

Rivista Scientifica

Igiene e Sanità Pubblica

*fondata nel 1945 da Gaetano Del Vecchio
già diretta da Gaetano e Vittorio Del Vecchio*



*Custodit vitam qui custodit sanitatem
Sed prior est sanitas quam sit curatio morbi
(Flos Medicinae Scholae Salerni)*

ESTRATTO

in formato elettronico autorizzato dagli Autori e dall'Editore

Antonio Boccia, Gualtiero Ricciardi, Martin McKee

L'evoluzione della sanità pubblica in Europa

Periodico bimestrale
Volume LVII - N. 5 - Settembre / Ottobre 2001
IgSanPubbl - Issn 0019-1639
www.igiene.org

Igiene e Sanità Pubblica

Direttore Responsabile
Augusto Panà

Direttore Editoriale
Armando Muzzi

Comitato Scientifico

Giovanni Berlinguer, Antonio Boccia, Vittorio Carreri, Gaetano M. Fara,
Giuseppe Giammanco, Antonino Gullotti, Elio Guzzanti, Alessandro Maida,
Cesare Meloni, Bruno Paccagnella, Gianfranco Tarsitani, Giancarlo Vanini

Redazione

Osservatorio sui Servizi Sanitari
Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva - Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Caporedattore
Giuseppe Cananzi

Coordinatore
Natalia Buzzi

Gruppo di Lavoro

Graziella Rocca, Anna Borgioli, Alessia Restifo, Laura Ricciardi, Deborah Scanzani

Segreteria di Redazione
Simone Arati

Impaginazione e Grafica
Nebo Ricerche PA

Traduzioni a cura di
Henrike Berg, Ilaria Restifo

Hanno collaborato a questo numero

G. Aloj, R. Antonioletti, A. Barbato, C. Bava, A. Boccia, S. Censini, P. Cerruti, M. Cesario, M. Coia,
G. Damiani, P. De Filippis, U. Del Prete, F. Dettori, M.E. Donna, P. Dresco, F. Fabiano, G. Fabiano,
P. Iodice, D. Lagravinese, R. Leo, A. Lillo, A. Loiodice, O. Maggi, V. Martucci, M. McKee,
R. Montacutelli, M. Muto, F. Oleari, A. Oliviero, F. Papalia, D. Passerini, C. Petrulli, P. Piscopo,
M. Poppi, P. Prola, C. Ravandoni, G. Ricciardi, R. Rigamonti, M. Salamana, L. Serra, A. Spinaci,
A. Tomasi, S.M. Tosi, M. Valenti, P. Zaninetti

Garanzia di riservatezza

Il trattamento dei dati personali che riguardano Autori e Abbonati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge n. 675 del 1996 sulla Tutela dei dati personali. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi l'Autore o l'Abbonato potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'Editore.

Igiene e Sanità Pubblica - Periodico bimestrale a carattere scientifico - Reg. Trib. di Roma n. 4198 del 19.10.1954

Proprietà artistica e letteraria riservata

Realizzato con il contributo dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Associato all'Unione Stampa Periodica Italiana - USPI

Accreditato SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

L'evoluzione della sanità pubblica in Europa^(*)

Antonio Boccia⁽¹⁾, Gualtiero Ricciardi⁽²⁾, Martin McKee⁽³⁾

⁽¹⁾ Cattedra di Igiene, Dip. di Medicina Sperimentale e Patologia, Univ. di Roma "La Sapienza"

⁽²⁾ Cattedra di Igiene, Dip. di Scienza e Società, Univ. di Cassino

⁽³⁾ Cattedra di Sanità Pubblica Europea, Dip. di Sanità Pubblica, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Parole chiave: Sanità Pubblica in Europa; ~ Storia; ~ Prospettive

Keywords: Public Health in Europe; ~ History; ~ Prospective

L'Unione Europea, prima di essere una comunità di Paesi uniti dai medesimi progetti, ed oggi dalla moneta unica, è anche stata e sarà un'Europa della scienza. Scienza e Tecnologia, Ricerca e Sviluppo, infatti, stanno prendendo vigore negli anni recenti in cui Università e Centri di ricerca e produzione si vanno riappropriando di quello che è stato più volte definito *spazio comune europeo*, dimensione universalmente riconosciuta come uno spazio intellettuale già esistito a partire dal Medioevo fino alla fine del XVIII secolo.

Europa è dunque definibile, secondo questo succinto preambolo, quella che alcuni chiamano dimensione storica collettiva del nostro Continente, in cui la cultura gioca un ruolo cruciale accanto all'economia ed in cui i legami tra la memoria del passato e gli sviluppi contemporanei e dell'immediato futuro sono inestricabili e parimenti ricchi di stimoli e prospettive.

È importante sottolineare, per entrare subito e coerentemente in tema, che entro poche settimane verrà, con ogni probabilità, approvato dal Parlamento Europeo prima e dal Consiglio dei Capi di Governo dell'Unione Europea poi, il nuovo Programma comunitario di azione nel settore della Sanità Pubblica per il quinquennio 2001-2006. Il Programma verrà finanziato con 300 milioni di Euro (circa 600 miliardi di lire) e verrà articolato secondo le seguenti tre priorità:

^(*) *Relazione presentata al 39° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Ferrara, 24-27 Settembre 2000.*

1. migliorare le informazioni e le conoscenze in ambito sanitario, al fine di strutturare un sistema informativo esaustivo che sia in grado di fornire ai politici, agli operatori sanitari ed al pubblico in generale i dati sanitari chiave e le informazioni di cui hanno bisogno;
2. rispondere rapidamente alle minacce sanitarie, al fine di dispiegare una risposta rapida ed efficace alle minacce emergenti in sanità pubblica, perché l'integrazione dell'Unione Europea è basata sul principio della libertà di movimento dei cittadini e delle merci e questo aumenta la necessità di vigilare;
3. indirizzare i determinanti di salute al fine di allestire un programma che aiuti a migliorare lo stato di salute delle popolazioni nell'Unione Europea affrontando le cause di malattia attraverso efficaci misure di promozione della salute e di prevenzione.

Il Programma di Sanità Pubblica è ritenuto dalla Commissione un'iniziativa di cruciale importanza perché, pur rispettando pienamente le responsabilità dei singoli Stati Membri per l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari, fornirà un valore aggiunto alle attività volte al miglioramento delle condizioni di salute nel nostro Continente.

In aggiunta al Programma di Sanità Pubblica sono previste altre iniziative legislative importanti per armonizzare standards e procedure e per istituire un Forum Sanitario Europeo, al fine di dare alla comunità scientifica di Sanità Pubblica l'opportunità di giocare un ruolo da protagonista nello sviluppo delle politiche sanitarie. Queste azioni vengono programmate in un momento in cui, in termini generali, la salute della popolazione dell'Unione Europea non è mai stata migliore. La mortalità infantile è fortemente diminuita negli ultimi anni ed i cittadini vivono sempre più a lungo: l'aspettativa di vita è cresciuta moltissimo portando la vita media di un cittadino europeo a 79 anni dai 75 anni del 1970.

Permangono tuttavia numerosi e seri problemi, che non possono essere ignorati:

- livelli consistenti di morbosità e disabilità da malattie mentali, muscolo-scheletriche e diabete;
- alti livelli di morte prematura (un quinto di tutte le morti sono premature, al di sotto cioè dei 65 anni) dovute a patologie legate allo stile di vita, in particolare a malattie cardio-vascolari e neoplastiche, e da incidenti; il fumo è un fattore cruciale, essendo causa di oltre mezzo milione di morti l'anno di cui quasi la metà tra i 35 ed i 69 anni;

- nuovi rischi per la salute, per esempio l'emergenza di nuove malattie, come la nuova variante della Sindrome di Creutzfeldt-Jakob e nuovi tipi di intossicazioni alimentari;
- riemergere di importanti malattie infettive, come la tubercolosi, complicato dal problema crescente delle resistenze ai farmaci anti-microbici;
- aumento dell'incidenza di patologie correlate all'età avanzata, in particolare le malattie neoplastiche e cardiovascolari e la diminuzione delle capacità funzionali a causa di disabilità fisiche e disturbi mentali; si stima che attualmente, in Europa, circa un quarto delle persone al di sopra degli 85 anni abbia una qualche forma di demenza;
- ampie variazioni e disegualianze nello stato di salute con evidenze scientifiche sostanziali che le persone più povere, gli svantaggiati ed i gruppi socialmente esclusi hanno un rischio significativamente più alto di morbosità e mortalità.

Alla luce di questo programma, è opportuno chiedersi se noi, operatori di Sanità Pubblica, siamo oggi pronti a giocare il ruolo che la Commissione intende attribuirci ed in quale momento dell'evoluzione della nostra disciplina ci colga l'inizio di questo nuovo millennio.

Bisogna a questo proposito sottolineare che gli operatori di Sanità Pubblica da sempre si interrogano, spesso con ansia, sul futuro e sugli obiettivi della loro disciplina, e ciò per molti e buoni motivi. I loro ruoli, costantemente in evoluzione, sono largamente condizionati dalle incessanti riforme del settore sanitario, e le loro responsabilità sono spesso avvertite come straordinariamente ampie, ad abbracciare ogni cosa appaia rilevante per il benessere umano e, al contempo, continuamente "insidiate" da altre, vecchie e nuove professioni che si appropriano di segmenti sempre più vasti di competenze.

Basta pensare alle conclusioni del Rapporto dell'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, intitolato "Il cambiamento del ruolo della Sanità Pubblica", in cui lo specialista in Sanità Pubblica è "semplicemente" colui che ha la leadership del management in Sanità Pubblica riferita alle comunità nazionali e locali e, come tale, non ha necessariamente una Laurea in Medicina di riferimento e neppure una formazione presso una Facoltà medica e questo, tenuto conto che una parte rilevante delle competenze necessarie per espletare questo ruolo sono mediche, ci trova assolutamente in disaccordo.

Nel corso del tempo, la disciplina della Sanità Pubblica, oggi universalmente

definita come “la scienza e l’arte di prevenire le malattie, prolungare la vita e promuovere la salute attraverso gli sforzi organizzati della società” ha assunto diversi nomi: igiene, medicina preventiva, medicina sociale, medicina di comunità, sanità pubblica, e benché il famoso *Acheson Report* del 1988 abbia raccomandato la definizione di Medicina di Sanità Pubblica come quella più idonea a rappresentarla, in Europa le denominazioni sono ancora molteplici.

La Medicina di Sanità Pubblica è la specialità medica riconosciuta per la prima volta come disciplina autonoma in Gran Bretagna nella seconda metà del diciannovesimo secolo, le cui principali responsabilità sono quelle di monitorare la salute delle popolazioni, identificare i loro bisogni sanitari, adoperarsi per lo sviluppo di politiche che promuovano la salute e valutare i servizi sanitari.

Il panorama che si presenta oggi sullo scenario continentale è riassunto nella carta della Sanità Pubblica, da noi elaborata, nella quale sono riportati i Paesi in cui esiste un’associazione nazionale degli operatori di Sanità Pubblica (figura 1).

È possibile osservare che la denominazione “Igiene” è rimasta solo nel nostro Paese, quella di Medicina Preventiva da noi ed in Germania, quella di Medicina Sociale in Germania e Grecia, quella di Medicina di Comunità solo in Danimarca e che nove dei tredici Paesi hanno adottato esclusivamente la definizione di Sanità Pubblica.

Quasi sempre la denominazione riflette il momento evolutivo che la disciplina attraversa in quel determinato Paese e che, storicamente, per quanto attiene le definizioni, è schematizzabile secondo il cronogramma riportato in figura 2.

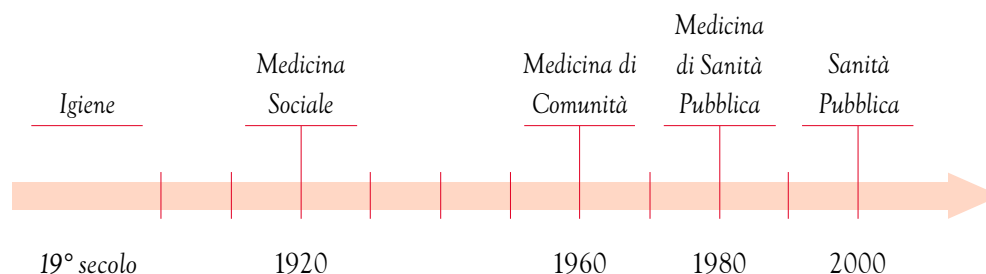
Figura 1
La mappa della
Sanità Pubblica
in Europa



<i>Austria</i>	<i>Società Austriaca di Sanità Pubblica</i>
<i>Belgio</i>	<i>Associazione Belga di Sanità Pubblica</i>
<i>Danimarca</i>	<i>Società Danese di Medicina di Comunità</i>
<i>Finlandia</i>	<i>Associazione Finlandese di Sanità Pubblica</i>
<i>Francia</i>	<i>Associazione degli Ispettori Medici di Sanità Pubblica</i>
<i>Germania</i>	<i>Società Tedesca di Medicina Sociale e Preventiva</i>
<i>Grecia</i>	<i>Società Ellenica di Medicina Sociale</i>
<i>Irlanda</i>	<i>Società (Facoltà) di Sanità Pubblica Irlandese</i>
<i>Italia</i>	<i>Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica</i>
<i>Olanda</i>	<i>Società Olandese di Sanità Pubblica</i>
<i>Regno Unito</i>	<i>Società (Facoltà) di Sanità Pubblica del Regno Unito</i>
<i>Spagna</i>	<i>Società Spagnola di Sanità Pubblica</i>
<i>Svezia</i>	<i>Società Svedese di Sanità Pubblica</i>

Figura 2

Le denominazioni della Disciplina dal 19° secolo ad oggi



Come si è arrivati a questa situazione? È possibile identificare un denominatore comune nell'evoluzione continentale della Sanità Pubblica? Recentemente, *Beaglehole e Bonita*, nel loro libro “La Sanità Pubblica ad un incrocio”, sostengono che per essere efficaci e giocare un ruolo professionale e scientifico unitario gli operatori di Sanità Pubblica hanno bisogno di un forte senso di identità e, nel rilanciare la definizione di *Acheson*, essi sottolineano che questa include assistenza sanitaria, riabilitazione e promozione della salute insieme ai sottostanti determinanti sociali, economici e culturali di salute e malattia. Le preoccupazioni motivanti sono le ineguaglianze nella salute, la povertà e le istanze ambientali globali, mentre il punto critico delle attività di Sanità Pubblica consiste nel collegare le scienze di Sanità Pubblica con le decisioni politiche.

Oggi appare scontato che le azioni della pubblica amministrazione possano migliorare in modo sostanziale la salute delle popolazioni, ma non era così all'inizio del diciannovesimo secolo nel nostro Continente, quando appunto nacque l'Igiene modernamente intesa. Per secoli, i Governi europei avevano reagito alle epidemie tramite decreti legislativi che, con il consiglio dei medici del tempo, imponevano alle forze militari di proteggere i porti ed i confini, di imbiancare di calce le costruzioni, di affumicare gli interni delle abitazioni, di bruciare le lenzuola ed i vestiti contaminati.

La minaccia di malattie non abituali provocava queste reazioni mentre poi, quando la minaccia passava, si tornava ai comportamenti ed alle abitudini precedenti. Le malattie “normali”, una mortalità infantile più elevata del 50% nei centri metropolitani ed una mortalità annuale superiore al 30 per 1000 nei distretti rurali non provocavano invece alcun allarme.

Per rafforzare il senso di identità degli operatori di Sanità Pubblica appare pertanto necessario ricordare quella che è stata l'evoluzione di questa disciplina, almeno nei quattro grandi Paesi dell'attuale Unione Europea, ricordandone i punti ed i personaggi più importanti e tracciando un simbolico parallelismo tra Francia, Germania, Gran Bretagna ed Italia.

In sintesi, è possibile collocare per tutti e quattro i Paesi la nascita dell'Igiene modernamente intesa nella prima metà dell'800. La disciplina fu protagonista nel promuovere la graduale adozione di misure per la prevenzione delle malattie epidemiche e per salvaguardare la salute delle popolazioni nelle società europee del diciannovesimo secolo.

I concetti illuministici di salute come valore sociale e diritto politico hanno fornito la base razionale per riforme dettate soprattutto dall'insopportabile costo economico della mortalità precoce causata da patologie epidemiche a loro volta indotte dalla rapida urbanizzazione e dal ritmo crescente dell'industrializzazione.

In tutti e quattro i Paesi, comunque, le riforme sono state modellate in base alle culture nazionali, per quanto una linea unitaria sia emersa ed abbia valicato i confini nazionali nel campo della sanità ambientale e sono comunque sempre state condizionate da motivazioni politiche ed economiche.

Semplificando, è possibile collocare ai due estremi di questa evoluzione da una parte la Gran Bretagna, in cui la creazione di un sistema di sanità pubblica è stata fondata su una filosofia di politica economica che intendeva usare gli strumenti regolatori dello Stato per rafforzare le operazioni commerciali in un sistema di libero mercato. La riduzione dei costi dell'emarginazione e della povertà tramite la prevenzione della mortalità prematura è stato uno degli strumenti di una nuova teoria di governo che sosteneva che l'efficienza e la giustizia potevano essere ottenute solo attraverso l'organizzazione scientifica e razionale degli affari dello Stato.

In questo contesto il fare politica doveva diventare una pratica "manageriale" con i politici per avviare la riforma della sanità pubblica. Ciò avrebbe naturalmente portato la professione medica alla responsabilità di un "management sistematico della politica sanitaria britannica", con gli ufficiali sanitari ad esercitare sul campo il loro ruolo di specialisti in medicina preventiva ed i professori universitari di Igiene a garantire il supporto scientifico e didattico.

All'estremo opposto si colloca la Germania con la creazione di una burocrazia autoritaria, l'istituzione di un corpo di polizia medica composto di funzionari

che avevano il compito di sovrintendere alle attività sanitarie locali e l'adozione di un sistema di leggi e regolamenti sanitari stringenti. La politica sanitaria è stata improntata principalmente ad un controllo sociale capillare e pur dando i natali a personaggi illustri dell'Igiene e della Medicina Sociale quali Von Pettenkofer, Koch e Virchow, soltanto lentamente e gradualmente è stata alimentata dalle nuove scoperte scientifiche. Il Paese, straordinariamente innovativo in molti altri settori, si è trovato costretto a giocare in Patria in quello sanitario una battaglia di retroguardia e ad essere invece punto di riferimento scientifico per almeno due generazioni di igienisti stranieri.

In Francia la traduzione in pratica dei progressi nella scienza dell'Igiene pubblica in atti politici è stata ostacolata dal conflitto tra liberalismo politico-economico e centralismo, con lo Stato francese caratterizzato da un comportamento oscillante tra il "lasciar fare" dei paesi anglo-sassoni e lo statalismo tedesco. Nel timore sia della rivoluzione che del dispotismo, la Francia è rimasta centralista, ma non interventista, delegando la responsabilità di realizzare riforme di portata nazionale alle attività di singoli governi locali e regionali. Il merito degli operatori francesi di Igiene Pubblica, Pasteur ed i suoi allievi in primis, è quello di aver promosso le attività e le politiche di Sanità Pubblica con veemenza, spesso come una questione di vita o di morte, competendo e talvolta combattendo, nell'arena di un sistema politico pluralistico in cui i loro interessi erano bilanciati con quelli di altri gruppi, spesso più potenti.

In Italia, per quanto le disposizioni adottate dalle Città Stato medievali per fronteggiare la peste siano state allora prese a modello in tutta Europa e siano riconosciute ancora oggi come straordinariamente innovative ed i Comuni rinascimentali italiani siano stati i primi del Continente ad istituire Consigli sanitari permanenti per sovrintendere ai problemi sanitari delle popolazioni, l'Unità del Paese determina un momento di involuzione a causa del recepimento dell'ordinamento sanitario piemontese, più arretrato rispetto ad altri quali il toscano od il veneto, e per una lunga inerzia legislativa.

La data che tradizionalmente viene identificata come il punto di svolta nella Sanità Pubblica del nostro Paese è il 1888, quando il Parlamento promulgò la "Legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica", conosciuta anche come Crispi-Pagliani, dal nome del Primo Ministro che l'aveva commissionata e del Professore di Igiene di Torino, Luigi Pagliani, che l'aveva delineata.

Igienista “scomodo”, cioè colto, impegnato, intransigente, Pagliani inaugura quella che sarà una costante per il nostro Paese, cioè la tendenza a prendere a riferimento il modello organizzativo sanitario inglese, nel suo caso adattandolo e sviluppandolo intelligentemente.

Tuttavia la mancanza in Italia di cultura manageriale, in particolare nella pubblica amministrazione, porta a risultati quali-quantitativi inferiori a quelli degli altri grandi Paesi europei. Basta a questo proposito comparare la tempestività e la professionalità nelle riforme sanitarie di Francia, Germania e Gran Bretagna, con i venti anni di attese e rinvii per il varo, in Italia, della riforma del 1888 e con i ben trentatré anni per l’approvazione di quella del 1978. Analogamente ai Medical Officer of Health britannici la legge Crispi-Pagliani fornisce gli strumenti necessari per una gestione tecnicamente corretta della sanità nell’ambito di una struttura rigida, articolata sui medici provinciali e comunali, che concorrerà in maniera importante alla sparizione o attenuazione delle epidemie e all’abbassamento della mortalità e reggerà in modo adeguato fino agli anni quaranta.

Quell’epoca, da alcuni definita di “temperie igienista”, rimarrà l’unica in cui l’Igiene si afferma come punto di riferimento inequivocabile delle attività sanitarie del Paese al punto che la neonata Società italiana di Medicina interna con il suo primo presidente Guido Baccelli, clinico medico di Roma e poi più volte ministro, non può non mostrarsi allineata con quella “medicina politica” che lo stesso Baccelli definirà di lì a poco come “perfetta fusione della clinica con l’igiene”.

Da allora in poi il predominio della medicina clinica si afferma in modo netto e lo stesso Baccelli, alcuni anni più tardi arriverà a teorizzare che “la clinica è l’igiene medica che va verso il malato ed è la medicina che va verso il sano” affidando alla sensibilità dei clinici, e non alle capacità degli igienisti, il tentativo di colmare “la non insanabile, ma insana frattura tra medicina clinica e medicina igienica, tra medicina individuale e medicina sociale”.

Nonostante questi contrasti, in tutta Europa si verifica, nei primi decenni del ventesimo secolo, una forte espansione dell’Igiene e delle responsabilità professionali dei suoi operatori. Il problema è che però, in quegli anni, questa crescita non è accompagnata dallo sviluppo di una coerente filosofia di sanità pubblica che cominci ad affrontare adeguatamente le nuove sfide rappresentate dalla transizione epidemiologica dalle malattie infettive a quelle cronico-degenerative che stava cominciando a verificarsi in tutti i principali paesi del Vecchio Continente.

Quando, dopo la seconda guerra mondiale vengono ricostituiti i sistemi sanitari nazionali, la comunità igienistica europea si trova sprovvista di un modello valido di comprensione e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative e, come risultato, il potere di determinare la struttura dei nuovi servizi sanitari è fortemente condizionato dalla professione clinica che si assume la prerogativa di essere l'unica veramente in grado di gestire le malattie croniche, anche sotto il profilo organizzativo e preventivo.

In Gran Bretagna, ad esempio, nel momento in cui si pianificava l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, alla fine degli anni quaranta esisteva, come negli altri Paesi europei, una profonda divisione professionale tra medicina clinica e medicina preventiva. I clinici osteggiavano l'espansione dell'autorità degli ufficiali sanitari i quali, a loro volta, erano assorbiti nella gestione di un sistema di servizi eccessivamente complesso e scoordinato. Era pertanto evidente la necessità di una razionalizzazione per la quale però l'Igiene, come disciplina accademica e specialità professionale, non era ancora pronta ad assumere un ruolo dirigente.

L'Igiene si trovò, per così dire, spiazzata e fallì nel ridefinire le sue funzioni come attività specialistica nella prevenzione e nella gestione delle patologie emergenti in un continente in piena transizione epidemiologica. Esaltati da nuovi poteri di controllo amministrativo e politico dell'assistenza sanitaria ed invischianti nella complessa gestione di un inefficiente sistema di servizi, gli operatori di sanità pubblica persero l'opportunità di consolidare ed ulteriormente sviluppare la loro specificità scientifica ed intellettuale per affrontare le sfide rappresentate dall'insorgente epidemia di malattie cronico-degenerative.

Invero, un tentativo di reinterpretazione dell'evoluzione epidemiologica delle popolazioni europee fu il movimento della cosiddetta Igiene sociale prima e Medicina sociale poi che, originatosi nella Germania di Weimar, pose come prioritario il contesto sociologico della salute e della malattia rispetto ai suoi determinanti biologici e tentò innovativamente di amalgamare le scienze mediche e quelle sociali.

La Medicina Sociale si diffuse quindi in altri paesi tra cui la Francia, il Belgio, l'Austria, la Gran Bretagna, l'Italia, conseguendo ovunque qualche successo, soprattutto scientifico ed accademico.

Nel 1921 viene infatti fondato in Italia l'Istituto di Medicina Sociale, negli anni trenta viene attivata a Parigi la *Revue d'hygiène et de médecine sociales*,

negli anni quaranta viene fondato in Inghilterra l'Istituto di Medicina Sociale ad Oxford ed in Scozia il *British Journal of Social Medicine*, ma la relativa incapacità di separare la disciplina accademica, basata sulla ricerca, dalle preoccupazioni pratiche di erogazione di servizi ed una forte concorrenza da parte di più consolidate discipline universitarie, l'Igiene in primis, lasciarono la Medicina Sociale in una debole posizione, senza farle mai conquistare un vero ed univoco ruolo di riferimento per gli operatori di sanità pubblica.

Un'ulteriore evoluzione nella definizione e nella denominazione della nostra disciplina prese avvio negli anni sessanta in Gran Bretagna dove, nel frattempo, il ruolo gestionale degli operatori di sanità pubblica era considerevolmente aumentato e la maggior parte di essi si trovava impegnata soprattutto nel coordinare una quantità sempre più ampia di servizi di comunità. Il nuovo concetto di sanità pubblica fu pertanto imperniato sulla programmazione, organizzazione e gestione dei servizi di comunità e l'espansione di questo ruolo condusse alla sostituzione degli ufficiali sanitari con professionisti di una nuova disciplina denominata appunto "medicina di comunità".

L'attuazione concreta dei principi e delle metodologie della medicina di comunità condussero però a crescenti conflitti con le differenti componenti del mondo sanitario, in particolare con i clinici, la cui autonomia professionale essi sentivano come crescentemente minacciata, al punto che anche la medicina di comunità, pur riconosciuta come autonoma disciplina scientifica ed accademica, non riuscì mai ad affermare pienamente la propria individualità e fu messa definitivamente in crisi dall'avvento della nuova letale pandemia che ha caratterizzato l'ultimo ventennio del ventesimo secolo, la Sindrome da Immunodeficienza Acquisita.

Torniamo così ai nostri giorni ed al programma di Sanità Pubblica 2001-2006. Alla luce delle priorità in esso delineate, il percorso prospettato nell'ambito dei diversi organismi europei che si stanno interessando di standardizzare i percorsi formativi e le pratiche professionali in Sanità Pubblica in Europa appare abbastanza chiaro.

In questi consessi, tra cui ricordiamo il Consiglio Europeo di accreditamento per la Formazione Medica Permanente, l'Associazione delle Scuole Europee di Sanità Pubblica (ASPHER) e quella delle Società Europee di Sanità Pubblica (EUPHA), e la stessa Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è stato concordato che lo specialista in Sanità Pubblica di questo millennio non

debba necessariamente eseguire tutto quello che è previsto nella lista di seguito riportata, ma debba almeno possedere tutte le competenze ivi presenti, e cioè:

- conoscenza dei principi e dei metodi di epidemiologia e profilassi delle malattie infettive e contagiose;
- conoscenza dei principi e dei metodi di epidemiologia e prevenzione delle malattie cronico-degenerative;
- conoscenza della legislazione sanitaria nazionale ed europea;
- capacità di gestire i sistemi informativi ed esperienza nell'uso dei supporti informatici;
- capacità di valutazione dei bisogni di salute;
- capacità di valutazione dei risultati (*outcomes*) dell'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- capacità di organizzazione dell'assistenza sanitaria;
- capacità di promozione della salute;
- capacità di svolgere *audit* in sanità pubblica;
- capacità di valutazione della qualità in sanità pubblica;
- esperienza di management;
- esperienza nella comunicazione;
- *advocacy* (cioè capacità di facilitare i cambiamenti nelle persone, in modo che riconoscano l'importanza della sanità pubblica come prospettiva per la popolazione).

Se questa impostazione appare convincente, è altrettanto vero che essa è fortemente impegnativa sotto il profilo della ricerca e della formazione. La nuova impostazione dei corsi di specializzazione in Igiene è sicuramente un buon avvio, ma molto resta da fare sulla concreta e costante attuazione di attività didattiche interprofessionali e sulla realizzazione di un serio ed affidabile processo di formazione permanente e di accreditamento professionale.

In definitiva, non vi è dubbio che nel corso degli ultimi duecento anni le attività di Sanità Pubblica abbiano contribuito a garantire ai Paesi europei l'approdo allo sviluppo economico in un contesto di miglioramento continuo della qualità e della durata della vita.

Il ventunesimo secolo si apre in uno scenario ulteriormente complicato dal fatto che le azioni collettive correlate alla salute delle popolazioni non appaiono più confinate "solo" alla prevenzione o alla gestione delle malattie. Il corpo umano

appare nelle società contemporanee sviluppate come il centro di una mappa di relazioni economiche e sociali e, in particolare nei Paesi occidentali, si è ormai affermata una cultura di massa del benessere che ha assunto i contorni di un vasto ed articolato mercato in cui la salute, la forma e la bellezza fisica sono spesso al centro di un prospero *business* a causa del quale la scienza medica, sia clinica che di sanità pubblica, corre il rischio di divenire strumentale alle esigenze di una cultura puramente commerciale.

Agli Stati ed ai Governi Europei, ma più concretamente agli operatori di Sanità Pubblica, rimane l'ardua e storica responsabilità di garantire che la tutela individuale e collettiva della salute non sia funzionale solo a logiche economiche, ma sia la base etica e sociale per un corretto ed armonico sviluppo dei popoli del nostro Continente. In questo contesto la Sanità Pubblica deve continuare la sua evoluzione, dal suo tradizionale ruolo nel controllo delle malattie infettive e cronico-degenerative, alla gestione e prevenzione dei rischi ambientali, a quelli più recenti di promozione della salute e di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari, e diventare sempre più una disciplina multisetoriale in grado di coinvolgere organizzazioni e professionalità diverse superando schematismi, corporativismi e diffidenze.

Non vi è dubbio che questo significherà, come già succede in molti Paesi europei, trovare un terreno comune di lavoro tra noi e di confronto con le professioni che tradizionalmente si occupano di sanità pubblica ed altre che più recentemente, ma con decisione, sono entrate in questo settore. È questa, a nostro avviso, questione che merita particolare attenzione e rapide decisioni, sia per le sfide che dobbiamo affrontare adeguatamente ed insieme agli altri Partner Europei, sia soprattutto per possedere ed esibire a livello nazionale il peso culturale, scientifico, tecnologico, politico necessario per correggere errori e "distrazioni" e partecipare a programmi condivisibili, a livello centrale, regionale e locale.

Basti ricordare la recente vicenda legislativa di programmazione dei corsi di formazione manageriale o la recente proposta del Ministro della Sanità di istituire una Agenzia per la Biomedicina, i cui presupposti dovrebbero essere quelli di «... una ricerca non accademica, non lontana dalla realtà, non aliena dall'uomo ...».

Altrettanta attenzione merita l'intervento dello stesso Ministro Veronesi nella Relazione sullo stato sanitario del Paese in cui è stata proposta la costituzione di "un osservatorio nazionale per la promozione della salute", di cui condividiamo

l'intenzione, non alcune parti dell'analisi sottostante ed i risultati attesi. Non si può non tenere conto, infatti, di importanti fattori condizionanti, come quelli di politica economica e sociale e di sviluppo industriale a livello mondiale, oltre che nazionale, fattori ancora oscuri a tanti e però chiaramente evidenziabili nei rapporti annuali della Banca Mondiale e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, istituzioni peraltro caratterizzate negli ultimi tempi da qualche cedimento nell'azione propulsiva di promozione della salute.

La riorganizzazione interna al nostro Paese è dunque fondamentale. Va ricordato a questo proposito un passo di una delle ultime relazioni del compianto *Ruberti*, già Presidente della Commissione parlamentare per le politiche dell'Unione Europea, sull'argomento "l'Europa della scienza e della tecnologia alle soglie del nuovo millennio", in particolare dove, interrogandosi su come organizzare questo spazio, risponde «... per la ricerca libera e fondamentale, le reti di cooperazione, le azioni di sostegno alla mobilità, le infrastrutture comuni di ricerca ed operative come acceleratori, osservatori, centri di risorse in biologia sperimentale o molecolare, etc. costituiscono altrettanti strumenti di intervento a dimensione europea ...» e poi continuando «... la filosofia di base di questo modello dovrebbe essere quella di far cooperare ciò che già esiste a livello nazionale, attraverso la partecipazione dei grandi organismi di ricerca degli Stati membri alla programmazione ed alla gestione delle azioni comuni. L'obiettivo sarebbe, in altri termini, quello di costituire un tessuto di collegamento formato da reti e sottoreti che sviluppano programmi comuni ...».

Per noi italiani si tratta, come affermava *Angelillo*, non di abbandonare la nostra storia, importante e, in certi momenti, gloriosa, ma di acquisire nuove competenze, nuovi metodi, nuove aperture mentali senza dimenticare, ma anzi rafforzando quelle già acquisite e consolidate ed evitando errori del passato.

A quest'ultimo proposito ci sia consentito domandarsi quanto avrebbe guadagnato la Sanità italiana se la riforma sanitaria, proposta con puntualità e tenacia da *Seppilli* e *Giovanardi*, fosse stata varata rapidamente e non con un trentennio di ritardo, allo stesso modo possiamo domandarci della proposta di istituzione di una Laurea in Sanità Pubblica promossa da *Angelillo*, analizzata in varie sedi regionali della nostra Società, pensata oltre dieci anni fa e che trovò molti di noi stessi tiepidi o scettici. Se quest'ultima fosse andata in porto avrebbe risolto, tra l'altro, diverse questioni che oggi ci preoccupano e che domani ci vedranno fortemente coinvolti.

Noi pensiamo anche, per tutto quanto sopra esposto, che sia urgente rafforzare la nostra Società, accorpate ove possibile, ma soprattutto raccordare funzionalmente i diversi Centri Universitari di Igiene e Sanità Pubblica tra loro e con i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica territoriali, secondo scelte logiche e razionali al fine di affrontare in maniera più efficace le sfide del nuovo millennio, ma anche la competizione rispetto a grandi Centri pubblici e privati che si occupano di analoghe problematiche impiegando gli stessi strumenti della ricerca, della formazione e dell'azione professionale, ma con risorse spesso ben più importanti e con assetti organizzativi più tempestivi e flessibili.

In conclusione, ripercorrendo gli insegnamenti e le opere di tanti Maestri scomparsi, ma che sono ben vivi nella nostra memoria e nei nostri sentimenti, rileggendo le prolusioni di tanti illustri colleghi e presidenti della nostra Società, scopriamo che vi è sempre un riferimento alla nostra storia (figura 3).

La Storia, esibendo successi ed insuccessi, errori e correzioni, rappresenta, guardando al futuro, una molla formidabile per le azioni dell'uomo, oltre ad essere, da un punto di vista antropologico-filosofico, fonte di riferimento spaziotemporale di cui l'individuo e le comunità avvertono un bisogno insopprimibile e spesso una ragione d'essere.

Quella dei valori e delle sfide che ci aspettano sono ragioni formidabili per la Sanità Pubblica italiana ed europea; operando con coerenza e scientificità potremo farci trovare pronti per svolgere un ruolo chiave nella nuova agenda per la salute delle popolazioni europee del ventunesimo secolo.

Bibliografia

- ⁽¹⁾ Beaglehole R, Bonita R. *Public Health at the Crossroads: achievements and prospects*. Oxford University Press, Oxford, 1999.
- ⁽²⁾ Chadwick E (Flinn MW, ed). *Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain*. Edinburgh University Press, Edinburgh, 1965.
- ⁽³⁾ Cipolla CM. *Public Health and the Medical profession in the Renaissance*. Cambridge University Press, Cambridge, 1976.
- ⁽⁴⁾ Cipolla CM. *Fighting the plague in seventeenth century-Italy*. University of Wisconsin Press, Madison, 1981.
- ⁽⁵⁾ Department of Health and Social Security. *Public Health in England: the report of the Committee of Inquiry into future development of the Public Health function*. (The Acheson Report) Cmnd 289. HMSO, London, 1988.
- ⁽⁶⁾ Editorial. *Putting public health back into epidemiology*. *Lancet*, 1997, 350, 229-240.

Figura 3

Riunione dell'Associazione Italiana per l'Igiene, Torino, 1927



-
- ⁽⁷⁾ Faure O. *Les Politiques sociales de la santé au XIX siècle*. Cahiers de la recherche en travail social, 1989, 16, 29-38.
- ⁽⁸⁾ Hamlin C. *Revolutions in public health: 1848, and 1998?* BMJ, 1998, 317, 587-591.
- ⁽⁹⁾ McKeown T. *The role of medicine - Dream, mirage or nemesis*. Nuffield Provincial Trust, London, 1976.
- ⁽¹⁰⁾ McKeown T. *The modern rise of population*. Edward Arnold, London, 1976.
- ⁽¹¹⁾ Park K. *Medicine and Society in Medieval Europe* (in A. Wear, ed. *Medicine in Society*). Cambridge University Press, Cambridge, 1992.
- ⁽¹²⁾ Pazzini A. *Origine e sviluppo della Medicina Sociale in Italia*. Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma, 1966.
- ⁽¹³⁾ Porter D. *Health, civilization and the State*. Routledge, London, 1999.
- ⁽¹⁴⁾ Weindling P. *Health, Race and German politics between national unification and nazism 1870-1945*. Cambridge University Press, Cambridge, 1989.

Referente: Antonio Boccia

Sezione di Medicina Clinica e Sanità Pubblica - Dip. di Medicina Sperimentale e Patologia
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Viale Regina Elena, 324, 00161 Roma

tel. 06 4452307 – fax 06 49972473 - e-mail antonio.boccia@uniroma1.it

Editoriale

La professionalizzazione dei medici di sanità pubblica	417
--	-----

Speciale**Atti del Convegno**

Attività di vigilanza in materia di prevenzione sanitaria, ambientale e del lavoro:
accertamento, controllo, provvedimenti amministrativi e sanzionatori

Interventi di D. Lagravinese, V. Martucci, A. Loiodice,

F. Oleari, P. Iodice, F. Dettori, M. Salamana, S.M. Tosi 423

Parte Scientifica e Pratica**G. Aloï, G. Fabiano, F. Fabiano, M. Cesario**

Problematiche relative alle verifiche ed alle ispezioni
degli esercizi interessati all'autocontrollo 477

P. Piscopo, M. Muto, A. Oliviero, U. Del Prete

Migrazione sanitaria all'estero
di pazienti residenti nella Regione Campania 491

P. De Filippis, F. Papalia, A. Spinaci,

M. Coia, O. Maggi, R. Montacutelli, A. Panà

Indagine microbiologica
sulla qualità dell'aria in un edificio pubblico 499

Note di Storia dell'Igiene**A. Boccia, G. Ricciardi, M. McKee**

L'evoluzione della sanità pubblica in Europa 513

Note di Approfondimento

**P. Zaninetti, M.E. Donna, M. Valenti, C. Petrulli, R. Antonioletti,
C. Bava, S. Censini, P. Cerruti, P. Dresco, R. Leo, A. Lillo, D. Passerini,
M. Poppi, P. Prola, C. Ravandoni, R. Rigamonti, L. Serra**

L'ambulatorio di Medicina Generale come osservatorio epidemiologico:
un'esperienza nella Asl 14 di Omegna della Regione Piemonte 529

A. Barbato, G. Damiani, A. Tomasi

Uso sperimentale dei DRG applicato sulla nosologia ospedaliera in Sanità Militare:
il caso dell'Ospedale militare della Marina Militare Italiana di La Maddalena (Sassari) 536