvolgimento di studenti e specializzandi nella formulazione e implementazione dei nuovi percorsi didattici, e all'identificazione di docenti e formatori motivati e adeguatamente preparati attraverso programmi specifici.

Il documento si conclude riconoscendo ancora una volta il ruolo strategico che il medico ha nel processo di riduzione delle disuguaglianze, in virtù del suo mandato e della sua responsabilità sociale. Tuttavia, come sottolineato anche da Sir Michael Marmot nel discorso inaugurale alla presidenza della *British Medical Association*[3], **la conoscenza scientifica, gli strumenti tecnici che i professionisti sanitari possiedono e la consapevolezza del proprio potenziale di trasformazione sociale non saranno**

sufficienti a produrre un cambiamento significativo, se non supportati da una forte volontà politica.

“Do we have the political will?”, si chiede infatti Sir Marmot, mettendo in luce quanto “le circostanze nelle quali le persone crescono, vivono, lavorano e invecchiano sono plasmate da forze politiche, sociali ed economiche”. Prendere in considerazione queste circostanze - che rappresentano i determinanti “distali” di salute e malattia - non può prescindere da una riflessione critica sulla società, orientata tanto alla struttura quanto ai processi in cui esse vengono prodotte. La responsabilità e il ruolo dei medici e del settore sanitario, giustamente sottolineati dal documento del RCP, devono quindi essere contestualizzati all’interno di una necessaria trasformazione del quadro sociopolitico attuale.

Come ribadito nel già citato rapporto *“Closing the gap”*, le disuguaglianze - al contrario delle differenze - non sono naturali e casuali, ma il risultato di processi sociali attivi, ingiusti e fraudolenti. Il rapporto della Commissione si apre proprio con questa denuncia:

“L’ingiustizia sociale sta uccidendo le persone su larga scala”. Quando gli operatori sanitari si confrontano con le disuguaglianze, quindi, sono chiamati a esprimersi direttamente riguardo ai processi sociali, politici, economici, ingiusti e fraudolenti, che le sottendono.

Come alcuni autori (Michael P. Kelly[4], Vicente Navarro[5], Iona Heath[6] tra gli altri) hanno giustamente fatto notare, analizzare i determinanti sociali non significa affrontare le disuguaglianze, né queste possono essere rimosse se non agendo sui processi sociali che le generano.

Gli operatori sanitari, comprensibilmente, non sono molto propensi a questo tipo di approccio, che implica uscire dal rassicurante spazio della biomedicina, in cui le decisioni sono prese attraverso la presunta neutralità delle evidenze scientifiche, ed entrare nello spazio più complesso della medicina sociale, in cui le scelte acquistano necessariamente una connotazione politica. In teoria, questo approccio non dovrebbe essere problematico, perché richiama ruoli per cui gli operatori sanitari dovrebbero essere appositamente formati. Seguendo le indicazioni della stessa OMS, infatti, essi dovrebbero adoperarsi attivamente per colmare quello che viene definito *“know-do gap”*, ovvero lo iato tra le conoscenze scientifiche e le politiche implementate.

Produrre conoscenze adeguate non ha infatti impatto sulla salute finché queste non sono trasferite efficacemente ai decisori politici. Inoltre, gli operatori sanitari sono chiamati ad essere “avvocati” responsabili dei propri pazienti, specie delle fasce più fragili e vulnerabili. La popolazione più colpita dai processi di disuguaglianza, infatti, è anche quella che non dispone delle risorse per opporsi attivamente ai processi che la rendono diseguale. Per le persone “intrappolate” all’interno delle disuguaglianze, sono necessarie politiche socio-sanitarie che prevedano una “diseguale” e prioritaria redistribuzione di risorse nei loro confronti. In questo contesto, gli operatori sanitari giocano

un ruolo cruciale nel costruire le evidenze necessarie a dare priorità a tali interventi e contemporaneamente nell'opporci a politiche che possono ulteriormente ampliare il divario. L'advocacy nei confronti delle fasce di popolazione più svantaggiate non prevede una posizione neutrale, in quanto non agire significa essere parte del problema.

La riduzione delle disuguaglianze emerge quindi come problema etico delle professioni sanitarie, sia a livello dei singoli che delle associazioni di categoria. Il ruolo dei professionisti dovrebbe essere autoriflessivo nel pensare quanto, nel quotidiano, essi stessi sono produttori di disuguaglianze, così da individuare le azioni concrete che possono essere intraprese modificando modalità di lavoro e attitudini. Essi dovrebbero inoltre svolgere un ruolo di attenta vigilanza sulle pratiche in atto, promuovendo lo sviluppo di un clima favorevole al contrasto attivo delle disuguaglianze. Le associazioni di categoria, dal canto loro, hanno un ruolo importante nella formazione dei professionisti, nel contribuire alla definizione di un quadro normativo mirato alla riduzione delle disuguaglianze, e nel promuovere buone pratiche (ed eventualmente attivare procedure disciplinari) tra i propri associati.

Il cambiamento auspicato, dunque, è prima di tutto un cambiamento culturale, rispetto al quale - come sottolineato anche dal RCP - l'ambito della formazione emerge come luogo strategico. Non a caso, da qualche anno le Facoltà di medicina di molti Paesi sono state teatro di tentativi di trasformazione dei curricula, spesso promossi dagli studenti stessi, nel senso di una maggiore apertura alle tematiche dei determinanti sociali di salute.

Anche in Italia, una parte del mondo accademico e di quello studentesco ha iniziato un percorso di riflessione che, a partire dal progetto europeo "*Equal opportunities for health: action for development*"[7], ha portato nel 2010 alla creazione della Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG), di cui fanno parte istituzioni accademiche, ONG, associazioni scientifiche e studentesche. Nell'accezione della Rete, per "salute globale" si intende un approccio alla salute e alle problematiche correlate centrato sul quadro teorico dei determinanti e volto a combattere le disuguaglianze in un'ottica di giustizia sociale. L'obiettivo è quello di promuovere, nelle Facoltà di medicina del nostro Paese, la formazione di operatori sanitari capaci di inquadrare (nella teoria e nella pratica) la salute al centro delle dinamiche sociali, politiche, culturali ed economiche che la determinano, e motivati a mettere il proprio sapere al servizio della collettività - in particolare delle fasce più vulnerabili - recuperando il senso etico e civile del proprio ruolo sociale.

Chiara Di Girolamo, Alice Fabbri, Chiara Bodini, Ilaria Camplone, Ardigò Martino.
Centro Studi e Ricerche sulla Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna.

Risorsa

Royal College of Physicians Policy Statement 2010. **How doctors can close the gap. Tackling the social determinants of health through culture change, advocacy and education.** [[PDF: 410 Kb](#)]

Bibliografia

1. WHO. [Commission on social determinants of health, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health](#). Geneva: WHO, 2008.
2. Royal College of Physicians Policy Statement 2010. **How doctors can close the gap. Tackling the social determinants of health through culture change, advocacy and education.** [[PDF: 410 Kb](#)]
3. Marmot M. BMA presidency acceptance speech: fighting the alligators of health inequalities. *BMJ* 2010;341:c3617.
4. WHO. **Commission on the Social Determinants of Health, Final Report from Measurement and Evidence Knowledge Network**. Geneva: WHO, 2007. [[PDF: 605 Kb](#)]
5. Navarro V. What we mean by social determinants of health. *Global Health Promotion* 2009;16: 5-16.
6. Heath I. Crocodile tears for health inequality. *BMJ* 2010;340:c2970.
7. [Equal opportunities for health: action for development](#)