

Sonia Albanese, Gilberto Stival, Antonio Peruggini, Elisabetta Campus, Carlo Pampari, Antonino Giannone

Questa pandemia ha costretto tutti a rivedere i bisogni di salute della popolazione italiana, in senso inclusivo, e a rileggere le ultime considerazioni sulla salute pubblica per ricercare, o meglio ritrovare, quella definizione del “bisogno di salute” dalla quale si era partiti per disegnare una riforma del modello sanitario del Paese che collochi al centro l’uomo.

La nostra riflessione sul sistema salute e sui bisogni parte dall’analisi dell’attuale modello sanitario che prevede una serie di relazioni e di ruoli fra gli attori stessi in una cornice delineata da organi centrali e soggetti economici in cui il paziente riveste un ruolo fondamentale: è lui che richiede una prestazione sanitaria ed è sul suo soddisfacimento che devono valutare i pilastri del sistema sanitario.

Ora è vero che è il paziente il centro del sistema, ma noi vorremmo pensare che **il sistema mettesse al centro un uomo non un paziente con già necessità di cura, bensì un uomo con necessità di salute**, ed è tutto in questo il nuovo paradigma in cui si sostanzia la rivoluzione del sistema salute al quale dedichiamo questa riflessione.

Potremmo quindi partire dalla lontana carta di Ottawa del 1986, per verificare quanto è alto lo scostamento tra il previsto e poi il realizzato nel raggiungimento dell’obiettivo del soddisfacimento dei bisogni di salute. In quella occasione furono imposte alcune linee guida per la salute, che sono rimaste inattuare in quanto si è preferita la via più facile della promozione del settore sanitario rispetto al perseguimento della salute facendo discendere quest’ultima come ottimizzazione dei servizi sanitari offerti. Ma la promozione della salute è quel processo di conoscenza che consente all’individuo di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo, deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l’ambiente circostante o di farvi fronte. La salute quindi è vista come una risorsa per la vita quotidiana, non è l’obiettivo del vivere.

Di conseguenza la promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario ma va ben oltre gli stili di vita di ciascuno o della collettività e punta direttamente al concetto di benessere¹. Le condizioni del benessere sono: pace, istruzione, abitazione, cibo, reddito, ecosistema stabile, risorse sostenibili, giustizia sociale e equità. Queste condizioni debbono essere tutte realizzate perché si possa parlare di benessere quindi di salute dell’individuo. Di contro bisogna considerare che una buona salute è una risorsa imprescindibile per lo sviluppo sociale, economico e personale ed una dimensione molto importante della qualità della vita di Paese o di una collettività.

Nella promozione della salute non si può prescindere dal raggiungimento dell’equità in tema di salute, ovvero ridurre le differenze nello stato di salute di partenza e assicurare pari opportunità e risorse per il futuro. Ma le condizioni di benessere e le aspettative per la salute non possono essere garantite solo dal settore sanitario. La promozione della salute richiede un’azione coordinata da parte di tutti i soggetti coinvolti: governi, settore sanitario, settore sociale, settore economico, terzo settore, autorità locali, industrie del settore sanitario e mezzi di comunicazione.

Di contro il sistema sanitario dal quale partiamo, salvando certamente il concetto del rispetto dell’art.32² della Costituzione che assicura eguale diritto alla salute come bene per l’individuo e valore

¹ Benessere Voc. Devoto Oli: stato soddisfacente di salute, di forze fisiche e morali. Etimo del XVI sec. da bene + essere.

² Art.32 Cost. *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.*

primario della collettività e dal quale discende, quindi, anche di dovere del cittadino di rapportarsi alla stessa in termini di prevenzione e consapevolezza del rispetto del proprio stato di salute, ci riporta alla necessità, quasi una inderogabilità, di formulare un sistema nazionale sanitario differente, flessibile e fruibile anche nelle condizioni più avverse quali quelle pandemiche. Ma nel formulare un sistema che metta al centro il soddisfacimento dei bisogni di salute, non possiamo non ripartire da quello che abbiamo, analizzando l'evoluzione storica sia per funzionalità sia per gli attori coinvolti e per le loro funzioni. Infatti la difficoltà alla base dell'analisi del nostro sistema è rappresentata dal fatto che gli attori sono gruppi eterogenei di persone o strutture, che di conseguenza hanno interessi diversi e spesso contrastanti fra di loro. Tali attori possono essere riassunti in quattro categorie: cittadini, tra cui principalmente rispecchiano i pazienti e medici; organi centrali dello stato: governo e sanità pubblica; strutture di erogazione di servizi sanitari: ospedali, ambulatori, laboratori; soggetti economici, pubblici o privati, ossia coloro che acquistano e vendono prestazioni sanitarie. Il sistema sanitario è costruito sul rapporto paziente-medico che non è orientato e non prevede la prevenzione e la consapevolezza dello stato di essere in salute del paziente, in quanto la persona può mettersi in contatto con il medico solo tramite una delle tipologie di strutture ospedaliere, le quali quindi fungono da soggetti intermediari, il che rende ancora più personalizzati e complessi i flussi di informazioni.

La pandemia tuttavia ci ha mostrato con tutta la sua disarmante evidenza come non sempre la intensità delle cure riesce a risolvere la necessità di salute che si attua quotidianamente dal rispetto ecologico del proprio ecosistema territoriale e del proprio nucleo familiare e che le condizioni base di ogni organismo giocano la loro partita anche nella ripresa funzionale del singolo individuo. Ciò non di meno si impone la necessità di adottare con urgenza procedure mirate a rivisitare la gestione ordinaria e dell'emergenza nella sanità attraverso misure che da un punto di vista normativo, strutturale, organizzativo, tecnologico e etico consentano la indispensabile presa in carico e la continuità assistenziale delle persone bisognose di assistenza urgenza procedure mirate a rivisitare la gestione ordinaria e dell'emergenza nella sanità attraverso misure che da un punto di vista normativo, strutturale, organizzativo, tecnologico ed anche etico, consentano la indispensabile presa in carico e la continuità assistenziale delle persone bisognose di assistenza. ***Ed è questo il nostro fil –rouge del nuovo modello di salute a cui stiamo riflettendo per la piena attuazione del dettato costituzionale che in primis ci impone di tutelare la salute, il bisogno di salute.***

Ed uno spunto di riflessione ci viene anche dall'attuazione del titolo V della Costituzione per la sanità pubblica e la tutela della salute, per il cui pieno soddisfacimento e completa attuazione accorrebbe incidere sull'articolato normativo in vigore che è condizionato fondamentalmente dalle autonomie regionali in tema di gestione della sanità e rivisitare quindi la riforma del Titolo V perché sia lo Stato il vero garante del diritto alla salute assicurando l'erogazione dei servizi minimi senza che gli stessi possano essere mortificati nella loro adozione da interpretazioni o normative regionali che allo stato dei fatti si sono rivelate in distonia con un necessario processo armonico del sistema di assistenza bisognoso invece di superare l'autonomia legislativa di ogni regione. Tale fattispecie di sussidiarietà ha causato di fatto differenze e discriminazioni nell'ambito della gestione dell'esigenza di salute su ogni territorio, dando vita a 20 sistemi diversi, spesso eccessivamente complessi e conseguentemente incuranti verso la loro primaria dedica che deve essere rivolta alla persona esaltando la sua centralità. Tale oggettiva criticità va valutata anche sotto il punto di vista economico che solo per il contenzioso che ne deriva a causa della confusione e della differente interpretazione delle norme.

Se i sistemi sanitari centralizzati e poi organizzati su base territoriale, in attuazione del principio di sussidiarietà, avessero avuto alla loro base il principio guida della tutela della salute e dell'uomo al centro, nella popolazione non si sarebbe generato quel senso comune di smarrimento di fronte alla ripresa dei contagi pandemici nell'autunno 2020. Tuttavia è proprio dallo stress al quale è stata sottoposta tanto la popolazione che il servizio sanitario stesso, che ha evidenziato bisogni di salute

[gruppo di lavoro salute e sanità –comitato scientifico - Fondazione Sullo Democrazia cristiana](#)

differenti e nuovi (per certi versi) rispetto a quelli finora soddisfatti. Se la gestione della domanda di salute e la qualità dell'assistenza territoriale costituivano già prima dell'emergenza, seppur senza una grande attenzione nel dibattito riformatore, un argomento stabile negli intendimenti della comunità Internazionale nel settore della salute/sanità, ora è divenuto indispensabile attuare strategie in grado di innovare il settore sociale- sanitario, esaltando il valore della persona, la sua centralità e il suo patrimonio di esperienze e competenze, che devono rappresentare *l'humus* in seno a noi tutti, medici di base *in primis*, addetti alla concretizzazione dei protocolli sanitari e di umanizzazione da dedicare al contrasto alla non autosufficienza.

Solo consentendo un reale cambiamento del paradigma del sistema welfare attraverso una nuova visione del disagio, sapremo preparare già da ora anche le future generazioni alla gestione della salute in armonia con le esigenze di sicurezza, efficacia, qualità, accessibilità, economia e umanizzazione delle cure e dei servizi. Così se di contro i parametri di valutazione dei servizi sanitari, nella loro totalità hanno come obiettivo il soddisfacimento dei bisogni di benessere allora il passaggio è "epocale" per la teoria economica che lo sottende: ***dalla misura del servizio reso alla misurazione del gradimento del servizio reso; dal bisogno di sanità al bisogno di salute.***

11 marzo 2021

Gruppo di Lavoro Salute e Sanità

Comitato Scientifico della Fondazione culturale Democrazia Cristiana ex F.Sullo