

CAPITOLO 2

**LE NUOVE FRONTIERE
DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE****2.1. Criticità nello sviluppo di piani della Promozione alla Salute
e Educazione Sanitaria****Politiche sanitarie e politiche per la salute**

Il Psn 1998-2000 è connotato da segni di forte discontinuità rispetto al passato, in specie quanto al tradizionale modo di definire gli indirizzi per il governo della sanità e le politiche rivolte alla tutela della salute degli Italiani. Tale hiatus è in qualche modo traumatico, ma, peraltro, assolutamente in linea con gli orientamenti scientifici più moderni ed introduce nel nostro Paese — anche in modo tempestivo — le indicazioni operative dell'OMS e della Comunità Europea.

L'Unione Internazionale per la Promozione della Salute e l'Educazione sanitaria, la Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, il Network Europeo delle Agenzie Promotrici di Salute, il Network europeo per la Promozione della salute nei luoghi di lavoro hanno da tempo prodotto un'abbondante documentazione, corroborata da numerosi esempi di attività di campo e di ricerca, sulla necessità di adottare una nuova filosofia: passare dal governo della sanità a politiche per la salute spiccando un ulteriore salto in avanti, dalla sola terapia alla prevenzione delle malattie, da questa alla promozione della salute.

Dopo l'approvazione della Carta di Ottawa, rimasta comunque troppo teorica e nelle intenzioni, l'OMS nella regione europea, con SALUTE 21 ha avanzato linee guida più precise per i Governi, indicando 21 nuovi obiettivi per il prossimo decennio e, con la strategia proposta in Verona Initiative "Investing in Health", ha spostato l'asse sulle politiche complessive di salute da sviluppare in tutti i comparti della Società nel suo complesso e non solo attraverso i servizi sanitari.

La Commissione Europea nel suo Action Plan 1999-2000 proposto al Parlamento ha assunto ugualmente questi indirizzi, anche se l'applicazione della specifica normativa del Trattato di Amsterdam incontra non

**Dal governo
della sanità
a politiche
della salute**

**OMS: 21 obiettivi
per la salute**

poche resistenze e soprattutto contrasti da parte dei ministeri economici e dal Ministero delle Politiche agricole.

I cardini principali su cui poggia questa diversa filosofia sono sostanzialmente due: politiche generali per la salute e intersettorialità, entrambi ben presenti nel nostro Psn 1998-2000.

La salute dei cittadini (recita appunto il Piano) “intesa come benessere fisico, psichico e sociale, non è il mero prodotto dell’amministrazione sanitaria e dei correlati servizi articolati nel Paese. Deve rappresentare, piuttosto, un obiettivo perseguito da tutte le istituzioni che, pur non avendo una diretta competenza sanitaria, esercitano funzioni che possono incidere sullo stato di salute della popolazione”.

È molto chiaro, pertanto, che essa deve essere presa in considerazione nelle varie politiche settoriali per i risvolti positivi o negativi che ciascuna di esse può avere: dalle politiche ambientali a quelle produttive e del lavoro, dalle politiche agricole a quelle energetiche e a quelle fiscali.

I fatti che sconvolgono l’Europa in questo passaggio particolarmente penoso ci obbligano anche a riparlare delle politiche degli armamenti e della difesa, cose di cui ci sembrava si potesse fare a meno!

**Salute come
investimento
produttivo**

Tutto questo complesso di azioni costituisce la Promozione della salute e concorre al pieno adempimento del dettato costituzionale, per il quale essa è un bene in sé di cui ciascuno possa disporre ab initio e non solo oggetto di tutela quando venga meno o sia messa in pericolo; ma anche un investimento produttivo, “un interesse della società” appunto.

Il superamento del concetto di salute come “diseconomia, esternalità”, oramai accettato anche dalla maggior parte delle grandi imprese — molte delle quali hanno inserito la salute dei lavoratori nei programmi di qualità o di Total Quality Management o addirittura adottato la pratica della Promozione della salute nei luoghi di lavoro — incontra tuttavia ancora resistenze, nonostante sia sempre più diffusamente considerata componente e risorsa dell’attività economica, non una mera passività come si riteneva in passato.

Intersettorialità

Per il raggiungimento dell’obiettivo salute nel Psn viene chiamata in causa l’intera compagine governativa, in un contesto di collegialità ma soprattutto di intersettorialità, con la concertazione di azioni specifiche assunte da ciascun Ministero e sviluppate con lo stesso modello a livello delle articolazioni periferiche dello Stato, dalle Regioni, Province e Comuni.

Il concetto di intersettorialità in esso sottolineato ampiamente, chiama altresì in causa tutte le altre componenti della società, nel pubblico e nel privato: il complesso delle funzioni istituzionali e dei servizi, le forze sociali, le organizzazioni dei cittadini, il volontariato laico e religioso. Raccomanda in modo non equivoco un rinnovato sforzo per riattivare la

partecipazione responsabile dei cittadini non solo per il contenimento della spesa, ma anche per la definizione delle scelte collettive ed i comportamenti individuali.

In ciò viene richiamata ed indicata come elemento chiave l'educazione alla salute, strumento indispensabile per il coinvolgimento dei cittadini. Deve tuttavia essere chiaro che essa non è sinonimo di promozione della salute, concetto globale che coinvolge l'intero complesso dei poteri societari, ma solo una parte di essa, quella diretta verso i cittadini per facilitare e sollecitare la loro azione.

**Educazione
alla salute**

Soggetti e situazioni. Lo sviluppo della Promozione della salute

I campi di applicazione della Promozione della Salute, come definiti nella Carta di Ottawa e declinati nei 21 obiettivi OMS per il XXI secolo, riguardano l'ambiente (*create supportive environments*), i servizi sanitari (*reorient health service*), la comunità (*strengthen community action*), il contesto generale (*enable, mediate, advocate*), i singoli individui (*develop personal skills*) ricompresi in un'azione generale di sviluppo di una politica pubblica per la salute (*build healthy public policy*). I termini della questione sono noti da tempo e non è quindi necessario entrare nel dettaglio di ciascuno di essi, indicando il che cosa ed il chi di ciascun intervento preconizzato.

**Campi
d'applicazione**

Vale solo la pena di sottolineare come l'azione sviluppata attraverso il servizio sanitario, ancorché importante, rappresenta solo una parte e non la più grande dell'intero spettro che la promozione della salute comprende. Eppure sino ad oggi, nella maggior parte dei Paesi, la maggiore attenzione, rispetto ai programmi aventi in qualche modo specifica attinenza con la salute, è stata posta sulle strutture e sugli operatori della sanità. Anche sui motivi di ciò è stato a lungo discusso e non vale la pena di soffermarvisi. Vale piuttosto la pena di esaminare brevemente quanto sia stato fatto in tutti i diversi settori, in modo diretto o indiretto, per rendere operativa la teoria della Promozione della salute.

**L'azione sanitaria
insufficiente**

Rispetto alle politiche ambientali, tra posizioni eccessivamente allarmistiche e rassicurazioni troppo ottimistiche da cui è difficile trarre una ragionevole certezza sullo stato effettivo del nostro pianeta e dei vari ecosistemi in cui l'umanità vive, possiamo senza dubbio dire che tra quanto è stato detto e ciò che è stato fatto esiste certo una grande distanza, un mare appunto, anche se le opinioni dei più depongono per un ambiente nel complesso migliore. Le risoluzioni della Conferenza di Sundsvall, le importanti dichiarazioni della Conferenza di Rio sono rimaste in buona parte inapplicate e la creazione di autorità per l'ambiente, a

**Politiche
ambientali**

**Valutazioni
e impatto
ambientale**

vario livello, non ha ottenuto risultati pari alle attese. Vale per l'ambiente quanto prima è stato osservato per la salute: molte cose sono state messe in moto ma esiste una dissociazione molto evidente tra i problemi ambientali e le politiche settoriali — energetiche, produttive, insediative, infrastrutturali... — che su di esso impattano; anzi in molte di esse il problema ambientale non viene nemmeno considerato. La Valutazione di Impatto Ambientale è una pratica certo tra le meno seguite. È questo probabilmente il settore più debole dal nostro punto di vista, specie se si considerano alcuni ambienti particolari, come quello di lavoro dove, rispetto a tutto il resto del vivere civile, rimangono contraddizioni non accettabili. Per non parlare del degrado di molte realtà urbane, non solo metropolitane.

**Disuguaglianze
ed emarginazione**

Così la creazione di condizioni sociali e lo sviluppo di ambiti comunitari, in cui relazioni favorevoli consentano condizioni di vita civili e democratiche che promuovano la salute — pur avendo il nostro Paese fatto senza dubbio passi in avanti — non è un fatto acquisito e soprattutto non è un fenomeno distribuito su tutto il territorio nazionale e nei confronti di tutti gli individui. Disuguaglianze, differenze, varie forme d'iniquità distinguono numerosi gruppi e sottogruppi, in cui è frammentata la popolazione che vive sul nostro territorio. Fenomeni d'emarginazione per vari motivi colpiscono sempre più numerosi soggetti, risorgono qua e là fenomeni d'intolleranza, se non di razzismo, attenuati in questa fase di guerra alle porte da spinte ammirevoli di solidarietà. Ciò che pare più preoccupante tuttavia è la caduta dell'attenzione generale su questi problemi, quasi fossero di poca rilevanza; sembra avanzare fra la gente una pacata sopportazione, una progressiva tolleranza, fin quasi accettazione, di fenomeni patologici (le morti violente e per infortuni, ad.es.), di comportamenti anomali e microcriminalità, di altre forme di devianza che in passato erano fortemente stigmatizzate o francamente condannate.

**Informazione
come fattore
di rischio**

L'opinione pubblica e l'attenzione delle masse è attratta e si forma su disvalori, mode, temi futili e marginali sotto la spinta violenta e rumorosa di forme dirette ed indirette di propaganda, d'interessi diversificati che fanno un uso distorto dei grandi mezzi di comunicazione di massa; questi ultimi dunque, più che produrre un grande effetto benefico attraverso una sistematica ed approfondita diffusione di informazioni utili, generano confusione, rumore, imbarazzo ed indecisione. Il gran sogno di aumento delle conoscenze e della coscienza nella società dominata dai mass-media e dall'informatica distribuita, rischia di produrre un'ancora maggiore distanza tra i decisori e la gente, fra le decisioni e la reale possibilità di quest'ultima di partecipare ad esse, specialmente fra quella parte della popolazione meno dotata di strumenti di critica e già in via di emar-

ginazione: gli anziani, gli immigrati o quei cittadini più colpiti dalla crisi dei valori, come la gran parte degli adolescenti.

Esiste, tuttavia, in questo momento storico una maggiore attenzione ai problemi della salute, condizione favorevole all'adozione di stili di vita appropriati, il tema della Promozione e dell'educazione alla salute dovrebbe dunque trovare maggiore presa.

Questa maggior consapevolezza per la propria salute è probabilmente legata all'effetto di messaggi positivi che sono comunque giunti alla popolazione e, senza alcun dubbio, agli sforzi sinora compiuti nel settore della sanità che indubbiamente, pur tra molte insoddisfazioni e lamentele, è stato quello cui — nell'ampio spettro della Carta di Ottawa — è stata posta maggior attenzione, avendo assunto, a torto o a ragione tutte le incombenze connesse con la salute. Esso ha fatto senza dubbio passi in avanti eccezionali, specie nel settore della cura e della prevenzione delle malattie (in particolare quella secondaria), ma ora non può più operare da solo.

Qualcosa si è mosso e si muove nella scuola. In essa da lungo tempo la pratica dell'educazione alla salute è invalsa, anche in questo caso, con un'ambivalenza impressionante tra disposti normativo-programmatici ed effettive realizzazioni, nonché con le solite differenze da luogo a luogo, fra le diverse scuole e tra i diversi gradi di esse. Dalle prime disposizioni riguardanti le scuole primarie: elementare e media, si è passati alla predisposizione di progetti di indirizzo nazionale nelle scuole secondarie superiori, per la lotta contro l'emarginazione e la tossicodipendenza, il disagio giovanile e l'abbandono scolastico, con la distribuzione di fondi resi disponibili dal Ministero degli affari sociali. Presso ogni scuola è stato individuato un referente per l'educazione alla salute, scelto tra i professori in servizio attivo. Mette conto di ricordare i programmi Ragazzi, Giovani, Genitori, realizzati negli anni '95-'96-'97, come anche le campagne nazionali contro la diffusione dell'HIV-AIDS, supportate dall'Istituto Superiore di Sanità. Purtroppo deve registrarsi un'incredibile sfasatura tra l'espressione di volontà programmatiche e l'effettiva utilizzabilità delle risorse e realizzabilità dei progetti da parte degli organismi periferici del Ministero e delle scuole, nonché le controverse questioni, specie relativamente alle campagne, di un persistente centralismo ministeriale. Nell'anno 1997-98 è stato riordinato tutto il complesso delle attività in questo campo, con la predisposizione ed il lancio di alcuni progetti, fra cui uno di riqualificazione ed aggiornamento dei docenti, con una discreta disponibilità finanziaria relativa al bilancio del 1996; ad oggi, comunque, tutto è ancora fermo.

Recentemente è stata anche recepita la politica della Promozione della

**Educazione
alla salute
nelle scuole**

salute, attraverso l'adesione al progetto dell'OMS "Scuola promotrice di salute". Ciò tuttavia non è diventato patrimonio di tutte le scuole.

Le realizzazioni: esempi e modelli di buona pratica

È impossibile dare conto in una breve sintesi di tutto ciò che si fa nel Paese a proposito di promozione della salute ed educazione alla salute. In primo luogo per la varietà degli attori in gioco che vanno dai servizi del servizio sanitario nazionale al volontariato, passando per altri soggetti istituzionali (scuola, enti locali) e molta parte del terzo settore profit o non. In secondo luogo, e come conseguenza del punto precedente, per l'estrema eterogeneità della documentazione e la dispersione delle fonti di informazione. Il panorama della documentazione per l'educazione alla salute e la promozione della salute in Italia è caratterizzato da una polverizzazione di centri di documentazione con capacità di archiviazione e recupero delle informazioni estremamente varie. Questo quadro va evolvendo tuttavia verso una maggiore possibilità di scambio a partire dalle potenzialità relazionali degli strumenti informatici in particolare attraverso l'uso della rete internet, in cui via via i maggiori soggetti della documentazione stanno inserendo le proprie banche dati. Allo stato non si può dire esattamente quanti depositi informativi effettivi esistano in Italia.

Per questo capitolo, quindi, abbiamo attuato una riduzione della complessità del pianeta educazione/promozione della salute in Italia, operando in due direzioni. In primo luogo, decidendo di utilizzare poche e generalizzate fonti di dati; sostanzialmente due: una ricerca bibliografica volta ad individuare le principali sintesi elaborate sull'argomento e la interrogazione della banca dati del SEDES che, tra i depositi attualmente operativi in Italia, è quello che possiede la potenzialità informativa maggiore, effettuando una rilevazione di portata nazionale e potendo disporre di un accesso facilitato alla biblioteca del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria.

Azioni principali

In secondo luogo, si è scelto di dar conto solamente di alcune azioni principali, in corso oggi in Italia, quelle che — in quanto dotate di un elevato grado di formalizzazione e continuità e di un forte contenuto intersettoriale — possono essere identificate come modelli di buona pratica. Sono stati scelti quindi — per questa prima relazione e in attesa che si attivi in Italia un Osservatorio della promozione e dell'educazione alla salute razionale ed efficiente — i seguenti progetti: Città Sane, Scuola promotrice di Salute, Ospedali promotori di Salute. A queste tre azioni di portata

nazionale si è deciso di affiancare anche una descrizione dello stato dell'arte nel campo del lavoro (Promozione della Salute in Ambiente di Lavoro) ed in quello della riduzione del danno da sostanze stupefacenti. Questi due campi di intervento rappresentano ambiti molto promettenti per la sperimentazione di azioni di promozione della salute sia per la rilevanza dei fenomeni di salute/malattia che si producono al loro interno sia per il forte impatto sociale ad essi collegato e per l'alto grado di innovatività delle azioni educative e di promozione della salute richiesto, tematiche effettivamente coerenti con la logica enunciata a livello internazionale, a partire da Ottawa.

La lacuna informativa attualmente esistente potrà essere sanata ove venga messo a regime il progetto di "Sistema informativo nazionale per la Promozione della salute e l'Educazione sanitaria", portato a termine nel corso dell'anno 1999, che dovrebbe collegare il Ministero della Sanità con i Centri di Documentazione attualmente esistenti e creare una rete comunicativa su tutto il territorio nazionale con le altre banche dati esistenti, dalle quali ricevere ogni informazione utile allo scopo.

Uno sguardo d'insieme alla pratica della Promozione della Salute in Italia

Sono state estratte dalla banca dati del SEDES tutte le voci indicizzate con il descrittore Promozione della salute, archiviate tra il 1996 ed il 1998. La ricerca ha dato luogo complessivamente a 31 indicazioni. Da queste sono state selezionate 11 voci contenenti descrizioni di interventi o comunque informazioni che permettono di individuare azioni delle quali sono individuabili i promotori. Questi interventi sono stati ulteriormente classificati in base alle variabili: contesti operativi, target e contenuti.

Gli interventi archiviati nella banca dati del SEDES coprono un ampio spettro di contesti operativi che nella maggior parte dei casi si integrano tra loro nel momento operativo, evidenziandosi così la realizzazione del principio di intersettorialità: scuola (n.5), ospedale (n.4), piccole comunità territoriali (n.3).

Coerentemente anche i destinatari degli interventi più rappresentati appartengono alle prime età della vita: infanzia e adolescenza sono destinatari di 8 interventi. L'altro raggruppamento che si evidenzia è quello dei pazienti, ospedalizzati o non, cui sono destinati 4 interventi. Altri target sono: operatori sanitari (n.2), donne (n.1), anziani non ospedalizzati (n.1). Lo spettro dei contenuti degli interventi è estremamente ampio e disperso, tuttavia possono essere identificate tre aree omogenee: la prima (n.9)

Interventi

include i temi della qualità di vita in generale e del rapporto con l'ambiente oppure il benessere in alcuni momenti cruciali dell'esistenza individuale come la maternità. La seconda area è quella dei fattori di rischio legati allo stile di vita personale ed al lavoro (n.9). Infine la terza area riguarda gli interventi che seguono la logica della promozione della salute ma che si collocano in un ambito di malattia a base cronico-degenerativa (n.4).

La rilevazione esclude qualsiasi tentazione di rappresentatività dei dati raccolti rispetto alla realtà nazionale, in relazione all'estrema variabilità e dispersione della documentazione sui temi che riguardano questo capitolo. Lo stato degli interventi che si richiamano alla promozione della salute in Italia è oggi certamente più variegato — e non sempre in positivo — di quanto non possa essere visualizzato da questi dati.

Certamente però, anche da una rilevazione così esigua, emergono tendenze che meriterebbero di una verifica più estesa. In generale i principi della promozione della salute cominciano a trovare forme e modalità di implementazione valide in interventi reali. Sembra cioè in via di superamento la sovrapposizione concettuale con l'educazione sanitaria ancora rilevabile qualche tempo fa. La descrizione degli interventi — seppure solo attraverso abstract — permette di cogliere abbastanza nettamente l'attenzione riservata dagli operatori alla dimensione intersettoriale e di networking della promozione della salute, alla valorizzazione degli *ambienti* come contenitori dei processi di salute, al cambiamento delle organizzazioni dei servizi, in particolare ospedalieri, in vista della promozione di una salute globale. Questi tre elementi certamente collocano queste azioni nella linea sancita per la promozione della salute a partire dalla Carta di Ottawa (1986) fino alla Dichiarazione di Jakarta (1998). Anche sul piano interpretativo qualche considerazione può essere fatta in vista di un approfondimento da condurre quanto prima. Il progresso rilevabile in questo momento va visto in primo luogo come il risultato di un'evoluzione scientifica e culturale in atto nel nostro Paese, dimostrazione della quale sono l'adesione crescente — ancorché numericamente ancora limitata — ai grandi progetti transnazionali di *reti per la salute* (scuole, ospedali, municipalità) e la partecipazione e l'interesse suscitati dallo svolgimento in Italia della III Conferenza Europea IUHPE sulla qualità della promozione della salute (Torino, 1996). Certamente poi a questo movimento una spinta molto forte è stata impressa dalla centralità attribuita all'azione promozionale ed educativa per la salute dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 e dai conseguenti Piani regionali.

Le reti

- nel contesto comunitario: la rete italiana delle Città Sane
La finalità del progetto dell'OMS *Città Sane* è quella di coinvolgere le Amministrazioni locali nello sviluppo di politiche nelle quali la salute sia uno dei principali valori di riferimento. La partecipazione italiana al progetto ha inizio nel 1987 con l'adesione delle città di Milano e Padova. Nel 1995 si è costituita formalmente la Rete Italiana delle Città Sane che è attualmente composta da 95 Comuni in 17 regioni. L'organizzazione della Rete attribuisce al comune di Bologna la funzione di coordinamento organizzativo generale, al comune di Padova il supporto metodologico nella elaborazione dei profili di salute ed al comune di Prato il coordinamento delle attività che coinvolgono il terzo settore. Per l'economia del capitolo non rendiamo conto delle varie azioni che i diversi progetti contemplano, anche perché sono molto variegate in rapporto con la diversità delle situazioni. Si tratta comunque di interventi di largo respiro, che riguardano vari aspetti della vita urbana correlati con la salute.

Città Sane

- nel contesto sanitario: gli Ospedali promotori di salute
Il progetto Health Promoting Hospitals nasce alla fine degli anni '80 con il concorso dell'Ufficio Europeo OMS con lo scopo di collegare e sostenere gli ospedali che intraprendono iniziative di trasformazione e riorientamento basato sull'approccio di *setting*. Nel periodo 1993-97 viene avviato e sviluppato il Progetto Europeo degli Ospedali Pilota in cui 20 Ospedali europei si impegnano a sviluppare ciascuno 5 progetti di promozione della salute. Nel 1995 viene lanciata l'idea di costituire le Reti Nazionali per incorporare nell'organizzazione, nei principi e nella cultura ospedaliera le specificità della promozione della salute. Obiettivo dichiarato: migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, le condizioni di lavoro, la soddisfazione degli operatori e degli utenti. Ogni Ospedale si impegna a realizzare almeno 3 progetti.

**Ospedali
promotori
di salute**

In Italia i primi due Ospedali aderenti al movimento sono stati l'Ospedale di Padova e l'Ospedale "Buzzi" di Milano. Nel quadro della riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale e in particolare nel quadro della logica aziendale, la filosofia di fondo proposta è quella della qualità totale con al centro gli interessi e la soddisfazione del cliente. Ciò impone un'attenzione alla valutazione dei processi assistenziali poiché la qualità del servizio

erogato dipende dalla qualità delle singole azioni che lo costituiscono. Nel 1995 comincia il lavoro di preparazione per la costituzione della Rete Regionale Veneta alla quale, alla fine del 1996, avevano aderito 17 Aziende ospedaliere delle 24 della Regione. Nello stesso anno, nel corso del I Workshop della Rete Veneta, viene definito il campo di azione del primo progetto comune: "Ospedale e servizi sanitari senza fumo". Nel 1996 la Rete Regionale Veneta è stata designata dall'OMS e dal Ministero della Sanità quale Centro di Coordinamento della Rete Italiana degli Ospedali promotori di salute e la sua organizzazione indicata come riferimento metodologico organizzativo per le altre Reti regionali Italiane. All'iniziativa veneta, fa seguito nel 1997 la costituzione formale della Rete Piemontese e nel Gennaio dello stesso anno si tiene la Prima Conferenza Nazionale degli ospedali promotori di salute. Infine, nel Marzo del 1998 si tiene la Seconda Conferenza Nazionale durante la quale viene sancito un accordo di programma tra le due reti in direzione della costituzione della Rete Nazionale.

**Scuole
promotrici
di salute**

- nel contesto scolastico: le Scuole promotrici di salute

In Europa, ad opera della OMS, cui si sono aggiunte poi altre organizzazioni internazionali, è stato dato il via ad un'azione concertata per la estensione del lavoro di educazione alla salute che già nelle scuole veniva svolto. Con essa dovevano essere presi in considerazione tutti gli aspetti della vita scolastica: lo sviluppo del senso olistico della salute, dall'ambiente all'organizzazione del lavoro, dalle attività collaterali alla ristorazione e così via. Passando quindi dalla prevenzione delle possibili patologie dell'infanzia alla trasformazione del vivere nella scuola come momento fondamentale per l'armonica crescita dello scolaro, All'iniziativa hanno aderito praticamente tutti i Paesi Europei, creando una rete molto ampia di soggetti che hanno adottato questa strategia e la stanno tuttora portando avanti.

In Italia l'iniziativa è stata recepita dal Ministero della Pubblica Istruzione, che ha selezionato un gruppo di scuole campione in alcune regioni italiane per dare il via al progetto in modo sperimentale ed è seguita da quello della sanità. Tuttavia il referente per l'OMS del progetto è il Ministero della Sanità; sarebbe quanto mai auspicabile una stretta collaborazione ed integrazione fra i due Dicasteri.

I luoghi di lavoro

La promozione della salute costituisce un concetto relativamente nuovo nel quadro delle azioni per la salute condotte nei luoghi di lavoro in Italia sia perchè anche questo setting risente del ritardo storico con cui essa è entrata nel nostro Paese sia perchè le politiche del lavoro in Italia hanno subito considerevoli cambiamenti rispetto ai quali i temi della salute non hanno rappresentato un vincolo di cui tenere prioritariamente conto. La stessa composizione della struttura delle imprese, in cui predominano le piccole e medie, rappresenta un ostacolo alla sua diffusione nell'ambiente di lavoro.

La sensibilità degli operatori e dei decisori della sanità relativamente all'importanza del lavoro come fonte di rischio e danno per la salute è alta in particolare in alcuni settori produttivi come l'edilizia e l'agricoltura, tanto che nel recente Piano sanitario nazionale 1998-2000 si scrive: "La salute ed il benessere nei luoghi di lavoro sono gli obiettivi più importanti da raggiungere per assicurare attività produttive sicure, e competitive". Si sostiene dunque chiaramente l'idea che la salute ed il benessere dei lavoratori sia un fattore produttivo positivo, piuttosto che un costo, per le imprese. Questa tendenza della programmazione sanitaria generale del Paese, è accompagnata da azioni di sostegno che trovano nell'Istituto Superiore Protezione e Sicurezza dei Lavoratori l'attore principale e che ha introdotto la promozione della salute nei luoghi di lavoro tra i suoi obiettivi strategici. Per il conseguimento di questi obiettivi l'Istituto ha dedicato fondi del proprio bilancio ad azioni specifiche nel settore volte alla produzione di pacchetti formativi e linee guida nei settori del lavoro cruciali per la salute ed ha avviato un'azione di sensibilizzazione del mondo produttivo che si è coagulata nell'organizzazione di una Giornata nazionale di informazione sul tema della promozione della salute nei luoghi di lavoro e nell'adesione alla Rete Europea. Sul piano realizzativo non è possibile rintracciare che alcuni segnali, tuttavia incoraggianti, di implementazione di azioni orientate alla promozione della salute nei luoghi di lavoro. Nella grande e media industria, ad esempio, crescente attenzione viene data allo sviluppo delle risorse umane in termini di professionalità e qualificazione come fattori di successo aziendale nonché all'impatto dei processi produttivi sull'ambiente esterno. Inoltre, è verificabile un atteggiamento positivamente orientato alla qualità totale, di cui la salute viene reputata un aspetto essenziale.

La piccola impresa, invece, costituisce il settore, in cui la promozione della salute trova i più seri ostacoli ad affermarsi. In questo settore, in presenza di pochissimi meccanismi di sostegno economico, l'adozione di

**Linee guida
per la salute**

**Il problema
della piccola
impresa**

azioni in tal senso è lasciata alla buona volontà dei singoli imprenditori. Un segnale incoraggiante in direzione del sostegno alle piccole imprese è rappresentato dalla disposizione del Ministero del Lavoro che attribuisce una riduzione del 5% del premio INAIL per quelle imprese che dimostrano di essere in regola con le disposizioni normative in tema di salute, sicurezza e prevenzione. Tuttavia, su 3.000.000 di imprese potenzialmente interessate al decreto, solo 50.000 hanno al momento deciso di valersi di questa possibilità. Del tutto recentemente (fuori dai termini temporali della Relazione, ma prima che essa sia edita) il Ministero del Lavoro e quello della Sanità, hanno promosso una Conferenza a Genova, da cui ha esitato un documento programmatico molto importante "Carta 2000. Sicurezza sul lavoro", che contiene impegni precisi nel senso da noi auspicato.

Nonostante alcuni segnali positivi, complessivamente si può sostenere che la strategia di promozione della salute incontra ancora molte difficoltà ad affermarsi nel nostro Paese dove domina una cultura ancora orientata ad un modello di intervento sulla salute di tipo prevenzionistico e sanzionatorio. Oltre questo l'ambiente di lavoro è considerato ed utilizzato come centro di aggregazione di gruppi omogenei di popolazione nei confronti dei quali attivare interventi di prevenzione di rischi non strettamente collegati al lavoro (cardiovascolari, dismetabolici, neoplastici).

La riduzione del danno da sostanze stupefacenti

**L'operatore
di strada**

Alcuni strumenti operativi per la riduzione del danno derivato dall'uso di sostanze stupefacenti — operatività di strada, attivazione di servizi a bassa e bassissima soglia — trovano oggi un definitivo consenso tecnico tra gli operatori. Altri strumenti della politica di riduzione del danno sono ancora in discussione in Italia, sebbene in altri Paesi, che condividono con il nostro un analogo pattern di consumo e diffusione delle sostanze, essi si siano dimostrati efficaci tanto nel ridurre la morbosità e la mortalità collegate come nel migliorare la qualità della vita dei tossicodipendenti. Attualmente la riduzione del danno trova la sua espressione più estesa nelle attività di strada svolte in collaborazione tra servizio sanitario pubblico, volontariato e cooperazione sociale; in questa la figura dell'operatore di strada identifica sempre più i connotati di una specifica professionalità a cavallo tra l'azione diretta alla persona e quella di attivazione della rete sociale di sostegno. Un complesso di azioni che possiamo senza dubbio considerare di Promozione della Salute.

Le azioni di Educazione alla Salute in senso stretto

Proporre uno sguardo d'insieme sulla pratica dell'educazione alla salute in Italia è attualmente pressoché impossibile per due motivi principali: l'assenza di una standardizzazione nelle procedure di documentazione e l'ancora insufficiente diffusione dei centri di documentazione, soprattutto nel meridione del Paese il che esclude dalla documentazione una fetta dell'attività prodotta in questo campo. Come primo contributo alla valutazione complessiva di queste azioni, ci si è pertanto limitati ad una ricognizione di sfondo attraverso l'uso della banca dati nazionale del SEDES di Perugia. L'interrogazione è avvenuta utilizzando come parole chiave i temi proposti all'attenzione dei servizi dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 come le priorità di intervento nel campo degli stili di vita: prevenzione dell'alcool, alimentazione, fumo di tabacco, ambiente di lavoro, prevenzione degli incidenti.

La ricerca ha prodotto 111 titoli dei quali però meno della metà (n. 40, 46.8%) rappresentano descrizioni di progetti o interventi sul campo, la parte rimanente è costituita da indagini di varia natura, epidemiologiche, sociologiche, ecc, volte a rappresentare i fenomeni osservati in popolazioni di varia ampiezza per lo più a scopo di analisi dei bisogni e caratterizzazione della domanda di intervento da parte dell'utenza.

**Assenza di
standardizzazione
documentale**

Aree tematiche degli interventi di educazione alla salute - 1997/1998

	Totale	Interventi
	N.	N
Alimentazione	35	16
Ambiente di lavoro	28	7
Alcol	25	8
Prevenzione del fumo	19	7
Prevenzione incidenti	10	2
TOTALE	117	40

In realtà siamo a dimensioni di gran lunga superiori, come abbondantemente dimostrato nelle esperienze presentate all'ultima Conferenza Italiana di Educazione Sanitaria e nel recente Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva.

Il setting "scuola": ambito privilegiato dell'educazione alla salute

Un rilievo particolare è stato attribuito alle azioni educative attuate nell'ambiente scolastico che, sia per la tradizionale intensità e frequenza degli interventi sia per la ricchezza normativa che sostiene l'educazione alla salute in questo specifico setting, costituisce un ambito di analisi privilegiato nel panorama degli interventi educativi a favore della salute. L'indagine effettuata presso l'archivio del SEDES di Perugia ha consentito l'individuazione — per le parole chiave "Scuola" e "Educazione sanitaria" — di 97 documenti comprendenti 49 programmi di intervento e 47 rapporti di ricerche sul campo. L'analisi dei documenti è stata condotta rilevando le seguenti variabili non tutte peraltro presenti contemporaneamente:

- l'area geografica,
- il ruolo assunto dall'istituzione scolastica e sanitaria (promotore o associato)
- il contenuto tematico principale
- il livello scolastico (materna/elementare e Media inferiore/superiore).

Le tabelle successive mostrano la distribuzione degli interventi secondo le variabili indicate.

Ruolo della scuola e del servizio sanitario nella promozione degli interventi (%)

	%	Scuola Promotore	Serv. san. Promotore	Scuola Associato
Italia Settentrionale (55)	57.9	18.2	41.8	40.0
Italia Centrale (25)	26.3	20.0	32.0	48.0
Italia Meridionale (15)	15.8	13.3	40.0	46.7

Dei 95 documenti per i quali è stata rilevata l'area geografica di appartenenza quasi il 60% riguarda azioni attuate nell'Italia settentrionale mentre il numero più basso di documenti proviene dall'Italia meridionale (15.8%). L'istituzione leader nella promozione degli interventi risulta sempre il servizio sanitario, in particolare le sue articolazioni periferiche, soprattutto al Nord ed al Sud mentre lo stesso ruolo è svolto dalla scuola negli interventi localizzati nelle regioni centrali.

Distribuzione dei contenuti degli interventi educativi per area geografica

	Italia Settentrionale (%)	Italia Centrale (%)	Italia Meridionale (%)
Alimentazione (18)	11.5	39.1	27.3
Ambiente (4)	5.8	4.3	0
Dipendenze (16)	21.1	17.4	9.1
Hiv/AIDS (9)	9.6	8.7	18.2
Sessualità (7)	13.5	0	0
Disagio (9)	9.6	17.4	0
Fumo (1)	1.9	0	0
Patologie (7)	9.6	0	18.2
Handicap (2)	3.8	0	0
Igiene orale (3)	3.8	0	9.1
Altro (10)	9.6	13.0	18.2
TOTALE	52	23	11

I contenuti degli interventi risultano estremamente frammentati su un ampio spettro di temi soprattutto al Nord dove la frequenza maggiore è raggiunta dalle azioni contro le dipendenze con il 21.1%. Al Centro e nelle regioni meridionali gli interventi sono distribuiti su un minor numero di temi e di questi l'alimentazione rappresenta quello più frequente con il 39.1% ed il 27.3% rispettivamente.

Distribuzione dei contenuti per livello scolastico

	Materna Elementare (%)	M.Inferiore. M. Superiore (%)
Alimentazione (17)	29.0	16.0
Ambiente (6)	12.9	4.0
Droga, Alcol, Fumo (18)	3.2	34.0
Affidamento, Condizione giovanile, Intergenerazionalità (3)	6.4	2.0
Sessualità (3)	0	6.0
Disagio (5)	6.4	6.0
Stili di vita, Patologie (6)	12.9	4.0
Handicap (7)	9.7	8.0
Igiene orale (2)	6.4	0
Hiv/AIDS (10)	3.2	18
Altro (4)	9.7	2.0
TOTALE	31	50

Per 81 documenti è stato possibile rilevare il livello scolastico corrispondente. La distribuzione dei temi principali degli interventi educativi rispecchia una visione dei bisogni di salute secondo l'età piuttosto scontata. Le età inferiori sono per lo più coinvolte in azioni riguardanti le abitudini alimentari (29%). Successivamente, prevarrà un maggiore interesse per la prevenzione delle dipendenze (34%). Hiv/AIDS (18%), alimentazione (16%).

L'associazionismo per l'Educazione alla Salute e la Promozione della Salute

L'aggregazione di quanti operano per l'educazione sanitaria in forme organizzare e strutturate, rappresenta un fenomeno non nuovo nel panorama italiano ed anzi per dimensione può essere considerato anche uno dei più cospicui nel panorama dell'associazionismo scientifico. Le maggiori organizzazioni attive nel campo sono due: l'Associazione Italiana per l'Educazione Sanitaria e il Comitato Italiano per la promozione della salute e l'educazione sanitaria già Comitato Italiano per l'Educazione sanitaria.

L'associazionismo professionale in questo settore esprime alcune ben identificabili caratteristiche peculiari. Rispetto alle tradizionali associazioni professionali a carattere scientifico infatti l'AIES ed il CIPES hanno da sempre privilegiato l'una l'operatività, caratterizzandosi come un organismo del volontariato di servizio, l'altra l'azione politico organizzativa a supporto dei decisori istituzionali al livello più alto (Ministero e Regioni).

Le strutture per l'Educazione alla Salute

Non ci sono allo stato attuale indicazioni precise di origine istituzionale che indichino alle Regioni ed alle Aziende Sanitarie i criteri per la definizione degli assetti organizzativi dei servizi per l'educazione alla salute. Le realizzazioni attuali si sono determinate in parte, soprattutto, in base alla storia dei servizi nelle diverse realtà locali, nel quadro sancito dal principio di autonomia delle direzioni aziendali e a partire dai rapporti di forza che giocano tra le diverse aree aziendali che, localmente, compongono l'assetto dirigenziale. Non ci sono d'altra parte dati recenti di descrizione dell'assetto organizzativo dei servizi per l'educazione alla salute e la promozione della salute nel sistema sanitario pubblico (tantomeno per gli altri sottosistemi: scuola, lavoro, ecc.), pertanto in attesa che sia piena-