

# Salute globale e Medicina di Comunità in Italia

Bruno Paccagnella\*

## 1. Premessa

Nel 1968 la Mount Sinai School of Medicine dell'Università di New York istituì il Dipartimento di Medicina di Comunità allo scopo di preparare gli studenti e i medici all'identificazione e alla risoluzione dei problemi sanitari di comunità. «Questa nuova disciplina accademica – scrissero J. W. Tapp e K. W. Deuschle (1969) –, come la medicina interna e la pediatria, ha come suo scopo la soluzione dei problemi sanitari della gente [...]. Tuttavia la medicina di comunità considera la gente sia in gruppi o comunità e sia individualmente mettendo insieme le tradizionali conoscenze e tecniche della sanità pubblica e della medicina preventiva senza ridurre l'interesse e l'impegno per l'assistenza medica (diagnostico-curativa) all'individuo». Quell'iniziativa della Scuola di New York fu iterata in molte altre università degli Stati Uniti.

«L'intenzione iniziale fu quella di non creare con l'iniziativa una nuova e distinta Scuola di Sanità Pubblica, ma di estendere i programmi di medicina preventiva entro la Scuola di Medicina con l'ottica comunitaria, rivolgendosi particolarmente a quegli studenti e medici che avrebbero operato nei servizi sanitari primari come internisti, pediatri, medici di famiglia, psichiatri, ecc.».

«I programmi delle Scuole di Sanità Pubblica – ribadirono più tardi A. Silver e lo stesso K. W. Deuschle (1990) – sono attraenti di solito per quei medici che vanno alla ricerca di carriere basate soltanto sulla sanità della popolazione, i quali non useranno più probabilmente, lo stetoscopio. Ambedue questi approcci sono validi e necessari, ma ciascun approccio offre una nicchia diversa ai professionisti della medicina».

Si può dire, dunque, che l'indirizzo iniziale era di formare anzitutto quei medici di medicina generale che desideravano impa-

\* Già professore ordinario di Medicina di Comunità, Università di Padova; Membro del Comitato tecnico-scientifico del Centro interdipartimentale di ricerca e servizi sui diritti della persona e dei popoli.

rare di più in materia di tutela della salute della comunità senza escludere però quelle attività che mantengono il tradizionale rapporto medico-paziente, per il quale rapporto gli studenti di medicina vengono normalmente preparati in ospedale, senza venire mai a contatto con la comunità.

Prima di procedere sull'argomento Medicina di Comunità è opportuno ricordare, in premessa, che il concetto di salute – vedasi il precedente articolo pubblicato su questa rivista (n. 3/2005), *L'evoluzione del concetto di salute* – è stato profondamente modificato alla metà del XX secolo, dopo la seconda guerra mondiale, come risulta dagli atti costitutivi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), agenzia tecnica dell'ONU (1946), alla quale aderirono quasi tutti gli Stati del mondo. L'art. 1 dello Statuto dell'OMS, ha formalmente definito la salute umana come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto come una mera assenza di malattia o infermità», capovolgendo in tal modo la concezione precedente della salute, che veniva intesa in senso negativo, cioè come assenza di malattia e non in senso positivo come stato di benessere.

Quasi contemporaneamente l'Italia – uno degli Stati fondatori dell'OMS – adottò, nello stesso anno 1946, la nuova Costituzione repubblicana che, nell'art. 32, affermò che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività [...]».

Quindi, da una parte, la nuova concezione positiva di salute modificava la concezione della salute umana associando o unificando nella sfera del benessere corporeo anche quella del benessere della mente e delle relazioni sociali e metteva in crisi l'organizzazione tradizionale della sanità pubblica perché la nuova concezione comportava l'estensione degli interventi sanitari dall'area tradizionale delle scienze mediche a quella delle scienze psicologiche, delle scienze sociali e delle scienze economiche. Dall'altra parte e nello stesso tempo la nuova Costituzione italiana affermava il dovere della Repubblica italiana di «tutelare la salute come fondamentale diritto degli individui e delle collettività».

Più tardi, la legge italiana n. 833 /1978 istituendo il Servizio Sanitario Nazionale riaffermò nell'art. 1 il principio costituzionale che la Repubblica «tutela la salute» della popolazione, obiettivo questo raggiungibile privilegiando le azioni di prevenzione delle malattie rispetto a quelle di cura per l'ovvio motivo

che la salute delle persone può essere tutelata finché c'è, prima che essa sia perduta. Perciò, nell'elenco degli obiettivi indicati nell'art. 2 della stessa legge, si precisa che il conseguimento delle finalità della legge viene assicurato mediante:

1. la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità;
2. la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;
3. la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata.

Anche queste attribuzioni della legge hanno comportato una lunga serie di cambiamenti e turbamenti adattativi del sistema di servizi sanitari allora esistenti.

## 2. Ecologia umana

I rapporti fra la salute umana e l'ambiente (aria, acqua, suolo, fuochi, venti) erano stati identificati chiaramente già nei tempi antichi da Ippocrate, avanti Cristo, ma le conoscenze scientifiche riguardanti la eziologia e i meccanismi patogenetici erano allora carenti e tali rimasero per molti secoli. La «diade» ippocratica, formata dall'uomo e dall'ambiente, venne arricchita nel 1800 dalle scoperte batteriologiche riguardanti gli agenti infettivi con l'inclusione di un terzo elemento, l'agente eziologico della patologia infettiva (i batteri, i virus ecc.) ma anche la «triade» risultò presto insufficiente a spiegare sia i rapporti con la patologia corporea non infettiva, con quella cronico-degenerativa che è multifattoriale, con la patologia della mente umana e con la patologia sociale e/o comportamentale provocata da determinanti sociali sul posto di lavoro, in famiglia, nella scuola, nel quartiere, ecc., che stanno alla base di molte manifestazioni morbose, psicosomatiche e di devianza, come le fughe nell'alcool, nella droga, nel fumo e nell'uso e abuso di altre fonti di guai, nei comportamenti scorretti alla guida, nell'alimentazione, per limitarsi ad alcuni esempi ormai ben noti a tutti.

Oggi l'osservazione epidemiologica dimostra che i fattori esogeni che influiscono sulla salute umana sono numerosissimi, che essi appartengono a tutte le componenti dell'ambiente fisico,

chimico, biologico e sociale e che essi interagiscono continuamente fra di loro formando un sistema straordinariamente complesso di relazioni e di equilibri instabili, continuamente mutevoli di fronte ai quali l'uomo tenta di reagire di volta in volta facendo leva sulle sue personali risorse e ricorrendo, quando è possibile, ai servizi sanitari per essere aiutato a ritrovare nuovi equilibri di benessere fisico, mentale e sociale.

In breve, si può dire che l'evoluzione delle concezioni e conoscenze epidemiologiche di fronte alla patologia corrente ha portato verso la visione globale, sistemica, intersettoriale, multidisciplinare dei problemi sanitari, difficili da abbracciare, ma stimolanti che la Medicina di Comunità non può ignorare.



La formazione del personale sanitario venne messa a dura prova di fronte alla necessità di operare per la tutela della salute degli individui e delle collettività dovendosi adottare visioni di insieme, approcci olistici, globali, integrati, non atomizzati e interventi plurisettoriali. L'impatto di tutti questi cambiamenti, ben diversi da quelli propri della medicina clinica che si rivolge al singolo paziente allettato, è stato notevole sulla formazione culturale e professionale degli operatori sanitari, oltre che sulla organizzazione dei servizi, e tutto ciò crea tuttora notevoli difficoltà.

In Inghilterra – scrisse W.W. Holland (1982) – un dibattito culturale su questi argomenti fu aperto da Gordon nel 1955, segui-

to dal Rapporto Porrit (1962) riguardante i problemi dell'integrazione tra servizi sanitari nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) inglese e dalla relazione della Royal Commission on Medical Education (1986) che incluse la Medicina di Comunità come parte integrante dei curricula pre e post-laurea in Medicina e, inoltre dalla creazione della Facoltà di Medicina di Comunità del Royal College of Physicians a Londra, Edimburgo e Glasgow nel 1972 e dal Rapporto Hunter (1972) sulle funzioni del medico di comunità nel SSN, nel quale fu inserita questo professionista con la riforma inglese del 1974.

Le ragioni di fondo dell'intera operazione inglese in quei tempi erano riconducibili soprattutto all'intenzione di vedere utilizzate al meglio le tecniche epidemiologiche per la «diagnosi» dei bisogni sanitari della popolazione e l'adozione pratica di misure più efficaci e adeguate nello svolgimento delle funzioni manageriali, da non confondere con le funzioni amministrative che sono maggiormente interessate al mantenimento della macchina dei servizi e più di natura burocratica.

La Commissione Hunter (1972) indicò il medico di comunità come specialista epidemiologo, «uomo anello» (*link-man*) tra clinici e amministrativi non medici, in grado di analizzare i bisogni e valutare i servizi sanitari in armonia con la nota equazione che la diagnosi clinica sta alla terapia come la diagnosi epidemiologica sta alla prevenzione. Ma quella esperienza inglese fu piuttosto deludente per tanti motivi sui quali esiste una abbondante letteratura. Gli epidemiologi si sentirono schiacciati e frustrati tra i clinici e gli amministrativi, separati dai primi e dai secondi.

Invece, in Spagna e anche in Portogallo i medici generalisti (i cosiddetti medici di «caretera») hanno risposto in modo diretto, negli anni Ottanta, alle attese del loro nuovo SSN specializzandosi tutti in Medicina di Famiglia e di Comunità e accettando tutti la dipendenza dal SSN (a differenza dei loro colleghi italiani che rimangono tuttora liberi professionisti, convenzionati, esterni al SSN). Inoltre, essi hanno integrato la loro preparazione medica di base con gli elementi fondamentali della professionalità necessaria a ben operare nell'ambito dei moderni servizi sanitari primari, multidisciplinari complessi e impegnati a coinvolgere la comunità nell'assistenza affinché essa diventi partecipe nelle azioni di tutela della salute. Essi si sono preparati anche a partecipare allo sviluppo dei sistemi informativi, a in-

interpretare le informazioni epidemiologiche e a farne buon uso, assumendo parte attiva nella gestione e valutazione dei servizi primari. È opportuno considerare che, in Spagna non è l'Università ma il Ministero della Sanità che provvede alle specializzazioni dei medici in relazione con i bisogni regionali dei vari servizi sanitari sulla base di programmi operativi.

### **3. Perché Medicina di Comunità**

Il concetto di Medicina di Comunità è emerso dallo studio dei bisogni sanitari sulla base della nuova concezione di salute umana, intesa come benessere fisico, mentale e sociale dell'uomo – come abbiamo ricordato – e inoltre sulla base dei dati concernenti la cosiddetta transizione epidemiologica, che dalla patologia acuta prevalente è evoluta verso la prevalente patologia cronico-degenerativa, curabile ma non guaribile, e verso la patologia sociale/comportamentale unitamente con l'invecchiamento della popolazione e con le necessità proprie degli interventi sanitari preventivi e promozionali della salute sulla popolazione sana.

Gli approcci di fronte ai nuovi problemi sono subito apparsi assai più ampi e ben diversi, come si è già fatto notare, rispetto a quelli basati sulla dimensione individuale degli interventi sanitari rivolti al singolo paziente in cura. In ogni caso, è doveroso tener conto che la dimensione comunitaria della medicina richiede il coinvolgimento delle comunità nell'azione di prevenzione delle malattie e di promozione della salute. Questa esigenza emerge soprattutto quando l'intervento medico avviene sul territorio, fuori dell'ospedale, dove la gente vive e lavora.

In sociologia il concetto di Comunità ha raccolto vari significati e definizioni. Secondo R. Strassoldo (1976), «comunità» per la nozione psicologica è una qualità dei rapporti tra individui quando sono caratterizzati da sentimenti di solidarietà, identificazione, apertura, unione, coesione, amore, cooperazione, integrazione, altruismo e simili ed è l'entità o l'organizzazione che risulta da rapporti di questo tipo. Per la nozione spaziale, «comunità» è un insieme (gruppo, aggregato, sistema) di individui in un luogo determinato.

Dunque, la comunità è il gruppo con il suo territorio e con le caratteristiche anzidette. I due significati si spiegano probabil-

mente con il fatto che ambedue si riferiscono in qualche modo al gruppo umano fondamentale, la famiglia, che è la comunità base. Questi concetti sociologici apparvero subito in linea con le concezioni della medicina di fronte ai nuovi bisogni di salute della popolazione e per differenziare il diverso indirizzo fu adottata la denominazione Medicina di Comunità.

Nell'*Health Promotion Glossary*, costruito da D. Nutbeam (1985) sui documenti dell'OMS, la comunità viene indicata come «un gruppo specifico di persone che vivono di solito in un'area geografica definita e dispongono di una cultura comune, sono organizzate in una struttura sociale e palesano una certa consapevolezza della loro identità come gruppo». Viene fatto notare che nelle società moderne le persone appartengono raramente a una singola distinta comunità, inclusa la stessa famiglia, perché fanno parte contemporaneamente anche di numerose altre comunità basate su variabili diverse, quali quella geografica, del lavoro, dei contatti sociali, degli interessi nel tempo libero.

Si sa che l'immagine della famiglia, in generale, è stata sempre cara ai medici, tuttavia è opportuno considerare che nella pratica, pur godendo della fiducia della famiglia, raramente in passato i medici potevano affrontare, al di là del buon senso e dell'empirismo, gli aspetti relazionali, l'efficienza funzionale o l'equilibrio funzionale del gruppo familiare e i suoi effetti sul benessere, cioè sulla salute del gruppo stesso, limitandosi quindi ad affrontare per lo più i problemi morbosi dei singoli componenti, vale a dire curando le malattie del padre, della madre, dei figli o dei parenti, ma trascurando la salute della comunità familiare. Evidentemente, la somma aritmetica della salute dei singoli membri non corrisponde alla salute della comunità familiare, che può essere invece sconvolta, disciolta, disgiunta, cioè malata per turbe relazionali o per squilibri nelle aree funzionali proprie della famiglia, quali quella psicologica, socio-culturale, biologica, economica, educativa.

Quindi, se i medici trascuravano per lo più i problemi della comunità-famiglia nel passato, ciò accadeva perché le concezioni scientifiche e l'organizzazione dei servizi sanitari non attribuivano particolare importanza ai fattori psicologici, sociali ed economici che oggi, invece, hanno assunto un ruolo assai importante nei confronti della salute della famiglia e dei suoi membri. Oggi, la Medicina di Comunità non può più ignorare

questi problemi che tanto possono influire sulla salute del gruppo familiare e deve affrontarli in qualche modo, sia pure in collaborazione con altri operatori sanitari non medici.

#### 4. L'Organizzazione Mondiale della Sanità

Quando l'OMS fu istituita, nel 1946-1948 introducendo la nuova concezione di salute, essa fu incaricata dagli Stati membri di sviluppare programmi di assistenza ai Paesi in via di sviluppo e per un buon decennio, forse più, una consistente quota del bilancio fu riservata a borse di studio e a programmi di formazione di base e continua del personale sanitario. Quei programmi di formazione furono poi applicati e adattati ai bisogni dei Paesi sviluppati, anche in Europa, dove l'impatto della nuova concezione di salute fu notevole perché rese necessario il riorientamento dei servizi sanitari e sociali esistenti e, logicamente, anche il riorientamento culturale e professionale degli operatori per i nuovi servizi.

Ne scaturì una feconda stagione di studi e interventi nel campo dell'istruzione ed educazione o formazione dei professionisti sanitari adulti, che fu indicata come Pedagogia Medica, distinguendo tra la cosiddetta formazione di base e la formazione o educazione continua dei professionisti già in attività di servizio. I principali contributi scientifici scaturiti da quei programmi riguardano, in breve:

- a. i principi e le metodologie usabili nei processi di formazione, focalizzati sull'«apprendimento» dei discenti, invece che sull'«insegnamento» da parte dei docenti (per esempio: «cosa mi propongo io docente che gli studenti imparino oggi» invece di pensare o dire «cosa mi propongo oggi io docente di insegnare»);
- b. i principi e le metodologie corrette per la costruzione dei percorsi formativi;
- c. le teorie e le tecniche della comunicazione;
- d. le teorie dell'apprendimento nelle varie età;
- e. l'identificazione dei bisogni di apprendimento dei singoli professionisti e la trasformazione dei bisogni in obiettivi didattici (generalisti, intermedi, specifici o professionalizzanti) nella costruzione dei percorsi formativi;
- f. l'analisi dei *job-profiles* onde identificare i fabbisogni di for-

mazione delle singole professioni e specializzazioni (cosa sapere, saper fare, saper essere) mediante la scomposizione dei ruoli professionali in funzioni, attività e compiti;

g. i metodi attivi di apprendimento in piccoli gruppi mediante seminari e laboratori (*workshops*);

h. il passaggio dal nozionismo all'apprendimento attivo basato sulla soluzione di problemi (*problem solving*);

i. i metodi di valutazione.

L'impatto culturale della nuova concezione di salute rimane notevole su tutto il personale sanitario e impone tuttora – molti ne sentono il bisogno – programmi seri di riorientamento o di formazione di base e continua che hanno valore strategico se si vuole sperare in un più rapido sviluppo del processo di riforma sanitaria e di riorientamento dei servizi. Molti programmi costosi di formazione continua, in questi ultimi decenni, avrebbero dovuto essere più attentamente valutati e una migliore valutazione sarebbe opportuna anche oggi.

Nel 1969-1970 cominciò a circolare una prima versione dell'*Handbook for Teachers of Health Sciences* di J.J. Guilbert predisposto per un programma di workshops, organizzati dall'OMS, nei vari Paesi dell'Africa. Nel 1976, lo stesso J.J. Guilbert pubblicò l'*Educational Handbook for Health Personnel* che ebbe storicamente una notevole influenza sullo sviluppo, anche in Italia, della Pedagogia Medica, specialmente nel campo della *Continuing Medical Education* dei professionisti sanitari. Quella guida pedagogica fu pubblicata in molte migliaia di copie, in più edizioni e tradotta in almeno venti lingue.

In Italia, nell'Università di Ferrara, tra il 1971 e il 1974, furono svolte alcune tesi di laurea in Medicina e Chirurgia su argomenti di Pedagogia Medica, che non furono accolte, però, con simpatia dal corpo docente.

Successivamente, dal 1976 al 1981, l'Associazione Nazionale dei Medici Condotti, prima della loro scomparsa, e poi la Società Italiana di Medicina di Famiglia e Comunità (che assunse l'eredità dell'ex Associazione Nazionale dei Medici Condotti) organizzò numerosissimi workshops residenziali in varie parti del Paese su argomenti riguardanti la Medicina di Famiglia e Comunità e sulla nuova organizzazione dei servizi sanitari e sociali.

## **5. La Dichiarazione universale dell'OMS/UNICEF e la riforma dei Servizi Sanitari Italiani**

Nel 1978 si verificarono, ancora una volta quasi contemporaneamente, due eventi importanti:

- la Conferenza mondiale dell'OMS/UNICEF organizzata ad Alma Ata (Unione Sovietica) nel mese di settembre dedicata all'Assistenza Sanitaria Primaria (*Primary Care*) nell'ambito dei servizi sanitari;
- l'approvazione in Italia della legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale nel mese di dicembre, che ha riformato il precedente servizio di Sanità Pubblica, istituito nel 1888 dal governo Crispi.

La Dichiarazione universale è la più importante e solenne modalità prevista dallo Statuto dell'OMS per suggerire gli indirizzi di politica sanitaria agli Stati membri rispetto ad altre modalità meno solenni quali, per esempio, le proposte, le raccomandazioni ecc. La Dichiarazione universale, approvata all'unanimità da tutti gli Stati membri dell'OMS alla fine della Conferenza di Alma Ata, è l'unica finora emessa in materia di salute pubblica. Essa confermò numerosi principi riguardanti la Sanità Pubblica e affermò, in particolare, che i servizi riguardanti l'Assistenza Sanitaria Primaria (*Primary Care*) – da non confondere con le «cure primarie» (*Primary Cure*) – sono da considerarsi «il centro e il fulcro» dei sistemi di servizi sanitari per poter dare adeguata risposta ai bisogni sanitari delle popolazioni contemporanee, mentre gli altri servizi sanitari esistenti sono da considerare di secondo, terzo o quarto livello, a supporto di quelli primari. Anche questa affermazione sollevò molte reazioni, specialmente in quei Paesi nei quali si pensava che il «centro e fulcro» dei servizi sanitari continuassero a essere gli ospedali.

In Italia, l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con la legge n. 833/1978, ha comportato tra le varie innovazioni il trasferimento al nuovo SSN dei tradizionali servizi di Igiene e Sanità Pubblica di Comuni e Province e questo ha comportato la scomparsa, in particolare, degli ufficiali sanitari e dei medici condotti, dopo circa cinque secoli di benemerita attività.

La nuova legge prevede il raggruppamento graduale di tutti i servizi sanitari di primo livello, extraospedalieri, in aree territoriali denominate Distretti, nell'ambito delle Unità (o Aziende) Sanitarie Locali (USL).



Tuttavia è da notare che la nuova Medicina – denominata di Comunità perché coinvolge la comunità, a cominciare dalla famiglia – scaturisce dall’obiettivo generale assegnato dalla legge al SSN di «tutelare la salute come diritto dell’individuo e interesse della collettività». Questo obiettivo privilegia la prevenzione delle malattie, come si è già fatto notare prima, e privilegia ancor più la promozione della salute, come fu indicato dall’OMS con la «Carta di Ottawa» (*Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986). Questa è una nuova strategia in campo sanitario e sociale rivolta, in breve, da un lato verso la politica locale e, dall’altro lato, verso gli *stili di vita della comunità*, come approccio diretto, affinché la comunità possa e sappia controllare meglio la politica nei riguardi della protezione della salute. Per semplificare la comprensione di questa strategia piuttosto complessa fu coniato uno slogan interessante e utile per indicare l’obiettivo strategico della promozione di salute: «rendere facili le scelte sane».

L’art. 2 della stessa legge italiana n. 833/1978 pone logicamente al primo posto nella lista degli obiettivi del SSN «la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità», indispensabile una tale coscienza per ottenere la partecipazione consapevole della comunità nell’adozione di comportamenti o stili di vita positivi per la salute.

Il Centro «Pespani» dell’Associazione Nazionale dei Medici Condotti (sorta quest’ultima nel 1874) aveva già cominciato a esaminare da alcuni anni la letteratura scientifica, i documenti internazionali, le nuove norme nazionali e regionali ecc. attraverso una numerosa serie di laboratori e seminari di studio organizzati in varie parti d’Italia, dal Brennero alla Sicilia. In tal

modo l'Associazione si era preparata al cambiamento in previsione dell'abolizione delle condotte mediche comunali e del cambiamento di altri servizi di primo livello. L'ultimo Congresso nazionale dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti si è svolto ad Acireale (Catania) nel 1982, dedicato alla figura nascente del nuovo medico che emergeva – secondo la nuova legislazione – con le caratteristiche del «medico di comunità».



Un medico, cioè, che nella sua attività professionale sapesse adottare una visione globale dei problemi dei suoi assistiti e tenesse conto che le persone da lui assistite fanno sempre parte in qualche modo di una famiglia – la comunità base – ma che, nello stesso tempo, le stesse persone nella società moderna fanno parte anche di altre comunità quali la comunità del lavoro, o della scuola, o del quartiere o del villaggio, o del tempo libero e così via, con ognuna delle quali egli interagisce e ne subisce le influenze, dalle quali dipende in parte la sua salute, globalmente considerata. È comparso lungo questo percorso il cosiddetto modello medico bio-psico-sociale, coerente con l'evoluzione del concetto di salute e con la visione olistica, sistemica, globale o ecologica dell'uomo sano o malato in rapporto col suo ambiente totale (fisico, sociale, economico, occupazionale). Tutto ciò è coerente con l'evoluzione delle concezioni epidemiologiche moderne e dell'Ecologia umana.

Evidentemente questo percorso è soprattutto di natura culturale e sta in armonia con le concezioni olistico-sistemiche degli insiemi, che riguardano tutti gli organismi viventi, compreso

l'uomo. Purtroppo questo nuovo modello si scontra con il tradizionale «modello medico» che è caratterizzato invece da intrinseco *riduzionismo* (tutto si spiega partendo dalla cellula o dall'enzima) e *scissionismo* (il corpo da una parte, la mente da un'altra e le relazioni sociali da un'altra parte ancora) aggravato dal *frazionismo* proprio delle specializzazioni mediche.

Come è noto, questo scontro culturale è tuttora aperto anche se il tradizionale modello medico appare a molti un po' miope e oggi inadeguato, sostenuto purtroppo e molto anche da forti interessi corporativi ed economici.

Quando fu fondata la Società Italiana di Medicina di Famiglia e Comunità, negli anni Ottanta, un gruppo di docenti italiani riconobbe che «il movimento scientifico-professionale verso la Medicina di Comunità (MdC) era emerso dai concetti della Sanità Pubblica e che per la MdC è centrale il concetto che i fattori principali che determinano la salute della comunità si trovano all'interno della comunità stessa, vale a dire nelle sue componenti sociali, culturali, biologiche e nel suo ambiente, sia quello naturale, sia quello artificiale costruito dall'uomo». Bisognava quindi delineare le caratteristiche professionali del nuovo tipo di medico di comunità in relazione con le caratteristiche che il SSN stava assumendo. La Società Italiana di Medicina di Comunità avviò gli studi atti a delineare il profilo professionale di questo medico in Italia, sia mediante l'analisi comparata della letteratura scientifica e dei vari documenti internazionali, sia mediante l'analisi delle nuove leggi nazionali e regionali italiane riguardanti il SSN e lo sviluppo dei servizi sanitari territoriali nei Distretti, tenendo conto degli accordi collettivi di lavoro dei medici di medicina generale già operanti nell'ambito dei servizi esistenti e in via di sviluppo. Una lunga serie di laboratori e seminari di studio fu organizzata a questo scopo tra il 1976 e il 1991 in varie parti d'Italia dove si sono riuniti diversi gruppi di lavoro e nel 1982 fu organizzato uno specifico workshop ripartito in due tempi, a Roma e a Maratea, per delineare il *ruolo*, le *funzioni*, le *attività* e i *compiti professionali*, cioè il profilo professionale (un primo *job profile*) del nuovo medico di comunità, coerente con le nuove norme sanitarie. Furono applicati i criteri e i metodi di lavoro suggeriti dalla moderna pedagogia medica e mediante questo tipo di studi vennero messi in luce i bisogni di formazione di base, di formazione continua dei professionisti in attività e di formazione specialistica per il nuovo tipo di medico.

Nel decennio 1982-1992 lo sviluppo dei servizi sanitari e sociali nei Distretti delle USL fu molto disomogeneo nelle diverse regioni italiane. Tuttavia la riforma sanitaria e il riorientamento dei servizi fecero passi avanti.

Fu ritenuto utile, anzi opportuno, un riesame di quel primo profilo professionale del medico di comunità alla luce delle esperienze che si venivano acquisendo in diverse aree del Paese e perciò fu organizzato un secondo workshop a Maratea (16-20 gennaio 1992) per il riesame del primo profilo tracciato nel 1982, considerando che nel decennio trascorso erano state attivate:

- la disciplina «Medicina di Comunità» nel curriculum universitario (tabella XVIII) per la laurea in Medicina e Chirurgia;
- la specializzazione medica post-laurea in Medicina di Comunità (DPR 22.10.1987, pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 130 del 4 giugno 1988) che figurava tra quelle riconosciute nell'ambito della Comunità Europea: *Community Medicine*;
- l'insegnamento della MdC in alcune scuole di specializzazione medica: Medicina interna, Malattie infettive, Chirurgia di urgenza;
- nell'Università di Padova il dottorato di ricerca in Medicina di Comunità;
- alcune esperienze di applicazione pratica della MdC in alcune zone del nostro Paese.

Il ruolo e le funzioni principali del medico di comunità, emerse dagli studi ora ricordati, risultarono sostanzialmente confermate a dieci anni di distanza e anzi ampliate soprattutto in rapporto alle attività di promozione della salute precisate dalle indicazioni fornite dall'OMS nel frattempo, con la Carta di Ottawa (1986).

Un terzo workshop di studio fu organizzato nel giugno 2002 ad Acireale (Catania) allo scopo di riesaminare e aggiornare nuovamente la figura professionale del medico di comunità in rapporto agli sviluppi del SSN italiano e risultò che il primo profilo, delineato nel 1982, appariva sostanzialmente confermato nel 2002, salvo qualche ritocco. Fermo restando il *ruolo* di questo nuovo medico nell'ambito della «galassia» dei servizi formali e informali di assistenza primaria, pubblici, privati, volontari, sorti qua e là nei Distretti delle USL, le sue *funzioni* professionali, elencate senza ordine di priorità dai gruppi di studio, possono essere così indicate:

- promozione della salute di individui, famiglie o comunità;
- prevenzione individuale e comunitaria delle malattie;
- programmazione, organizzazione e coordinamento di interventi sanitari e sociosanitari nei servizi primari;

- diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie;
- diagnosi multidimensionale dei bisogni e definizione dei piani assistenziali integrati e personalizzati nell’ambito delle equipe multiprofessionali;
- guida, garanzia e sostegno degli individui e delle famiglie per la tutela della salute (nel senso della *Health Advocacy*);
- ricerca epidemiologica operativa e sperimentale;
- funzione amministrativa e gestionale;
- formazione professionale continua medica e di altri operatori sanitari e sociali;
- attivazione del coinvolgimento e della partecipazione comunitaria.

I gruppi di studio non indicarono alcun ordine di priorità circa le funzioni professionali del medico di comunità sopraindicate perché esse possono essere logicamente più o meno prevalenti nella pratica a seconda del collocamento del medico nell’ambito dei Servizi Distrettuali di Assistenza Primaria. Un’idea della «galassia» di servizi sanitari distrettuali in via di sviluppo permanente si può ricavare dalla figura 4.



È chiaro che la formazione completa di un tale medico richiede una specializzazione, perché, oltre alle conoscenze teoriche e alle abilità pratiche specificate sopra, egli deve avere anche una buona conoscenza dei servizi sociali e delle organizzazioni di volontariato esistenti, pure esse in una fase di forti e rapidi cambiamenti, perché i servizi sanitari debbono integrarsi con quelli dei servizi sociali e volontari nel grande processo di tutela della salute della popolazione. La figura 4, nella quale sono indicati i servizi erogati nel Distretto Sanitario della USL di Padova, può fornire un'idea della loro *complessità* e dimostra che la praticoneria non è sufficiente per far funzionare bene una simile galassia di servizi. In ogni caso la praticoneria non è mai sufficiente per il progresso.

Nel 1987, fu approvata dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica (MURS) lo Statuto della nuova Scuola di specializzazione in Medicina di Comunità, classificata nell'area medica, nella classe della Medicina clinica generale, con il curriculum professionalizzante standardizzato, basato su una pluriennale formazione in Medicina generale, integrata dai corsi ed esperienze pratiche in Epidemiologia, Ecologia umana, Educazione e Promozione della salute, Management sanitario (analisi dei bisogni, organizzazione e valutazione di interventi sanitari). Quella Scuola di specializzazione in Medicina di Comunità fu attivata nell'Università di Padova – con decreto pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 236 del 9 ottobre 1997 – e successivamente fu attivata, nell'anno 2000, nelle università di Modena e di Perugia.

L'art. 2, comma 2 dello Statuto della Scuola, quadriennale, stabilisce che «la Scuola ha lo scopo di formare medici specialisti nel settore professionale della Medicina di Famiglia e di Comunità idonei a ricoprire ruoli dirigenziali nell'area dell'assistenza primaria».

Altre università italiane (Bologna, Roma, Bari, Napoli, Torino ecc. in totale diciassette università), nel decennio 2000, hanno deliberato di istituire la stessa Scuola di specializzazione, ma le attivazioni di queste scuole sono state finora bloccate da controversi programmi governativi di riforma delle università italiane, non ancora conclusi, e da carenza di fondi. Purtroppo queste difficoltà rallentano lo sviluppo di servizi moderni. Certamente sul piano pratico esistono tuttora anche resistenze di natura corporativa allo sviluppo di queste scuole, resistenze che sono

riuscite finora a impedire lo svolgimento di concorsi pubblici per l'assunzione formale dei medici già specializzati in Medicina di Comunità nei servizi sanitari di assistenza primaria del SSN. In generale, le resistenze culturali sono sempre lunghe a cadere ma, nel caso particolare, esse sono rafforzate da interessi corporativi e di mercato che fanno poco sperare nei tempi brevi. Ma guai se si rinuncia!

## 6. Considerazioni conclusive

Stupisce oggi, la rapidità con la quale in Italia vennero recepite e introdotte nella Costituzione e nelle leggi sanitarie innovazioni sanitarie importanti, quali: il diritto alla salute, la concezione moderna della salute, la necessità di riforme e di riorientamenti dei servizi sanitari, la programmazione di interventi di formazione continua del personale sanitario secondo criteri moderni e persino di formazione specialistica del medico di comunità nelle università. Quel vivace sviluppo in questo momento sembra compromesso.

Le resistenze nei confronti della Medicina di Comunità – resistenze culturali e corporative, come si è detto – non sembrano superate del tutto, né all'interno delle università, perché nelle facoltà mediche il modello organicistico continua a dominare, né all'interno del SSN dove le corporazioni delle figure professionali in servizio riescono a ostacolare l'inserimento dei nuovi specialisti nel SSN.

In realtà, l'approccio globale alla salute, come tutti gli approcci globali che ormai si impongono non soltanto nel campo della Medicina ma anche nei vari campi della Biologia, del Commercio, Economia, Ecologia e Politica, si accompagna alla complessità dei problemi e rende inevitabilmente complesse le soluzioni per il semplice motivo che non esistono soluzioni semplici per problemi complessi. Tuttavia l'evoluzione avviene e ha tempi di avanzamento che, in particolare, nell'area della cultura sono stati sempre piuttosto lunghi.

Alla fine del precedente articolo già ricordato su *L'evoluzione del concetto di salute*, pubblicato su questa rivista nel 2005, si era posta la domanda, pensando al futuro, se quella concezione nuova poteva essere collocata come «utopia» oppure come «ideologia» tra le categorie trascendenti la realtà del momento,

tenendo conto delle esperienze disponibili. E si concludeva considerando che «il criterio di distinzione tra ideologia e utopia è la loro realizzazione nella storia. L'utopia, per il suo carattere di rottura nei confronti della realtà esistente, rappresenta un fenomeno ad azione rivoluzionaria, mentre l'ideologia è un fenomeno che contribuisce al consolidamento dell'ordine esistente [...]. Sono da riguardarsi come ideologie le idee che si dimostrano in seguito soltanto delle rappresentazioni mascheranti un ordine sociale passato; mentre debbono essere considerate utopie le idee che si concretano positivamente nella successiva situazione sociale».

E ora, nel caso attuale, chi scrive si sente propenso a classificare l'idea della Medicina di Comunità tra le utopie piuttosto che tra le ideologie perché si è già visto con alcune esperienze pratiche in alcuni Distretti, che essa riesce in qualche modo a trasformare migliorando la qualità dell'Assistenza Sanitaria Primaria.

P.S. Quando questa nota sulla *Salute globale e Medicina di Comunità in Italia* era già stata avviata alla stampa, è comparso sulla rivista «The Lancet» (vol. 376, n. 9756, 29 novembre 2010, pp. 1923-1958) l'importante rapporto della Commissione internazionale Julio Frenk – dal nome del primo componente della Commissione – sul tema: *Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World*.

A cento anni di distanza dal famoso Rapporto Flexner che modellò autorevolmente – nel 1910 – la formazione dei medici per il XX secolo, la Commissione Frenk riconosce ora che «la riforma [della formazione dei professionisti sanitari per il XXI secolo, *nda*] è quanto mai opportuna e tempestiva perché è imperativo allineare le competenze professionali degli operatori ai contesti che cambiano, ai crescenti impegni pubblici nella sanità, all'interdipendenza globale, ivi inclusa la diffusa aspirazione all'equità nei confronti della salute», e fornisce importanti indicazioni pedagogiche coerenti con la visione che è maturata in Italia nella seconda metà del secolo scorso e che è stata sintetizzata in questa nota.

## Bibliografia

- J.J. Guilbert, *Educational Handbook for Health Personnel*, Geneva, WHO, 1976.
- W.W. Holland, *Community Medicine: Myth or Change Agent*, in «Journal of the Royal Society of Medicine», vol. 75, 1982, pp. 842-850.
- D. Nutbeam, *Health Promotion Glossary*, Copenhagen, WHO Europe, 1985.
- B. Paccagnella, *La salute della comunità famiglia*, in «Annuario Sanità Pubblica», n. 35, 1974, pp. 29-46.
- B. Paccagnella, *La dimensione comunitaria della Medicina e il Medico di Comunità*, in «Federazione Medica», vol. 36, n. 9, 1983, pp. 796-798.
- B. Paccagnella, *Changing Mentality in Medical Education*, in *Health Care in the Making*, Berlin-Heidelberg, Springer Verlag, 1985.
- B. Paccagnella, *Breve storia della Pedagogia medica contemporanea*, in «Progressi Clinici: Medicina», vol. 10, n. 2, 1988, pp. 175-184.
- B. Paccagnella, *Il medico di comunità*, in «Federazione Medica», n. 47, 1994, pp. 23-27.
- B. Paccagnella, *Il medico di famiglia e comunità in Italia. La difficoltà di cambiare*, in V. Cigoli, M. Mariotti, *Il medico, la famiglia e la comunità*, Milano, Franco Angeli, 2002.
- B. Paccagnella, *Lo specialista in Medicina di Comunità*, in «Annali di Igiene», n. 15, 2003, pp. 469-475.
- B. Paccagnella, *L'evoluzione del concetto di salute*, in «Pace diritti umani/Peace Human Rights», n. 3, settembre-dicembre 2005, pp. 21-36.
- A. Silver, K.W. Deuschle, *Graduate Training in Community Medicine at Mount Sinai: The Development of the Master of Science in Community Medicine*, in «The Mount Sinai Journal of Medicine», November 1990, pp. 364-367.
- B. Starfield, L. Shi, *Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective*, in «Health Policy», n. 60, 2002, pp. 201-218.
- R. Strassoldo, *Comunità*, in *Dizionario di Sociologia*, Roma, Edizioni Paoline, 1976, *ad vocem*.
- J.W. Tapp, K.W. Deuschle, *The Community Medicine Clerkship: A Guide for Teachers and Students of Community Medicine*, in «The Milbank Memorial Fund Quarterly», vol. 47, n. 4, October 1969.
- WHO, *Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion*, in *Proceedings of the International Conference on Health Promotion*, Ottawa, Ontario, Canada, November 1986, pp. 17-21.

