

Dibattito

“L’educazione critica alla salute” (ECAS): una difficile nuova frontiera per l’approccio educativo in sanità *“Critical health education” (CHE): a new difficult change for educational approach in public health*

Francesco Calamo-Specchia

Professore associato di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia “A. Gemelli”, Roma

Parole chiave: educazione critica alla salute, principio di autonomia, principio di beneficenza

RIASSUNTO

Obiettivi: valutare se, in relazione ad una pur superficiale analisi dei mutamenti socio-antropologici intercorsi nella modernità, sia configurabile un nuovo approccio alla educazione sanitaria.

Metodi: sintetica riflessione su una serie di dinamiche sociologiche che fondano la consapevolezza che la salute (e conseguentemente ciò che va fatto per mantenerla o recuperarla) non è ormai più definibile per tutti e una volta per tutte, né del tutto liberamente da soggetti e gruppi autonomamente deliberanti,

Risultati: il modello della ECAS prevede che la salute – prima di pensare a poterla rendere oggetto di una qualsiasi “Educazione” – venga ridefinita il più *frequentemente* (si vorrebbe dire in continuo, come processo più che come momento), il più *diffusamente* (si vorrebbe dire da ogni persona, o da ogni gruppo di persone che si possa individuare intorno ad una propria specificità), il più *approfonditamente* (si vorrebbe dire davvero come stile di vita complessivo) che sia possibile.

Key words: critical health education, principle of autonomy, beneficence principle

Autore per corrispondenza: Francesco Calamo-Specchia, Università Cattolica, largo F.Vito, 1, 00168 Roma, 335.409480, calamospecchia@alice.it

SUMMARY

Objectives: assessing the hypothesis that a new health education approach is still available according to the current socio-anthropological changes, though the context analysis is quite superficial.

Methods: a synthetic reflection on several sociological dynamics that underpin the awareness that health (and consequently what must be done to maintain or recover it) is no longer definable just once and evenly for all. In addition, health is not definable quite freely by individuals and groups deliberating autonomously.

Results: the ECAS model provides that health - before being made the object of any "Education" - needs to be redefined as frequently (which means continuously, as a process more than as a time trial), as widely (which means by each person, or by any group of people you could find that has its own particular features), and as deeply (it really means as a global lifestyle) as possible.

1. Che cos'è la salute?

Sebbene l'Educazione alla salute, più partecipata, rappresenti un'importante evoluzione del concetto di Educazione sanitaria, più prescrittiva, entrambe si basano però sull'assunto che l'operatore sia in grado di definire a priori la condizione di "salute".

Ma oggi esiste davvero la possibilità di definire una volta per tutte – e per tutti – cosa è salute, o, meglio ancora, "di cosa si parla quando si parla di salute"?

Tale tentativo è stato compiuto, come è noto, nel 1946 dall'OMS; e la definizione OMS di salute come completo stato di benessere, peraltro divenuta ormai pressoché mitica (sia per la distanza nel tempo che ormai ce ne separa; sia per quella che oggi è divenuta una sua certa sostanziale inafferrabilità e vaghezza, tipica della mitologia; sia per l'atteggiamento dei suoi officianti, Università, Asl, singoli medici, che – come gli antichi greci con i loro Dei – trovano comodo affermare di crederci, ma non si comportano come dovrebbero se ci credessero davvero...), impegna comunque chi ancora continua a rimanervi fedele ad uno sguardo sui problemi della sanità che sia il più ampio possibile.

Se si vuol dunque considerare la salute come una condizione di benessere e di buona qualità complessiva della vita, occorre considerare allora che le aggressioni a salute, benessere e qualità della vita sono oggi di natura particolarmente ampia, e vanno ricercate in ambiti anche significativamente lontani da quelli biologici; nei quali ultimi possono essere trovati appena gli epifenomeni di cause prime rinvenibili in quelli, con una dinamica in qualche modo simile a quella tra cause prossime e cause remote di morte. Un recente manuale di sanità pubblica¹ dedica non a caso molte delle sue pagine, nella illustrazione dei rischi per la salute rinvenibili nella nostra società, sia agli ambiti – non biologici, ma in qualche modo più consueti – dei suoi assetti politici, istituzionali, organizzativi (sistema scolastico, sanitario, carcerario, ecc.) e dei suoi assetti produttivi e dei suoi modelli di sviluppo (dal neoliberismo alla globalizzazione dei mercati, ecc.); sia anche però – in maniera forse più innovativa – al suo clima culturale e al suo

1. F.Calamo-Specchia, (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*. Rimini: Maggioli editore; 2015

sistema di valori (dall’individualismo al consumismo, dalle rappresentazioni sociali del corpo al ruolo dei media, ecc.), scegliendo tra gli altri un titolo significativo quale: *“La cultura moderna fa male alla salute? Una nuova sfida per la sanità pubblica”*.

Senza voler cadere in un sociologismo d’acatto, e pur con le semplificazioni inevitabilmente connesse al ristrettissimo spazio che una breve nota come la presente concede, non si può dunque non segnalare come all’origine del diffusissimo disagio vitale della nostra contemporaneità, di una sofferenza che è profondamente spirituale (e comunque umana, e quindi comunque meritevole di interesse medico) prima di tramutarsi in un franco danno somatico o psichico², siano in Occidente fenomeni quali la totale dissipazione del capitale sociale nelle nostre collettività³, l’insicurezza sociale e la crisi del lavoro, la pervicace opera di smantellamento dei diritti sociali e la deviazione dell’interesse collettivo su meno rilevanti diritti civili, la perdita dei valori morali tradizionali, la crisi dell’atteggiamento religioso, ideologico o latamente etico, sostituito da un personalismo relativista che genera – in assenza di piani collettivi di speranza – la sensazione della propria superfluità sui destini del mondo e personali, il ripiegamento su se stessi, l’aumento pervasivo di una violenza privata senza più scopo e senza senso, l’individualismo forsennato che spiana la strada alla “finanziarizzazione” e alla deriva utilitaristica di ogni aspetto dell’esistenza e delle relazioni sociali.

Occorre peraltro tener presente che un intervento educativo per la salute, che dunque si proponesse di rivolgersi contro tutto ciò, si troverebbe a dover essere condotto oggi in un contesto culturale e antropologico del tutto sfavorevole.

2. Così è possibile leggere i recenti, terribili fatti di pedofilia, violenza e degrado di Caivano, una sconfitta anche per il SSN

3. *“Strutture sociali coese si configurano dunque come un capitale sociale, dal momento che possiedono la capacità di fornire ai propri membri benefici di duplice natura: l’una relazionale, indiretta, ossia la fiducia e la reciprocità che facilita le interazioni sociali ed economiche nelle organizzazioni sociali di cui un individuo è membro; e l’altra materiale, più diretta, collegata alle risorse cui ogni individuo può accedere grazie alla sua appartenenza al gruppo.”*, Angelo Stefanini; *“Il concetto di capitale sociale ... riguarda la compresenza di due dimensioni: una strutturale, relativa all’intensità e densità delle relazioni fra gli individui, ed una cognitiva, con riferimento alla condivisione delle norme sociali che riguardano i diversi contesti di vita. Il capitale sociale è costituito da quell’insieme di aspetti della vita sociale – reti relazionali, norme condivise, fiducia reciproca – che consente ai membri di una comunità di agire assieme in modo più efficace nel raggiungimento di obiettivi comuni. In sei interventi realizzati in comunità medio-piccole per prevenire le morti cardiache, Lomas ha dimostrato come gli individui (e il loro stato di salute) non possano essere compresi solo cercando dentro i loro corpi e i loro cervelli, ma che occorra anche guardare dentro le loro comunità, le loro interazioni sociali, i loro luoghi di lavoro, le loro famiglie e anche le traiettorie delle loro vite; dimostrando quanto interventi comunitari di modifica dei fattori di rischio individuali siano depotenziati dalla mancata attenzione al capitale sociale. Numerosi studi segnalano in effetti un alto capitale sociale come fattore di protezione della salute dei membri di una comunità; e ciò potrebbe da una parte comprovare, per così dire *ex juvantibus*, quanto l’approccio opposto, identificabile nell’individualismo, possa costituire un rischio per la salute; e dall’altra suggerire l’opportunità di promuovere interventi per aumentare il sostegno sociale e la coesione sociale; utili anche per favorire l’accesso degli individui ai programmi di prevenzione mirati sui tradizionali fattori di rischio.”*, Roberto Bucci, Francesco Calamo-Specchia. Entrambi i brani sono contenuti in: F. Calamo-Specchia (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, cit.

Intanto, è ben noto ed evidente come l'efficacia di qualsiasi messaggio – informativo, comunicativo, educativo – si giovi della credibilità e autorevolezza dell'emittente; credibilità ed autorevolezza che sono oggi per il SSN pressoché distrutte.

Ciò è accaduto da una parte come effetto di specifiche campagne, del tutto strumentali o puramente scandalistiche, e comunque infondate, che hanno bersagliato il SSN praticamente dalla sua fondazione (e continuano a bersagliarlo, col retropensiero – ormai nemmeno più tanto nascosto – della sua distruzione) su una presunta malasania... che peraltro lascia l'Italia al secondo posto al mondo come attesa di vita alla nascita; o sulla necessità di una lotta agli sprechi... che comunque lasciano l'Italia tra i Paesi OCDE con i più bassi livelli di spesa sanitaria procapite e sul PIL!

D'altra parte, tale effetto di delegittimazione del SSN si è compiuto anche come ricaduta della generale aggressione anti-statalista, individualista e antidelega, che colpisce l'idea stessa di Stato e tutti i suoi apparati, dalla scuola alla magistratura; e che è stata messa in atto come istanza pseudo-libertaria in cui si sono saldati i peggiori cascami della sub-cultura “di destra” e “di sinistra” del nostro Paese.

A questa diminuzione (o scomparsa) dell'autorevolezza del SSN nel suo complesso corrisponde la distruzione della credibilità e autorevolezza dei suoi operatori; anch'essa determinatasi sull'onda di dinamiche sia specifiche sia più generali.

Nello specifico, la fine dell'ippocratismo in nome del principio di autonomia ha fatto sì che non si accettasse più che fosse il medico a definire la salute, ma si richiedesse che ognuno davvero la definisse per sé; che non fosse più il medico a prescrivere le cure (o la prevenzione), ma che ognuno le prescrivesse per sé, e che sempre più si chiedesse al medico nella migliore delle ipotesi un avallo, o altrimenti una pura facilitazione di scelte già prese autonomamente.

Ma, in generale, la figura anche educativa del medico sbiadisce oggi come effetto della generale scomparsa dalla nostra epoca di ogni istanza – o del concetto stesso – di oggettività; e dunque cosa sia normale, cosa sia naturale, viene ormai definito da ognuno come risposta alle domande: “cosa è normale *per me*, cosa è naturale *per me*”.

A tale poderosissimo impulso autoreferenziale di “autonomizzazione” del paziente e di rifiuto della delega professionale, viene fornito un oggettivo sostegno dall'esistenza di Internet, come luogo di natura per così dire “iperdemocratica”, in cui la *qualità* delle affermazioni come promanazione dell'autorevolezza-credibilità-competenza-certificazione di chi le propugna viene sostituita dal criterio puramente *quantitativo* dell'assenso che esse provocano (e così i “like”, mi piace, sostituiscono l'ormai inconcepibile e impronunciabile “è giusto”).

Oltre alcuni limiti per così dire “di utilizzazione” (Internet incrementa le diseguaglianze tra coloro che vi hanno accesso e coloro che ne sono esclusi, ad esempio per questioni di alfabetizzazione informatica o di disponibilità del servizio; e fornisce informazioni all'utente a prescindere dalla sua capacità di interazione, comprensione e discernimento) – il web genera il rischio reale che l'utente possa sopravvalutare le proprie conoscenze (ed essere così ulteriormente motivato a

trascurare o svilire la relazione col curante), conoscenze formate peraltro attingendo in maniera sostanzialmente casuale ad una enorme massa di informazioni senza alcuna certificazione di valore né di rilevanza, e senza un ordine riconoscibile (Internet sostituisce alla gerarchia dei saperi e del sapere l'affastellamento “paritario” dei nodi della rete).

Tali caratteristiche del web, però, essendo legate alla natura stessa insopprimibile e incompimibile del mezzo, che determina la natura dei suoi effetti (il mezzo è il messaggio, diceva McLuhan, e la fondatezza di tale assunto non è mai stata così evidente), rendono di fatto impraticabile ogni tentativo di una sua correzione (come ad esempio iniziative di sostegno agli utenti per districarsi all'interno degli innumerevoli siti), che dovrebbe sottostare alle stesse dinamiche che vorrebbe contrastare, e che da tali dinamiche verrebbe dunque inesorabilmente depotenziato.

La lotta per rendere Internet utilizzabile in una strategia di educazione profonda appare dunque persa in partenza, per la straordinaria forza intrinseca del mezzo: Internet è “tecnicamente” anarchico, e nessuna strategia “riformista” può essere utile a modificarne gli effetti di autonomizzazione estrema.

2. Relativismo e autonomia di scelta

Può piacere o non piacere, dunque, ma oggi lo spazio dell'EAS deve essere ricavato in un contesto di soggettività e autoreferenzialità spinta, in cui davvero la salute “la fa” – la definisce, la persegue – ognuno a suo modo.

Peraltro, non va dimenticato come, anche nel passato, la *definizione di salute ed il suo “vissuto”* siano sempre stati variabili, anche in maniera rilevante, nel tempo storico e nello spazio geografico e culturale, tra i diversi gruppi sociali, tra i diversi componenti dei gruppi, nel medesimo soggetto in momenti diversi della sua vita, ecc.; e oggi l'integrazione multietnica pone in questo senso “problemi” ancor più grandi e sfide rinnovate.

Questi cittadini sono portatori di comportamenti e stili di vita che spesso divergono dalle raccomandazioni utili al mantenimento di un “buono stato di salute” definito secondo parametri occidentali: ad esempio, abitudini alimentari e sanitarie che pongono la questione di una loro accettazione (e dunque dell'organizzazione necessaria a soddisfarle) o di una loro pacifica integrazione e armonizzazione con quelle del Paese di immigrazione.

Del resto, è fin troppo evidente come la mutevolezza dell'idea di salute si riferisca ormai anche ai diversi ricercatori e operatori sanitari; e come ciò si traduca in un orientamento degli interventi mutevole, e comunque legato per ognuno di essi alla *propria* idea del risultato desiderato. Talvolta quelli che gli operatori definiscono come problemi di salute non vengono vissuti come tali da cittadini e pazienti, o se non altro non con la stessa intensità o drammaticità: e talvolta la stessa determinazione di attivare un intervento di EAS arriva più da opportunità contingenti (disponibilità di finanziamenti, campagne nazionali, generici allarmi sociali, ecc.) che dalla rilevazione puntuale dei bisogni profondamente percepiti dai singoli o dalle collettività che

saranno poi oggetto dell'intervento; condannando in tal modo l'intervento all'insuccesso (o meglio, a manifestare la propria inutilità di partenza).

Il tempo moderno ha dunque slatentizzato e in qualche modo "sdoganato", resa accettabile o addirittura perseguibile e promovibile tale soggettività di cittadini (e di operatori), anche come effetto della preponderanza assoluta su ogni altro del principio di autonomia e di autodeterminazione: ma allora, per essere conseguenti, e per giudicare dell'appropriatezza e per così dire della "giustizia" di questa pretesa autonomia di scelta, occorre domandarsi quanto essa sia davvero *libera*.

La libertà di scelta viene in effetti pesantemente messa in questione ad esempio dal ben noto e ormai pervasivo fenomeno della cosiddetta *ES "informale"*, ossia dai modelli culturali e comportamentali proposti dai media, dai divi dello spettacolo, dalla pubblicità commerciale, ecc., che influiscono su stili di vita e comportamenti che hanno un grande peso sulla salute; ossia da una sostanziale (dis)educazione sanitaria, subdola e inavvertita, che Eckersley ha definito come una vera e propria "frode culturale" perpetrata nell'occidente consumista, e che consiste nella promozione di immagini e ideali di "vita buona" che giovano all'economia ma non soddisfano le esigenze psicologiche degli individui e non riflettono le loro realtà sociali, incoraggiando obiettivi e aspirazioni malsane e fuorvianti che costituiscono una grave fonte di malessere individuale e sociale⁴.

Oltretutto, nella *ES informale*, come dinamica generale, può essere oggi rilevato un fenomeno importante e di grandi ripercussioni culturali, antropologiche – ed anche sull'organizzazione dei servizi e sulla improprietà degli interventi che vengono loro richiesti – e cioè la promozione dell'idea di salute intesa non più come buon funzionamento, assenza di malattia, buona omeostasi (capacità di risposta agli stimoli negativi), ma piuttosto come potenziamento più grande possibile delle prestazioni personali (human enhancement, medicina estetica, doping, tatuaggi); definizione con risvolti di immagine, di seduttività, potenza, competitività, anch'essa sostanzialmente promossa dal mercato con intenti commerciali.

Non tanto di autonomizzazione pare dunque che si possa parlare, quanto di nuovi modi di una eterodeterminazione non più ippocratica ma mediatica; in cui le valenze etiche e il contenuto di beneficienza che erano pur presenti nell'approccio ippocratico, si perdono del tutto nella complessiva ed esclusiva spinta mercantilistica; e, per il web, di una eterodirezione per così dire solo quantitativa, disorientata e diffusa; in cui alla scienza e coscienza del curante (e alla sua responsabilità, come mandato interno deontologico e come oggettività normativa) si sostituisce una ridda di soggettività esperienziali indistinte e contraddittorie.

Le informazioni mediatiche o quelle reperite sul web potrebbero giocare un ruolo positivo solo se fornissero un supporto a una decisionalità libera e autonoma formata altrove da esse,

4. Eckersley R. "Cultural Fraud": The Role of Culture in Drug Abuse. *Drug and Alcohol Review* 2005; 24:157-63

nel confronto con un esperto; dunque il focus del discorso sull’educazione in sanità si sposta sull’educazione alla consapevolezza, alla responsabilità, all’analisi critica.

3. L’Educazione critica alla salute (ECAS) e la comunicazione profonda

Per tentare (un tentativo peraltro assai arduo!) di porre rimedio agli effetti di ES informale e distorsioni web, occorrerebbe cioè un percorso relazionale educativo nel quale – in considerazione della ormai evidente impossibilità, come fin qui sommariamente illustrato, di definire la salute (e conseguentemente ciò che va fatto per mantenerla o recuperarla) per tutti e una volta per tutte, né del tutto liberamente da soggetti e gruppi autonomamente deliberanti – prima di pensare a poterla rendere oggetto di una qualsiasi “Educazione”, si provvedesse a stimolare una consapevolizzazione di singoli e gruppi che porti a ridefinirla il più *frequentemente* (si vorrebbe dire in continuo, come processo più che come momento), il più *diffusamente* (si vorrebbe dire da ogni persona, o da ogni gruppo di persone che si possa individuare intorno ad una propria specificità), il più *approfonditamente* (si vorrebbe dire davvero come stile di vita complessivo) che sia possibile.

Sarebbe necessario cioè chiarire bene “*di cosa si parla quando si parla di salute*”, prima di poter iniziare a parlarne, e prima di poter pensare di “insegnarla”!

Per la verità, le teorie più moderne della programmazione sottolineano adeguatamente come ogni intervento di Educazione alla Salute vada preceduto da un’attenta fase di analisi dei bisogni del soggetto o del gruppo bersaglio, nella quale tale chiarimento può trovare una sua collocazione.

Ma forse questa fase non viene presentata con la profondità che richiede; anzi, forse non si percepisce appieno che in qualche modo *tale fase è essa stessa l’intervento di Educazione alla Salute, inteso come condotta complessa di comunicazione profonda; o se non altro riassume in sé tutto il senso qualificante su cui tale intervento deve fondarsi.*

Se salute è definizione mutevole e soggettiva, soddisfazione dei propri desideri e bisogni, soggettivo “sentirsi bene”, allora ciò che può forse essere ri-definito come *Educazione Critica alla Salute* (ECAS) è lavoro culturale, supporto e stimolo del singolo e dei gruppi a:

1. prendere innanzitutto coscienza della propria idea di salute e del proprio “sentirsi bene” e ridefinirla esplicitamente;
2. alla luce di tale ridefinizione, ridefinire i propri bisogni ed attese in tema (e – in quanto salute è complessivamente qualità della vita – forse anche i bisogni e le attese che riguardano la propria vita in generale):
 - riconoscendo l’origine e il determinarsi di tali bisogni e attese come processo autonomo o piuttosto etero-indotto e viziato da spinte e suggestioni principalmente commerciali/mediatiche (la citata ES informale, i modelli culturali proposti da media o da divi dello spettacolo, che sono in grado di condizionare pesantemente e spesso inavvertitamente

- atteggiamenti e comportamenti);
- analizzando in riferimento al paradigma scientifico vigente, al clima culturale complessivo, al contesto produttivo e economico, ai propri vissuti privati, ecc. i meccanismi che di tale determinarsi sono alla base, e quale è il loro senso nella vicenda personale di ognuno e nella vicenda storica della società;
3. identificare le resistenze e i fattori favorenti per la soddisfazione dei bisogni e delle attese così ridefiniti;
 4. configurare le richieste opportune all'organizzazione più appropriata – servizi sanitari, servizi sociali, istituzioni civili e politiche – per eliminare le resistenze e potenziare i fattori favorenti.

Nella locuzione “Educazione Critica alla Salute” l'aggettivo “critica” vuol marcare dunque il passaggio da un'idea di Educazione mirata alla diffusione di conoscenze o all'induzione di comportamenti, ma sempre prescrittiva, ad una *vera comunicazione profonda, pienamente bidirezionale, non orientata né strumentale*, mirata alla *consapevolezza* e al *disvelamento*.

La Comunicazione profonda⁵ è – per così dire – la comunicazione-comunicazione; la *comunicazione/relazione* come tipicamente si può dare solo nel rapporto diretto, faccia a faccia, tra le persone; che ha per obbiettivo iniziale e presupposto un *incontro con l'altro*, per poter poi armonizzare i propri rispettivi codici e potersi via via sempre più proficuamente scambiare idee, dati, sensazioni.

Dunque un momento nel quale la *bidirezionalità* è elemento assolutamente fondante, valoriale; ossia una comunicazione che si compie – appunto come comune-azione – anzitutto mettendosi insieme, accettando l'idea che nessuna comunicazione esista se non nella relazione dialettica, di scambio e di vicendevole modificazione, con un altro di fronte a noi; un altro che riconosciamo nella sua alterità, ma anche nella sua pari dignità di co-autore del momento comunicativo.

Un momento soprattutto senza strumentalità, perché sostituisce all'obbiettivo utilitaristico di una comunicazione come informazione strumentale (far fare o far sapere qualcosa a qualcuno) innanzitutto un obbiettivo di saper essere (riuscire a stare con qualcuno, relazionalità); dal cui conseguimento potrà poi derivare un obbiettivo di azione comune (fare o sapere qualcosa insieme a qualcuno).

Dunque per fare comunicazione profonda in sanità occorre appunto essere in due, medico e paziente, SSN e cittadino, con una comune disponibilità all'interazione. Formidabili impedimenti “culturali” ad assumere questa attitudine giungono però, *sul versante di medici e organizzazioni sanitarie* da residui di ippocratismo ottuso e da un clima organizzativo di efficientismo freddo e formale (principale responsabile del proliferare di cialtronerie stregonesche che sanano però principalmente un certo vuoto di partecipazione emotiva e vicinanza presente nel SSN); e sul versante di pazienti e cittadini, sia dalla consuetudine fortemente promossa da

5. F. Calamo-Specchia. Comunicazione profonda in sanità. Senso, verità, desiderio. Maggioli, Rimini, 2011

internet e social media a strutturare i rapporti non come tentativi di sintesi ma come semplice, infinita giustapposizione di pareri (o altrimenti come franca e intollerante demonizzazione dell'altro); sia dagli stilemi mediatici che presentano decisamente le relazioni comunicative, le “discussioni” o i “dibattiti” come puro terreno di battaglia per opinioni intangibili, brandite con il massimo della strumentalità come armi nella lotta mirata alla loro prevalenza su quelle degli interlocutori (che in realtà sarebbero da definire *anti*-locutori, nessuna interrelazionalità essendo presente né ricercata tra di essi).

4. ECAS e principio di beneficenza

Se riuscisse a superare tali impedimenti, un approccio tutto relazionale quale quello dell'ECAS potrebbe essere accostato all'idea di *promozione della salute* come promozione umana, come è definita nella Carta di Ottawa (“*il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla*”).

La Carta di Ottawa contiene un fondamentale richiamo a quel che *viene dopo* l'intervento educativo; ossia alla necessità di modificare – attraverso una azione sui decisori politici e istituzionali – le condizioni sociali, ambientali ed economiche della popolazione, per rendere poi praticabile quanto insegnato: è inutile educare alla pratica sportiva... se non ci sono campi sportivi! A tale sacrosanto richiamo, l'approccio di Educazione Critica alla Salute aggiunge un richiamo anche a ciò che in qualche modo deve “*venire prima*” dell'intervento; e cioè un richiamo ad una analisi critica approfondita del concetto, del contesto e della situazione di salute, da compiere insieme al paziente e ai cittadini, ai singoli e ai gruppi, per capire quali azioni poi promuovere per essi e con essi, e con quale strategia.

L'ECAS *nella relazione medico-paziente* segnerebbe dunque il passaggio da un approccio di incontestabile ammaestramento ippocratico ad una strategia educativa non più di convincimento e orientamento, ma di difficile e rischiosa provocazione, di accompagnamento e sostegno.

Tale strategia richiederebbe però anche lo smontaggio del rapporto clinico come contratto tra un utente “standard” che richiede prestazioni “standard” e un fornitore “standard” che viene chiamato a produrle e a risponderne, quale oggi è ormai invalso; per ricostruirlo come incontro vero, alleanza, relazione profonda tra uno specifico sofferente, con il suo unico e irripetibile vissuto, che chiede aiuto e un curante che si offre di prestarlo presentandogli in altrettanta interesse umana; e tutto, nella nostra epoca aziendale e contrattualistica, si oppone a questo passaggio.

Per compierlo, si porrebbe dunque in primo luogo la necessità di recuperare le mozioni spirituali e ideologiche alla base degli atti medici, al posto della loro pura valenza performativa; qualcosa di simile ad una antica “missione del medico” rivisitata ed attualizzata, depurata dall'ippocratismo autoreferenziale ma non dalle sue istanze etiche e passionali. Si porrebbe la necessità di passare dal clima anonimo di un consenso informato freddo e legalistico, puro “diritto” del paziente e puro obbligo del medico – o sua ipotesi di copertura legale (peraltro sempre

insufficiente) – ad una idea di comunicazione profonda, ma non come rinuncia ai pareri e al convincimento, ossia non come acquiescenza – altrettanto spiccia e non coinvolta – del medico ai voleri del paziente.

E, in secondo luogo, praticare una strategia educativa di accompagnamento comporta una rinuncia agli effetti positivi di una quota di sciamanismo ippocratico, ed il pericolo di passare dall'acritico *ipse dixit* del medico ad un altrettanto indiscusso *ipse dixit* del malato.

Tale pericolo si riproduce anche nella più generale educazione alla salute rivolta alla popolazione: l'enfasi sulla libertà di ognuno (ad esempio di rifiutarsi all'obbligo vaccinale), sulla sua privacy, sulla sua autonomia, rischia infatti di scotomizzare le esigenze sociali – peraltro ormai cenerentole in ogni campo della nostra epoca – anche più elementari, quale quella di evitare danno agli altri. Ma il dovere di curarsi, di praticare stili di vita sani, di sottoporsi a interventi di medicina preventiva può essere considerato tale solo se fondato su opzioni etiche ed ideologiche forti, ossia sulla costruzione di una nuova oggettività sociale che lo radichi e lo giustifichi. Tale nuova oggettività, da costruire collettivamente, con strategie di condivisione cittadino-comunità, è il bisogno più grande che ha il nostro vivere associato per ridiventare sociale, e che – per le questioni della sanità – potrebbe trovare ad esempio radice nelle tradizioni laiche e religiose (ma comunque etiche) del principio di beneficenza, che recuperate e rivivificate come base e movente primo di una relazione profonda istituzione sanitaria-collettività e medico-paziente, serva a ridare senso a una cura divenuta ormai troppo spesso pro-cura impersonale ed a-relazionale di gesti tecnici, di farmaci e assistenza, e ad una prevenzione troppo schiacciata su una medicina preventiva che nel rifugiarsi nell'oggettività della scienza tenta anch'essa di esimersi dalla fatica dell'accoglienza e – non già dell'acquiescenza – ma della costruzione di un itinerario condiviso.

Il principio di beneficenza può ri-fondare, contro il miraggio della tecnica lontana, oggettiva e onnipotente, un discorso forte con i singoli e ancor più con i gruppi, sulle cause sociali e culturali delle malattie, e dunque di un discorso pienamente politico sui modi contemporanei del vivere associato, sull'assetto immanentistico e asfittico della cultura moderna, per un recupero delle opzioni etiche ed ideologiche alla base del diritto alla salute dei cittadini e delle società.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno