

Giovedì 4 aprile 2002 - ore 14.00
Quarta giornata di studio
per il Piano per la Salute
"Internet e promozione della salute"

Sintesi dell'intervento del Dott. Francesco Taroni

Regione Emilia-Romagna
Agenzia Sanitaria Regionale

Conclusioni

Abbiamo ascoltato molte esperienze, di grande interesse in sé, ma di scarsa pertinenza per i Piani per la Salute. Cercherò di argomentare perché.

Nelle politiche sanitarie di questa regione, "Piani per la Salute" significa esperienze, decisioni e scelte collettive su temi che hanno a che fare con la salute. In nessun modo, i Piani per la Salute riguardano la domanda individuale di servizi sanitari. Da un lato c'è l'individuo, dall'altro c'è la collettività, da un lato ci sono i servizi sanitari, dall'altro c'è la salute. Sono due mondi completamente diversi.

Il primo punto, cercando di affrontare questo aspetto collettivo, è che stiamo parlando di un bene come l'informazione che ha proprietà particolari ed esclusive. Gli economisti hanno evidenziato che Internet e il telefono sono strumenti il cui valore aumenta, ed i cui costi unitari diminuiscono, all'aumentare del numero degli utilizzatori. Non c'è nient'altro al mondo come questo. Essi sono beni associativi nel senso più letterale del termine: traggono il loro valore e riducono i loro costi attraverso l'aumento del numero dei soggetti che ne beneficiano; sembrano dissolvere il problema dell'altruismo e dell'egoismo, che è sempre implicito nei fenomeni di consumo.

Per venire alla domanda se Internet possa eventualmente fare bene alla salute, penso che si possa distinguere una visione utopica ed una distopica, in cui vengono evidenziati principalmente i problemi associati all'uso di questo strumento per stimolare la comunità della popolazione dei soggetti e non la comunità di un'impresa o di un'azienda, che ha altri fini, altrettanto legittimi ma diversi. Ho l'impressione che questa visione distopica si alimenti principalmente da una costante che in termini epidemiologici viene definita "bias di selezione": la tendenza, nel momento in cui si parla di Internet e dei suoi usi, ad occuparsi principalmente di coloro che accedono ad Internet, ignorando la popolazione a cui sarebbe potenzialmente destinato, cioè la popolazione generale di riferimento. E' una fase che nell'analisi dell'uso dei servizi sanitari abbiamo già superato: non c'è più nessuno che analizza i dati di assistenza ospedaliera ritenendo che questa sia la prevalenza delle malattie nella popolazione; si sa che esiste una selezione nell'accesso. Eppure nelle analisi di Internet si legge sempre di quanti e quali siano stati gli utilizzatori di Internet, senza fare alcun riferimento alla popolazione generale.

Il digital divide è un altro modo per parlare di bias di selezione: nel momento in cui ci si chiede se Internet può far bene alla salute, la domanda da porsi è, preliminarmente: "chi ha accesso ad Internet?". Il primo noto digital divide è quello classico Nord-Sud.: un PC costa un mese di stipendio negli Stati Uniti, otto anni di stipendio in Bangladesh; l'abbonamento a Internet costa 100 dollari al mese in Bangladesh, 10 dollari al mese negli Stati Uniti; le pagine in inglese sono l'85% (e questo è una potente barriera all'accesso). Non stupisce che le stime dell'accesso siano superiori al 50% negli Stati Uniti e lo 0,11%



nei Paesi Arabi.

Questo punto - credo - vale anche per noi, cioè per coloro che abitano nella parte giusta del digital divide. Ci sono un fatto ed un'ipotesi che vorrei ricordarvi perché sono particolarmente pertinenti al discorso dei Piani per la Salute. Il fatto riguarda il profilo dell'utilizzatore generico di Internet e dell'utilizzatore specifico di siti che hanno che fare con la salute o con la sanità: si parla rispettivamente di soggetti giovani, generalmente maschi, con elevati livelli di istruzione e di donne generalmente casalinghe, di circa 40 anni, con un'istruzione medio-alta. In nessuno di questi due casi, i profili corrispondono all'utilizzatore medio dei servizi sanitari, che è rappresentato invece da un soggetto di più di 60 anni, in genere donna, con nessuna educazione elettronica ed informatica e con bassa scolarità. Le implicazioni di questo fatto sono ovvie.

Nel mettere a disposizione questi servizi, basati su Internet stiamo certamente allargando il ventaglio dell'offerta di servizi; tuttavia dobbiamo essere consapevoli che stiamo anche contestualmente e contemporaneamente segmentando la popolazione destinataria dei nostri servizi, quanto meno creando una linea rapida di accesso ai servizi, utilizzata da soggetti giovani a danno di soggetti anziani. Questo è un punto di grandissima rilevanza, che per un soggetto che ha delle vocazioni universalistiche, come un Servizio sanitario regionale ed in particolare questo Servizio sanitario nazionale, è terribilmente pericoloso. Il digital divide esiste anche fra di noi. Ci sono molti modi per poter diffondere la possibilità di accesso. Forse potrebbe essere utile, oltre ad offrire semplicemente servizi, preoccuparsi anche dell'accessibilità e della fruibilità di questi servizi.

Il secondo punto è strettamente collegato a questo aspetto di segmentazione sociale. E' un'ipotesi presentata da Cass Sunstein, un esponente della Scuola di Chicago, la cui argomentazione principale si basa sul comportamento degli utilizzatori. Noi tendiamo a valutare Internet ed il suo uso per i nostri fini di sanità pubblica, rispetto a quello che offriamo. Non ci poniamo però "nelle scarpe" di quelli che lo utilizzano e che non sono ricettori passivi della nostra informazione, ma anzi, possono costruire il proprio giornale specifico individualizzato. Questa è la caratteristica principale di Internet: realizzare la personalizzazione di massa dei servizi.

Sunstein ritiene che leggendo il giornale si viene comunque, inavvertitamente ed indipendentemente dalla nostra volontà, a contatto con esperienze, atteggiamenti, idee ed opinioni diverse dalle nostre. Internet può essere un meccanismo che, attraverso il processo di personalizzazione di massa delle informazioni disponibili all'interno del WEB, può segregare segmenti di popolazione, atomizzare la popolazione e Sunstein arriva a sostenere "uccidere il modello di democrazia deliberativa per permettere esclusivamente un meccanismo di democrazia diretta", cioè di democrazia mediatica.

Il punto è: decisioni che individualmente sono responsabili, consapevoli e del tutto razionali, dal punto di vista collettivo, per effetto di un'eccessiva personalizzazione, possono provocare una segregazione, una segmentazione del corpo sociale che elimina le occasioni di condivisione di esperienze di confronto e di elaborazione di scelte collettive, quali essenzialmente i Piani per la Salute dovrebbero essere.

I Piani per la Salute non sono degli accordi di programma fra istituzioni, ma, per come sono stati elaborati in questa regione, rappresentano invece un'occasione e una modalità di incontro tra i cittadini e le istituzioni per realizzare le condizioni di condivisione delle esperienze che portano a scelte collettive condivise su oggetti specifici.

Un fatto: il digital divide anche nelle nostre popolazioni. Un'ipotesi e una minaccia: i Piani per la Salute, pensati per essere un esercizio di democrazia deliberativa, ma posti in mano ad uno strumento che è compatibile esclusivamente con un meccanismo di democrazia diretta, mediatica.