

## Formazione, università e diritto alla salute

**Gavino Macioce**

*La formazione dei professionisti sanitari non riesce a tenere il passo delle sfide della globalizzazione. In conseguenza di ciò i programmi didattici delle università sono frammentari, antiquati, statici che producono dei laureati poco attrezzati. I problemi sono sistemici: la formazione non va incontro ai bisogni dei pazienti e delle comunità; non promuove il lavoro di gruppo, e mantiene un'ingiusta stratificazione di genere; si focalizza su problemi tecnici senza comprendere il contesto più ampio, si concentra sui singoli episodi e trascurava la continuità delle cure; predilige le cure ospedaliere a spese delle cure primarie e la quantità piuttosto che la qualità,*

*con scarso interesse verso le performance del sistema sanitario. Lodevoli sforzi per rimediare a questi gravi difetti sono quasi sempre falliti, in parte a causa del cosiddetto tribalismo delle professioni, ovvero la tendenza di varie professioni di muoversi separatamente dalle altre, se non in competizione l'una contro l'altra. È necessario e urgente ridisegnare il profilo della formazione dei professionisti sanitari, anche in vista delle opportunità offerte dalla interdipendenza globale legata all'accelerazione del flusso di conoscenze e tecnologie e alla migrazione di professionisti e pazienti.*

RPS

### 1. I gravi limiti della formazione accademica

Nel 2010 la rivista «The Lancet» decise di costituire una Commissione con lo scopo di analizzare lo stato della formazione dei professionisti sanitari nel mondo e di fornire raccomandazioni per il futuro. *Education on health professionals for the 21st century: a global independent commission*, questo il titolo dell'iniziativa che coinvolse venti esperti provenienti da ogni parte del mondo (Frenk e al., 2010). L'occasione era data da un anniversario: era trascorso un secolo da quando negli Usa era stato pubblicato il *Flexner report*, un documento che avrebbe rivoluzionato la formazione medica negli Stati Uniti (e non solo) integrando il tradizionale curriculum delle scuole di medicina con il metodo scientifico. Si trattò di una riforma che consentì ai professionisti sanitari di allargare la loro conoscenza, aprendo le porte a una serie impressionante di scoperte scientifiche e di innovazioni tecnologiche, che contribuiranno – si legge – a raddoppiare la speranza di vita nel corso del ventesimo secolo.

«Ma all'inizio del ventunesimo secolo – afferma la Commissione – le cose non stanno andando affatto bene. Clamorose diseguaglianze nella salute persistono sia all'interno dei paesi, che tra paesi, evidenziando il nostro fallimento collettivo nel distribuire in maniera equa gli straordinari progressi della medicina. Contemporaneamente ci troviamo di fronte a nuove sfide. Nuove infezioni, rischi ambientali e comportamentali, insieme alla rapida transizione demografica ed epidemiologica, minacciano la salute di tutti. In tutto il mondo i sistemi sanitari faticano a restare al passo e diventano sempre più complessi e costosi, richiedendo un impegno sempre maggiore agli operatori sanitari». La formazione dei professionisti, in tutto il mondo, sembra aver ignorato tutto ciò: i programmi didattici delle università sono «frammentari, antiquati, statici che producono dei laureati poco attrezzati [...] I problemi – continua il documento – sono sistemici: la formazione non va incontro ai bisogni dei pazienti e delle comunità; non promuove il lavoro di gruppo, e mantiene un'ingiusta stratificazione di genere; si focalizza su problemi tecnici senza comprendere il contesto più ampio, si concentra sui singoli episodi e trascurando la continuità delle cure; predilige le cure ospedaliere a spese delle cure primarie e la quantità piuttosto che la qualità, con scarso interesse verso le performance del sistema sanitario. Lodevoli sforzi per rimediare a questi gravi difetti sono quasi sempre falliti, in parte a causa del cosiddetto tribalismo delle professioni, ovvero la tendenza di varie professioni di muoversi separatamente dalle altre, se non in competizione l'una contro l'altra».

## *2. La formazione medica e il contesto socio-economico. Il dibattito degli anni '70*

Queste affermazioni fotografano una realtà che già da alcuni decenni presentava gli stessi difetti: una medicina molto potente nella risoluzione di specifici problemi clinici, ma che non ha la capacità di affrontare i problemi più generali che emergono dal contesto sociale ed economico.

«Una larga parte della popolazione mondiale, forse più della metà, non ha accesso all'assistenza medica e per la maggior parte degli altri uomini le cure disponibili non sono adeguate ai loro bisogni. Per una ben triste ironia, i più brillanti successi delle scienze biomediche non arrivano a proiettare i loro effetti là dove ne è più acuta la necessità.

Un numero enorme di uomini muore di malattie prevenibili e curabili oppure sopravvive nell'infermità fisica per mancanza delle più elementari prestazioni della medicina moderna» (Bryant, 1969). Questo scriveva John Bryant, professore americano di sanità pubblica, già nel 1969. A sua volta uno dei più illustri studiosi britannici di scienze mediche, Max Rosenheim, così, negli stessi tempi, formulava le sue allarmate riflessioni: «Se, per i prossimi vent'anni non si facessero più ricerche, se ci fosse cioè una pausa nella ricerca, l'applicazione di ciò che è già noto, di ciò che è stato già scoperto, produrrebbe un diffuso miglioramento della salute del mondo. Come presidente della Commissione consultiva per la ricerca medica dell'Oms, io guardo con speranza ai nuovi progressi scientifici che ci attendono ma talvolta devo chiedermi se le grandi quantità di denaro che vengono oggi spese, in molti paesi, per la ricerca non potrebbero produrre un più rapido e cospicuo progresso della salute degli uomini ove fossero usate per applicare quanto è già noto» (Rosenheim, 1968, pp. 821-22).

Negli anni successivi, gli anni '70, le critiche alla medicina, vista più come casta autoreferenziale e come centro di potere, si fanno sempre più severe, basti pensare a ciò che scrivevano personaggi come Ivan Illich e Arcibald L. Cochrane.

«La corporazione medica è diventata una grande minaccia per la salute. L'effetto inabilitante prodotto dalla gestione professionale della medicina ha raggiunto le proporzioni di un'epidemia». Con queste due frasi si apre *Nemesi medica* di Ivan Illich (1926-2002), libro cult pubblicato in Italia nel 1976. Filosofo, bioeticista e sociologo, Illich è stato vice rettore dell'Università di Puerto Rico e fondatore in Messico del Centro Intercultural de Documentación (Cidoc) che aveva il compito di preparare i preti e i volontari alle missioni nel continente americano. L'idea centrale della sua vasta produzione saggistica è la seguente: «Quando i grandi servizi istituzionalizzati si sviluppano al di là dei loro limiti critici, diventano i principali ostacoli alla realizzazione degli obiettivi per cui sono concepiti e finanziati». «Durante le ultime generazioni – afferma Illich – il monopolio medico sulla cura della salute si è sviluppato senza freni usurpando la nostra libertà nei confronti del nostro corpo. La società ha trasferito ai medici il diritto esclusivo di stabilire cosa è malattia, chi è o può diventare malato e che cosa occorre fargli. [...] Un sistema di tutela della salute a carattere professionale e basato sul medico, una volta cresciuto al di là dei limiti critici, diventa patogeno per tre motivi: produce inevitabilmente un danno clinico che sopravanza i suoi potenziali benefici; non può non favori-

RPS

Gavino Maciocco

re, pur se le oscura, le condizioni politiche che rendono malsana la società; tende a mistificare e a espropriare il potere dell'individuo di guarire se stesso e di modellare il proprio ambiente».

Anche secondo Arcibald L. Cochrane, epidemiologo inglese (1909-1988), la medicina ha superato i limiti, per motivi diversi – ma non troppo – da quelli sostenuti da Ivan Illich. Nel suo libro *L'inflazione medica*, l'autore denuncia l'eccesso di prestazioni sanitarie – una sorta d'inflazione appunto – prescritte ed erogate senza un'effettiva necessità clinica e senza una documentata dimostrazione di efficacia, con il risultato di aumentare i costi del National health service britannico, senza ottenere benefici per la salute della popolazione. «L'inflazione medica – sostiene Cochrane – dipende da stimoli esterni, che sono rappresentati dai contributi dell'industria farmaceutica e della ricerca medica e dall'influenza dei “mass media”, cui la classe medica reagisce con un aumento dell'attività senza corrispondenti risultati tangibili. [...] L'inflazione potrebbe essere dominata sottomettendo le attività mediche a verifica mediante esperimenti controllati (Rtc) per stabilire l'influenza misurabile di ciascuna di esse sul decorso delle malattie. L'applicazione di questo criterio di efficacia dovrebbe condurre, in special modo, a una diminuzione del numero e della durata dei ricoveri per casi acuti, all'abbandono di numerose terapie inefficaci e a una importante limitazione degli esami di laboratorio, realizzando così sostanziali economie. Queste potrebbero permettere di migliorare la situazione dei settori più svantaggiati del servizio sanitario, e in particolare di aumentare gli stanziamenti destinati all'assistenza dei malati cronici, dei casi psichiatrici e degli handicappati» (Cochrane, 1978).

Negli stessi anni un altro epidemiologo inglese, Thomas McKeown (1912-1988), si sofferma sui limiti della medicina con un libro che entra in diretta polemica con il coetaneo e conterraneo A.L. Cochrane e che nel titolo (e anche nel contenuto) richiama il saggio di Illich: *La medicina: sogno, miraggio o nemesi?*. Secondo McKeown le critiche di Cochrane alla medicina sono superficiali: «il suo tipo di approccio suggerisce che non c'è nulla di seriamente sbagliato nelle tradizionali linee di ricerca medica e di politica sanitaria, a eccezione dello squilibrio negli investimenti tra assistenza e cura. [...] La mia posizione, a differenza di quella di Cochrane, è in breve la seguente. La scienza medica e i suoi servizi sono mal indirizzati e gli investimenti sociali nel campo della salute sono mal impiegati perché si basano su una concezione errata delle basi della salute umana. Si assume che il corpo umano può

essere considerato una macchina la cui protezione dalle malattie e dai suoi effetti dipende da un intervento nel suo interno. Questo approccio ci ha resi noncuranti delle influenze esterne e del comportamento individuale, che sono i determinanti più importanti della salute umana» (McKeown, 1978).

L'immagine del corpo malato come una macchina da riparare richiama il modello biomedico di medicina, su cui largamente si basa la formazione universitaria. Un modello messo in discussione dallo psichiatra George L. Engel (1913-1999) in uno storico paper pubblicato su «Science», dal titolo *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine* (Engel, 1977). «Il modello dominante di malattia – scrive Engel – oggi è biomedico, con la biologia molecolare la sua disciplina scientifica fondamentale. Questo modello si basa sul concetto che la malattia (*disease*) è interamente spiegata dalla deviazione dalla norma di variabili biologiche (somatiche) misurabili. Questo paradigma non lascia alcun spazio alle dimensioni sociali, psicologiche e comportamentali della malattia (*illness*). Il modello biomedico non solo richiede che la malattia sia trattata come un'entità indipendente dal contesto sociale, ma pretende anche che le alterazioni comportamentali debbano essere spiegate sulla base di alterazioni somatiche (biochimiche o neurofisiologiche). Così il modello biomedico abbraccia sia il riduzionismo, il punto di vista filosofico secondo cui i fenomeni complessi derivano alla fine da una singola causa primaria, sia il dualismo corporeo, la dottrina che separa il mentale dal somatico. Dal punto di vista riduzionistico gli unici strumenti concettuali e sperimentali disponibili per studiare i sistemi biologici sono quelli fisici». Engel propone un nuovo modello di medicina, il modello bio-psico-sociale, centrato sulla persona e i suoi bisogni e non sulla malattia. Il modello bio-psico-sociale è insieme una filosofia e una guida. Perché aiuta a comprendere come la malattia e la sofferenza sono l'effetto di molteplici fattori da quelli molecolari a quelli che riguardano l'intera società. Aiuta inoltre a capire l'esperienza soggettiva del paziente nelle sue diverse dimensioni – somatica, psichica, sociale – e consente quindi un'accurata diagnosi, un'adeguata risposta e, in conclusione un'assistenza più umana.

Negli anni '70 anche in Italia si levavano critiche molto radicali nei confronti della formazione universitaria. Massimo Gaglio, professore di medicina interna all'Università di Catania, affermava: «un insegnamento libresco e veterinario, un insegnamento spezzettato e ripetitivo che rifiuta ostinatamente di diventare critico con se stesso, che è avul-

RPS

Gavino Maciocco

so dal mondo circostante e dai suoi problemi: in breve, un insegnamento che nulla insegna sulla stessa medicina che lo studente dovrà praticare dopo la laurea» (Gaglio, 1976, p. 88).

Giulio Alfredo Maccacaro (1924-1977), medico, direttore dell'Istituto di Statistica medica e Biometria all'Università di Milano, fondatore delle riviste «Sapere» ed «Epidemiologia e Prevenzione» e del movimento per il diritto alla salute Medicina democratica, auspicava una Facoltà di Medicina «capovolta» affinché la formazione potesse cominciare «dalla realtà e non dalla teoria, dalla società viva e non dallo studio di un cadavere» (Maccacaro, 1979).

Maccacaro fu ideatore e curatore della collana «Medicina e Potere» della Feltrinelli, di cui *La medicina del capitale* (Polack, 1972) fu il primo volume pubblicato. «Ipotesi di lavoro di questa collana – scrisse Maccacaro – è che la medicina, come la scienza, sia un modo di potere: che, anzi, nella conversione e gestione scientifica di dottrine e pratiche, contenuti e messaggi, enti e funzioni, ruoli e istituti, divenga propriamente potere, sostanza e forma del suo esercizio [...]. Dire *medicina del capitale* – afferma Maccacaro – è intendere molto più che un'indicazione storica o sociologica; è proporre il risultato di un'analisi politica secondo la quale il comando capitalistico – nelle società da esso egemonizzate – è portato, per le necessità della sua affermazione e per il controllo delle sue contraddizioni, ad assumere la gestione totale del sistema medico in tutte le sue parti e relazioni. [...] Per la *medicina del capitale* la malaria non è più effetto di insalubrità secolari ma iniezione anofelina di *Plasmodium*, l'etisia non più prodotta dagli stenti e dalle ambascie ma dal *Mycobacterium tuberculosis*, il crepacuore non si dà più come risultato di dolenti emozioni ma per occlusione ateromatosa di un'arteria coronarica. E così ancora per altre verità innumerevoli e innumerevolmente riduttive. Di queste verità si illumina la nuova scienza e si arma la nuova medicina. [...] La vera medicina preventiva – afferma ancora Maccacaro –, l'unica che abbia senso e verità, non è quella che il capitale ci propone, ma quella a cui il capitale si oppone. È la medicina che rintraccia le cause patogene e le elimina invece di trattarsi agli effetti e mascherarli con la finzione del loro riconoscimento precoce. Però, se le cause sono nel modo di produzione, nella gestione sociale, nella costrizione di vita che il capitale ha imposto e impone, cioè se il capitale è – come è – esso stesso patogeno, potrà mai combattere contro di lui e per l'uomo la medicina che si è fatta mediatrice del suo comando sull'uomo?» (Maccacaro, 1972).

### 3. Il risveglio degli anni 2000

Il dibattito che si sviluppò negli anni '70 ebbe un significativo seguito dal punto di vista politico e anche scientifico (fu da allora che iniziarono ricerche e pubblicazioni su determinanti sociali e disuguaglianze nella salute), ma poco o nulla di tutto ciò filtrò nella formazione medica e nei programmi didattici. Bisogna aspettare gli inizi del nuovo millennio, con gli effetti destabilizzanti della globalizzazione, per assistere all'avvio di una discussione che coinvolge il mondo accademico e mette in discussione il ruolo della formazione medica.

Nel 2008 la Commissione sui Determinanti sociali di salute dell'Oms, a conclusione dei suoi lavori iniziati nel 2005, presentò il Rapporto finale *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health* (World health organization, 2008), che inizia con queste affermazioni: «La giustizia sociale è una questione di vita o di morte. Influisce sulle condizioni di vita delle persone, sul conseguente rischio di malattia e di morte prematura. Guardiamo con ammirazione al continuo aumento dell'aspettativa di vita e di buona salute in alcune parti del mondo, e con allarme al fallimento del miglioramento in altre. Una bambina che nasce oggi in alcuni paesi ha un'aspettativa di vita di 80 anni e in altri inferiore ai 45. Anche all'interno degli Stati ci sono drammatiche differenze di salute, strettamente connesse con il grado di svantaggio sociale a cui le persone sono esposte. Differenze di questa portata, all'interno e tra i paesi, semplicemente non dovrebbero esistere. Queste disuguaglianze in salute sono evitabili, non naturali, e dipendono – oltre che dall'efficacia dei sistemi sanitari – dalle circostanze in cui gli individui crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Le condizioni in cui le persone vivono e muoiono sono, a loro volta, modellate da forze politiche, sociali ed economiche. Le politiche sociali ed economiche hanno un impatto determinante sulle possibilità che un bambino ha di crescere e svilupparsi nel suo pieno potenziale e nel determinare se vivrà una vita florida o avvizzita».

Michael Marmot – già presidente della suddetta Commissione sui Determinanti sociali di salute – avendo ricevuto dal Governo inglese nel 2009 l'incarico di produrre un Rapporto sulle disuguaglianze e dovendo incontrare varie comunità locali, a Liverpool fu ospite dei pompieri della città. Questi gli spiegarono che loro erano impegnati anche in attività preventive: valutavano la qualità delle abitazioni, i comportamenti riguardo al fumo e in generale sui rischi d'incendio e

RPS

Gavino Maciocco

si prendevano cura dei problemi della comunità, promuovendo attività in favore dei giovani e delle persone anziane (Allen e al., 2013).

«Se ciò lo fanno i pompieri, perché no i dottori?» fu la domanda che Marmot pose all'Associazione dei medici britannici (*British medical association*, Bma), quando ne era presidente. I medici sono coinvolti nella cura delle malattie, ma molti accettano di avere un importante ruolo anche nella prevenzione. Se le malattie hanno la loro radice nel contesto in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano – i determinanti sociali di salute – perché i medici non dovrebbero essere coinvolti nelle cause delle malattie e, più precisamente, nelle cause delle cause? La Bma accettò la sfida e produsse un documento, *Social Determinants of Health – What doctors can do*, in cui si diceva ciò che avrebbero dovuto fare i medici nel campo dei determinanti sociali di salute (Bma, 2011). Ma per poterlo (e saperlo) fare i medici devono adottare una prospettiva olistica che il documento riassume in questa definizione: «la medicina olistica è una visione sistemica dell'assistenza sanitaria che considera il paziente come una persona all'interno di una comunità, di una famiglia, di un luogo di lavoro. Tiene conto dei fattori che riguardano gli aspetti somatici, emozionali, ambientali, sociali e quelli connessi agli stili di vita. Mette insieme i concetti di benessere psico-fisico e il benessere sociale e prende quindi in considerazione le capacità di una persona di interagire con la società: le abilità nel lavoro, nell'apprendimento, nel creare e mantenere le relazioni personali e sociali, come pure nel riuscire a essere libero da malattie evitabili, e riuscirci in un modo che sia accettabile per l'individuo» (ivi).

L'idea che i medici debbano occuparsi di determinanti sociali di salute viene raccolta dalle principali associazioni mediche britanniche, come il Royal college of physicians e il Royal college of general practitioners, producono un documento che – nel titolo *How doctors can close the gap* – si chiede come i medici possano ridurre le disuguaglianze nella salute (Royal college of physicians, 2010). La risposta è nel sottotitolo: *Tackling the social determinants of health through culture change, advocacy and education* (Affrontare i determinanti sociali di salute attraverso il cambio di cultura, la difesa dei più deboli e la formazione).

Molti medici – sostiene il documento – sono completamente focalizzati sugli interventi clinici, mentre tutti i professionisti dovrebbero adottare una prospettiva di salute che guardi oltre i bisogni immediati dei singoli pazienti e lavori per promuovere attivamente la salute e il benessere. Per fare questo è necessario produrre dei cambiamenti



- a) nelle attitudini dei medici nei riguardi dei determinanti della salute, b) nell'assistenza sanitaria e nel sistema sociale, e c) (nota bene!) nella formazione dei medici.

Occorre dunque:

- cambiare la prospettiva (*changing perspectives*): per affrontare efficacemente i determinanti di salute è necessario un approccio olistico ai problemi, con i medici che non solo si fanno promotori della salute e della prevenzione delle malattie, ma che collaborano con tutti gli altri settori della società per sviluppare soluzioni per ridurre le disuguaglianze. C'è bisogno di un più alto livello di coesione tra professionisti impegnati in diversi campi dell'assistenza sanitaria, affinché ci si possa occupare dei determinanti sociali della salute in modo più efficace e più mirato. Una maggiore interazione tra i team che si occupano di sanità pubblica e ricercatori, clinici, operatori sociali e amministratori locali, e un migliore flusso d'informazioni tra questi gruppi, aiuterà a stabilire quali iniziative di promozione della salute sono più efficaci e quali gruppi di popolazione sono meno serviti e protetti. La condivisione delle informazioni sulle migliori pratiche su come affrontare i determinanti sociali di salute dovrebbe essere incoraggiata e centralizzata. È comunemente riconosciuto che i medici sono tra i più rispettati professionisti nella società e questa benevolenza deve essere incanalata in programmi che affrontano le disuguaglianze nella salute. Bisogna che i medici a tutti i livelli si uniscano alle forze che si battono per l'equità nella salute, dagli studenti in medicina ai più potenti presidi delle facoltà di medicina. L'intera professione medica può usare la sua voce influente, sia a livello personale sia a livello locale o nazionale, per promuovere azioni sui determinanti sociali di salute;
- cambiare i sistemi (*changing systems*): la sfida chiave per affrontare le disuguaglianze nella salute è rappresentata dal fatto che i più svantaggiati e marginalizzati sono spesso gli ultimi nella società a ricercare l'aiuto medico. Ciò deriva da impedimenti fisici o mentali, problemi logistici, barriere linguistiche o anche da un'attitudine fatalistica verso la salute e dal considerare la malattia come inevitabile. Tutti i professionisti della salute devono impegnarsi con le loro comunità locali e lavorare per ampliare l'accesso ai servizi e per connettersi con i gruppi di popolazione più difficili da raggiungere. I programmi sanitari dovrebbero essere progettati per dare agli utenti più potere e più possibilità di aumentare il controllo sulla loro salute. È vitale fornire ai gruppi socialmente svantaggiati, e in

particolare ai giovani, un'informazione accessibile e amichevole sui problemi sanitari. Questi tipi di programmi devono procedere insieme a una generale ristrutturazione dei servizi di cure primarie che preveda una loro forte integrazione con i servizi sociali, educativi e per l'impiego. Le visite mediche devono essere l'occasione per conoscere i problemi sociali dei pazienti e individuare le aree di bisogno che potrebbero richiedere il supporto di settori non sanitari;

- cambiare la formazione (*changing education*): noi dobbiamo dare agli studenti in Medicina e agli specializzandi l'incoraggiamento e il supporto per interessarsi dei determinanti sociali della salute e promuovere la salute tra la popolazione, piuttosto che concentrarsi soltanto sulla cura dei singoli pazienti. È importante convincere gli studenti già nelle fasi iniziali della loro carriera di studi che imparare i determinanti sociali di salute li aiuterà veramente a migliorare la salute della società. I problemi di sanità pubblica riguardanti le disuguaglianze nella salute e dei determinanti sociali di salute dovrebbero essere inseriti in tutte le parti del curriculum degli studi e nella formazione pratica. Gli attuali corsi di sanità pubblica sono spesso aridi e poco interessanti e devono essere modificati per attirare l'attenzione degli studenti sui problemi delle disuguaglianze nella salute. È riconosciuto che il contesto in cui s'impara è importante quanto il contenuto dell'apprendimento; per questa ragione agli studenti dovrebbe essere offerta l'opportunità di fare esperienze in ambito sociale, a contatto con operatori sociali, gruppi comunitari, organizzazioni di volontariato. La formazione sui determinanti sociali di salute dovrebbe essere inclusa anche nelle discipline cliniche, dove la discussione sulle cause di una malattia dovrebbe tener conto del contesto familiare del paziente, del suo ambiente di vita e di lavoro. Per esempio quando si studiano le malattie respiratorie gli studenti dovrebbero conoscere in che modo il contesto socio-familiare può influenzare l'abitudine al fumo dei pazienti, e quali potrebbero essere le misure per ridurre tale impatto. Anche nell'ambiente ospedaliero la discussione dei casi clinici dovrebbe includere la prospettiva socioculturale.

Nel marzo 2001 si tenne a Erice, presso il Centro Ettore Majorana, un corso residenziale organizzato dal Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Firenze e promosso dalla Società italiana d'igiene (Siti) – *Flussi migratori e politiche per la salute* – che si concluse con una Dichiarazione rivolta alla società civile e alla comunità scientifica, elaborata e sottoscritta da operatori sanitari, ricercatori, docenti univer-

sitari provenienti da diverse realtà (Roma, Milano, Genova, Padova, Trieste, Bari, Catania, Palermo, Firenze), rappresentanti del volontariato (Medici senza Frontiere, Cuamm di Padova, Caritas di Roma, Naga di Milano) e di altre società scientifiche (come la Società italiana di medicina delle migrazioni), e di cui riportiamo alcuni brani.

«Mai come oggi l'Umanità soffre per così ampie e crescenti disuguaglianze nel reddito e nella salute. Eppure non sono lontani gli anni in cui l'Umanità sembrava incamminarsi in una strada di maggiore giustizia tra i popoli e di realizzazione dei principi solennemente enunciati nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (1948). Tra questi anche il diritto alla salute. Poco più di 20 anni or sono l'Organizzazione mondiale della sanità lanciava la campagna per la "Salute per tutti entro il 2000" e riaffermava che "la salute – come stato di benessere fisico, sociale e mentale e non solo come assenza di malattia e infermità – è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso a un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante" (Conferenza di Alma Ata, 1978). Il percorso verso una maggiore giustizia tra i popoli e verso una globalizzazione dei diritti sembra essersi interrotto. La globalizzazione dei nostri giorni è quella della finanza e dell'economia. Non è un caso che la Banca mondiale abbia di fatto sostituito l'Organizzazione mondiale della sanità nell'indicare – e in certi casi imporre – le linee di politica sanitaria internazionale, che sono quelle della sanità a pagamento, delle privatizzazioni dei servizi e delle assicurazioni: in una parola della salute come bene di consumo, a disposizione di chi vuole, ma soprattutto di chi ha i mezzi per acquistarla. [...] La comunità scientifica – e in particolare coloro che hanno il compito di produrre cultura, formazione e ricerca – ha il dovere di affrontare in modo diffuso e sistematico i temi dell'equità, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita degli uomini. Emerge sempre più forte la necessità di studi approfonditi, di valutazioni indipendenti, di una trasmissione estesa delle informazioni e delle conoscenze e pertanto la scuola e l'università non possono più a lungo sottrarsi a questo compito».

Il documento fu condiviso da tutti i partecipanti. La prima firma fu di Giovanni Berlinguer, che tenne nell'occasione la lezione magistrale.

Quell'incontro ebbe uno straordinario effetto catalitico. Di lì a poco si costituì l'Osservatorio italiano sulla salute globale (Oisg, [www.saluteglobale.it](http://www.saluteglobale.it)), di cui gran parte dei fondatori erano stati relatori al Corso di Erice (tra questi, appunto, G. Berlinguer). Dal 2004 l'Oisg pubblicherà periodicamente un Rapporto sulla salute globale. La nascita del-

RPS

Gavino Maciocco

l'Oisg favorì l'avvio di alcuni corsi accademici sulla salute globale. Si trattava di attività didattiche elettive (cioè complementari) per lo più svolte all'interno della Facoltà di Medicina, con contenuti variabili da sede a sede.

Il progetto *Equal opportunities for health: action for development* ha rappresentato un forte stimolo sia all'estensione geografica delle attività formative all'interno delle varie università, sia nella definizione condivisa dei contenuti della materia. Il progetto, finanziato dall'Unione europea, avviato nel 2007 e proseguito fino al 2014, si poneva l'obiettivo di promuovere e diffondere la cultura del diritto alla salute – della salute per tutti – nell'ambiente accademico e all'interno della società civile. Aveva come capofila l'organizzazione non governativa di Padova Medici con l'Africa - Cuamm ([www.mediciconlafrica.org](http://www.mediciconlafrica.org)) e vedeva la partecipazione di numerosi partner italiani ed europei. I partner italiani erano Oisg, le Università di Bologna e Firenze e il Segretariato italiano studenti in Medicina ([www.sism.org](http://www.sism.org)), storica organizzazione che raccoglie gli studenti di medicina di tutta Italia.

I primi passi del progetto furono quelli di disegnare la mappa delle attività didattiche accademiche che nei vari atenei facevano riferimento alla salute globale e predisporre gli elementi basilari dell'offerta formativa, facendo tesoro delle esperienze italiane in corso e di ciò che maturava in numerose realtà internazionali, soprattutto anglosassoni. Fu così elaborato il curriculum standard, un programma didattico basato su cinque moduli corrispondenti ai seguenti argomenti: 1) salute, determinanti e disuguaglianze nella salute; 2) l'origine e lo sviluppo dei sistemi sanitari, la salute come diritto umano; 3) salute, sviluppo e globalizzazione; 4) migrazioni e salute; 5) cooperazione sanitaria internazionale. Un punto cruciale per la diffusione dell'insegnamento della salute globale è stato quello della formazione dei formatori. Grazie a ciò è stato possibile coinvolgere altri docenti e avviare corsi di salute globale in nuove sedi universitarie. Complessivamente, al 2014, sono 26 le università italiane in grado di programmare e svolgere corsi di salute globale.

La naturale conseguenza di questo fiorire di iniziative è stata la costituzione della Rete italiana per l'insegnamento della salute globale (Riisg – [www.educationglobalhealth.eu](http://www.educationglobalhealth.eu)), un network nazionale che comprende istituzioni accademiche, società scientifiche e professionali, organizzazioni non governative, associazioni, gruppi e singoli individui impegnati nella formazione in salute globale, sia a livello universitario che di società civile. Principio fondante della Riisg è quello della coerenza rispetto all'approccio di salute globale sia nel metodo di lavoro, fondato

sulla piena partecipazione di tutti i membri, che nelle attività didattiche, centrate sullo studente, aperte alla multidisciplinarietà, orientate all'integrazione tra formazione teorica e attività pratica sul campo.

#### 4. Conclusioni

L'università non riesce a raccogliere la sfida prodotta dai cambiamenti globali avvenuti negli ultimi decenni e continua a sfornare personale sanitario inadeguato a rispondere ai bisogni della popolazione, rimpinguando le file di un esercito di professionisti sempre più indifesi di fronte alle lusinghe della medicina commerciale. Negli ultimi anni è cresciuta la consapevolezza di questi limiti e non sono mancati i tentativi di innovare i piani di studi, che si sono però tradotti in iniziative ancora marginali rispetto al nucleo centrale della formazione medica, ancora fortemente ancorata a una visione bio-medica e riduzionista.

Il lavoro della commissione costituita da «The Lancet» rappresenta un contributo importante alla discussione, data l'autorevolezza dei componenti e della stessa rivista. È per questo che – a conclusione di questo articolo – riportiamo le principali raccomandazioni del documento. «La formazione dei professionisti sanitari ha bisogno di una riforma che produca due fondamentali risultati: l'apprendimento trasformativo e l'interdipendenza nell'educazione. Noi consideriamo l'apprendimento trasformativo come il livello più alto di tre diversi livelli di apprendimento. Quello più semplice è l'apprendimento informativo che fornisce agli studenti le conoscenze e le abilità e produce gli “esperti”. Il livello successivo è l'apprendimento formativo che riguarda la trasmissione dei valori e il suo obiettivo è quello di produrre i “professionisti”. L'apprendimento trasformativo richiede un passo ulteriore perché ha il compito di aiutare lo sviluppo della leadership e trasformare i professionisti in “agenti del cambiamento”. L'apprendimento trasformativo richiede tre fondamentali cambiamenti: dalla memorizzazione dei fatti al ragionamento critico in grado di guidare la ricerca, l'analisi, la valutazione, la sintesi delle informazioni al fine di prendere delle decisioni; dalla ricerca di credenziali professionali al raggiungimento di competenze da usare all'interno di un gruppo di lavoro e nell'ambito di un sistema sanitario; da un modello educativo acritico a un altro creativo che utilizza risorse globali per affrontare le priorità locali. L'interdipendenza è un elemento chiave in un approccio sistemico perché mette in evidenza il modo in cui varie componenti inter-

RPS

Gavino Maciocco

agiscono l'una con l'altra, senza presupporre che queste debbano essere uguali. Come risultato desiderabile l'interdipendenza nell'educazione produce tre cambiamenti: da un'educazione isolata a una armonizzata all'interno del sistema sanitario; da istituzioni autosufficienti a reti mondiali, alleanze, consorzi; da assetti istituzionali auto-generati e auto-controllati a flussi globali di contenuti educativi, risorse pedagogiche e innovazioni».

### Riferimenti bibliografici

- Allen M., Allen J., Hogarth S. con Marmot M., 2013, *Working for Health Equity: The Role of Health Professionals*, Ucl Institute of Health Equity.
- Bma, 2011, *Social Determinants of Health – What Doctors Can Do*, ottobre.
- Bryant J., 1969, *Health and the developing world*, Cornell University Press, Ithaca.
- Cochrane A.L., 1978, *L'inflazione medica*, Feltrinelli, Milano.
- Engel G.L., 1977, *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, «Science», vol. 196, n. 4286, pp. 179-196.
- Frenk J. e al., *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*, «The Lancet», vol. 376, n. 9756, pp. 1923-58.
- Gaglio M., 1976, *Medicina e profitto*, Nuove Edizioni Operaie, Roma.
- Illich I., 1976, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
- Maccacaro G.A., 1972, *Lettera al Presidente dell'Ordine*, in Polack J.C., *La medicina del capitale*, Feltrinelli, Milano.
- Maccacaro G.A., 1979, *Per una medicina da rinnovare*, *Scritti 1966-1976*, Feltrinelli, Milano (ristampa di Maccacaro G.A., 1971, *Una facoltà di medicina capovolta*, intervista pubblicata su «Tempo Medico», novembre)
- McKeown T., 1978, *La medicina: mito, miraggio o nemesi?*, Sellerio, Palermo.
- Polack J.C., 1972, *La medicina del capitale*, Feltrinelli, Milano.
- Royal college of physicians, 2010, *How doctors can close the gap*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/rcp-report-how-doctors-can-close-the-gap.pdf>.
- Rosenheim M., 1968, *Health in the world of Tomorrow*, «The Lancet», n. 292, pp. 821-22.
- World health organization - Commission on social determinants of health, 2008, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, disponibile all'indirizzo internet: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf).