

Dalla parte della salute: il servizio sanitario nazionale tra prevenzione, cura e salute

On the side of health: the National Health Service between prevention, care and health

Fulvio Forino

medico di sanità pubblica, presidente di Dedalo 97

Tanto tempo fa

Quando una scuola fa scuola

Era il 1975 quando m'iscrivevo alla Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Perugia diretta dal professor Alessandro Seppilli. Per me, giovane medico romano, appena laureato, fu come sbarcare su Marte. Tutto era ben organizzato, l'ambiente accogliente, tutti erano gentili e disponibili. Sapevo che la scuola era innovativa e molto impegnativa. Infatti, cosa inconsueta per quei tempi, al primo anno prevedeva una frequenza obbligatoria di tre giorni alla settimana e gli anni successivi ripetuti stage. Materie come igiene, microbiologia, statistica, medicina del lavoro o legislazione sanitaria, erano proposte con un ta-

glio interdisciplinare. Mentre lo studio delle tradizionali materie dell'igiene ci impegnava fortemente, i corsi d'antropologia culturale, sociologia, psicologia dei piccoli gruppi, programmazione sanitaria, management, educazione sanitaria introducevano noi specializzandi nel mondo, a noi sconosciuto, delle scienze umanistiche e sociali. Apprendevamo a spaziare dalla prevenzione alla direzione sanitaria degli ospedali, dalla comunicazione ai modelli di malattia, dal rapporto con il paziente agli screening, dalla microbiologia ai fattori di rischio per la salute, dall'empatia alla futuribile funzione delle Usl e del distretto.

Noi specializzandi avevamo idee poco organizzate circa la medicina preventiva, la pre-

venzione, l'educazione sanitaria che ci vennero proposte nell'ambito d'una riflessione sullo sviluppo della società, sul modello delle malattie cronico - degenerative e sul loro collegamento con l'ambiente, i determinanti di salute e i fattori di rischio. Avevo appena lasciato un'università autoritaria, estraniante e, incredibilmente, mi ritrovai a "essere ammesso" ai seminari dei "Professori" che spaziavano dalle plastiche impiegate per l'imbottigliamento dell'acque minerali alle strategie comunicative in educazione sanitaria, dallo smaltimento dei rifiuti alla progettazione di ospedali organizzati per intensità delle cure, dalle vaccinazioni al vissuto di malattia, dalla leadership alla medicina sociale.

Al terzo anno di specializzazione mi venne proposto di fare esperienza sul campo e tenni dei corsi di pronto soccorso per gruppi d'operai dell'Enel e degli incontri d'educazione sanitaria in centri d'educazione popolare dell'allora Ministero della Pubblica Istruzione. Con altri specializzandi partecipai come animatore a diversi Corsi Estivi di Educazione Sanitaria scoprendo, come "costruire" una lezione partecipata, cos'è un role playng, come comunicare in gruppo di lavoro.

L'Istituto d'Igiene era organizzato come una équipe interdisciplinare in cui ognuno aveva un suo ruolo e il Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria era un vero e proprio laboratorio d'idee. Così, apprendevamo molto dai libri, ma ancor più da come era organizzata l'attività di Seppilli e dei suoi collaboratori, dal modo di funzionare dell'istituto e della Scuola di Specializzazione d'Igiene, dalla spinta alla creatività e all'innovazione che caratterizzava il Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria. L'aver potuto seguire un piano di studi che forniva conoscenze di base proprie di "materie" umanistiche ci per-

mise d'apprendere a rendere porosi i confini del nostro sapere. Senza diventare psicologi, antropologi o sociologi avevamo scoperto che era possibile fecondare le nostre conoscenze biomediche con quelle delle scienze umanistiche e sociali per poi servircene sul campo. Avevamo nelle nostre mani la chiave che apre la porta dell'interdisciplinarietà e del "lavorare insieme".

Molti ritengono che le persone di scienza vadano giudicate per quello che pensano e teorizzano più che per quello che fanno. Antesignano è sinonimo di precursore, pioniere, guida, maestro, capo, animatore e, da moltissimi anni, penso che il professor Seppilli sia stato un antesignano e non solo per quello che pensava e diceva, ma per la concezione che aveva dell'uomo, della salute, della medicina e della sanità pubblica che si rispecchiava nel suo "modo d'essere maestro", nell'impostazione che diede alla Scuola di Specializzazione d'Igiene, e al Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria.

Spesso penso che ricordo con entusiasmo gli anni passati a Perugia perché erano gli anni in cui ero giovane e pieno di energie e curiosità. Poi, però, ripenso a quanto, a quei tempi, l'università fosse un mondo chiuso, centrato su un insegnamento omologato, quanto spegnesse ogni apertura al futuro e ogni tensione all'innovazione. Mi confermo allora nell'idea che la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva e il Centro Sperimentale d'Educazione Sanitaria furono, per me, per noi specializzandi, una formidabile palestra formativa. Comprendo perché per moltissimi anni ho avuto difficoltà a intendermi con il mondo degli igienisti. Solo dopo molto tempo ho capito che avevo appreso a stare dalla parte della salute e che avevano fatto di me un "igienista anomalo".

L'anomalia Seppilli

Nel 1948, l'OMS definì la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o d'infermità”. A sua volta, fin dal 1966, il prof. Alessandro Seppilli elaborò una sua definizione secondo la quale *“la salute non è una condizione statica d'equilibrio perfetto; al contrario, essa consiste in uno sforzo continuo di adattamento alle mutevoli condizioni ambientali. La salute è una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico, dell'individuo integrato dinamicamente nel suo ambiente naturale e sociale”*.

In questa definizione sta tutta la sua “anomalia”. Se, infatti, entrambi le definizioni spostano l'attenzione dalla malattia alla salute, quella di Seppilli ha il carattere di un vero e proprio nuovo paradigma dissonante, “anomalo”, appunto, rispetto al pensiero “normale”. È paradigmatica nel senso proprio della parola. Nasce, infatti, come ipotesi di ricerca, teorica e pratica, che, sulla base di riscontri positivi, è riconosciuta come valida e come modello di riferimento da una comunità scientifica e professionale. Anticipa una visione complessa e sistemica della vita, della società, dell'uomo, della salute e della malattia che oggi, a distanza di tanti anni, è di grande attualità. Pone a fondamento della sanità pubblica la difesa e la promozione della salute “di ciascuno e di tutti” intesa come strategia volta a integrare la prevenzione, l'educazione alla salute, la medicina preventiva e quella delle cure e dell'assistenza.

Una definizione

Nella sua definizione, Seppilli esclude che la salute sia “una *condizione statica d'equilibrio perfetto*”, uno “stato di perfetto benessere” e con ciò la possibilità che sia una conquista

data una volta per sempre.

Esclude ogni visione meccanicistica e riduzionista e la possibilità che una persona possa essere compresa, curata, presa in cura, scindendo le sue molteplici dimensioni, frammentandola in organi e apparati, riducendola alla sua biologia e alla sua malattia rivelata da sintomi e segni. La complessità e multidimensionalità sono caratteristiche proprie dell'uomo. Le possiamo riassumere nelle tre dimensioni fondamentali biologica, psicologica e sociale che, per praticità, possiamo studiare separatamente, ma che non possiamo scindere quando siamo a curare un paziente a prenderci cura d'una persona. “Il modo d'essere” dell'una dimensione, infatti, influenza, ricorsivamente, quello dell'altre. Sono tra loro interdipendenti e in un equilibrio instabile, dinamico e mutevole, dalla cui storia emerge la condizione di salute/malattia di ogni ciascuno e la sua stessa identità e singolarità, colta nella sua irripetibile individualità.

Nel collegare la multidimensionalità delle persone e della salute all'ambiente naturale e sociale, Seppilli preannuncia la necessità d'integrare il paradigma bio medico e quello bio-psico-sociale che oggi, in medicina e nell'assistenza, rappresenta un nodo ancora da sciogliere. Esclude che l'uomo possa essere assimilato a una macchina biologica. Ha chiarissimo che ogni essere vivente è un'unitaria realtà sistemica e che *“la salute è la salute del tutto {...} e {...} che l'equilibrio funzionale d'ogni individuo è direttamente collegato alla salute fisica e alla salute mentale, che non sono altro che due facce di dello stesso prisma, e che l'una dipende strettamente dall'altra e non può esserne isolata”*.

Nella sua definizione di salute, Seppilli ci rivela che l'uomo è un essere complesso, un sistema aperto, adattativo e che la fatica del vivere sta in “uno *sforzo continuo di adatta-*

mento alle mutevoli condizioni ambientali” e nella necessità/possibilità di procurarci dall’ambiente, e d’utilizzare al meglio, le risorse necessarie al nostro sviluppo e benessere. L’uomo non è una monade in se compiuta e indipendente dall’ambiente. Al contrario ciascuno vive immerso in un ambiente, in un contesto, che può essergli più o meno favorevole, con il quale coevolve e stabilisce una relazione che non è solo di dipendenza ma è costitutiva della sua stessa identità, del suo essere e benessere, della sua condizione di salute/malattia.

Nella visione di Seppilli, gli individui concorrono incessantemente a trasformare l’ambiente che a sua volta agisce su di loro in un’incessante dinamica ricorsiva di reciproco influenzamento. Si rivela, così, il paradosso delle malattie cronico degenerative che sta tutto nel rapporto di causalità circolare che lega uomo e società, salute e ambiente. Infatti, le cause di molte delle malattie croniche che affliggono l’uomo nei paesi occidentali sono largamente riconducibili al tipo di società che l’uomo stesso ha generato. Se abbiamo creato condizioni di vita favorevoli alla salute, largamente diffuse, abbiamo, però, paradossalmente, dato vita a contraddizioni sociali che “s’incarnano” negli individui” sotto forma di malattia.

Non c’è alternativa a una visione in cui da un lato la “tutela della salute” rientra tra i compiti fondamentali dello Stato, e dall’altra gli individui e le comunità locali sono chiamati a scelte e comportamenti responsabili. Per Seppilli, infatti, era assolutamente chiaro che le malattie cronico degenerative non riconoscono solo cause naturali o genetiche, ma sono, quasi sempre, “connaturate” da un lato a comportamenti individuali e collettivi e dall’altra a scelte e politiche di sviluppo, non solo in-

dustriale, del nostro paese e a potenti e consolidati interessi. Basta pensare che le più comuni malattie, come cancro, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie, sono riconducibili a un intreccio di fattori causali e di rischio tra i quali vi sono, a livello individuale, fumo di sigaretta, uso d’alcool, mancanza d’attività fisica, errate abitudini alimentari e, a livello di società, rischi da lavoro, ritmi di vita stressanti, inquinamento dell’aria, produzione industriale di alimenti, pressione al consumo di bevande e di alcoolici, [...] bassi livelli di reddito e d’istruzione direttamente collegati alla scarsa capacità d’accedere ai servizi sanitari [...] Esemplicativo di quest’intreccio di cause e concause, fattori di rischio e determinanti di salute è il caso dell’obesità e del sovrappeso. Secondo dati del 2010, forniti del Ministero della Salute, in Italia, il 22,9% dei bambini della terza classe primaria, di 8-9 anni di età, è in sovrappeso e l’11,1% in condizioni di obesità e si stima che obesità e sovrappeso siano determinanti nell’insorgenza del 44% dei casi di diabete tipo 2, del 23% dei casi di cardiopatia ischemica e fino al 41% di alcuni tumori.

Seppilli fu tra i primi ad avere la lucidità d’insistere sull’idea che la prevenzione può giocare un ruolo in termini di sostenibilità del SSN. Non siamo, infatti, riducibili alla nostra biologia, al nostro “destino” genetico e “la difesa della salute di tutti e di ciascuno” non è solo un “fondamentale diritto dell’individuo”. È un “interesse della collettività”, un bene comune, è non solo un obiettivo per ogni individuo e per ogni comunità, ma anche un mezzo, una risorsa che permette di condurre una vita produttiva e socialmente utile sotto il profilo personale, culturale e economico.

La crisi sistemica del SSN

La frantumazione del SSN

Nel suo articolo del 1969 Seppilli esprimeva una visione unitaria del SSN secondo la quale la sanità andava gestita a livello locale mentre lo Stato aveva la difesa della salute come *“suo compito primario, come per l’istruzione, l’esercizio della giustizia o la difesa dei confini”*.

Negli anni, le Regioni hanno ottenuto una sempre più ampia autonomia che in sanità ha fatto venir meno un significativo coordinamento centrale. Per decenni, hanno adottato politiche e modelli organizzativi molto diversi, così che, oggi, siamo di fronte alla frantumazione del SSN in 21 Servizi Sanitari Regionali. Pochi esempi sono illuminanti. I sistemi informatici e informativi delle diverse regioni hanno caratteristiche che non permettono loro di dialogare e, salvo alcune eccezioni, di generare informazioni nazionali. In alcune regioni si erogano farmaci che altre non dispensano; vi sono macroscopiche differenze che riguardano non solo i tempi di attesa e l’accessibilità dei cittadini alle prestazioni ma anche l’applicazione dei livelli essenziali d’assistenza e l’erogazione di alcune tipologie di prestazioni. Permangono distorsioni e differenze tra le regioni in termini di dotazione di posti letto ospedalieri, di strutture intermedie di riabilitazione e di lungodegenza, di residenze sanitarie assistite, di hospice. Variano da regione a regione gli standard per l’accreditamento delle strutture sanitarie, il livello d’integrazione tra servizi e sanitari e sociali, il sostegno dato alle famiglie di disabili, così come la consistenza e capillarità dell’assistenza domiciliare. Sappiamo che in ogni sistema socialmente costruito gli equilibri vanno ristabiliti decentrando al massimo le decisioni e le soluzioni da adottare, ma sappiamo anche che ogni decentramento presuppone la possibilità per

il “centro” di riprendere il “controllo” della situazione. Senza immaginare ritorni a un improponibile centralismo, possiamo ritenere che l’elusione dei più elementari principi di bilanciamento dei poteri tra diversi livelli istituzionali sia una delle cause della frantumazione del SSN e del mancato controllo della spesa che ha portato ben dieci regioni ad essere commissariate nel 2012. È necessario abbandonare la difesa ad oltranza dell’autonomia regionale e riequilibrare il riparto costituzionale delle competenze tra lo Stato e le Regioni in funzione dell’universalità del SSN e di una tensione all’equità volta a assicurare ai cittadini di ogni regione gli stessi livelli essenziali d’assistenza.

Dovremmo riflettere sul fatto che il problema della sostenibilità del SSN non ha una soluzione unica, né tanto meno semplice. Va perseguita adottando una strategia dell’integrazione dei servizi sanitari regionali e, al loro interno delle aziende della sanità, ridimensionando una visione meramente aziendalistica della sanità e affermando la missione del SSN che consiste non solo nell’assicurare dei sistemi di cure, ma anche nello stare “dalla parte della salute”.

La complessità della salute, delle persone, dei pazienti

Secondo Seppilli, *“la salute è un fatto unitario... è una condizione d’equilibrio di tutto l’organismo di tutte le sue parti e la difesa della salute deve essere unitaria e deve tener conto di tutte le componenti, interne e esterne, di ordine fisico, psichico e sociale”* [...] *“la malattia di una parte è sempre la malattia del tutto {...} Non si possono separare rigorosamente le malattie del corpo da quelle dello spirito, perché in effetti lo spirito non è altro che un attributo del corpo”*.

Aveva chiaro che confrontarsi con la salute, con le persone e i pazienti, implica la consa-

pevolezza della loro complessità. Fare salute significa intervenire per *“modificare durevolmente e consapevolmente i comportamenti degli individui”* e contemporaneamente agire sul loro *“ambiente naturale e sociale”*, sul contesto in cui essi vivono ovvero sull’insieme delle relazioni, condizioni e fatti che portano al verificarsi di determinati comportamenti o situazioni. Infatti, *“la nostra salute dipende in larga misura dalla nostra posizione nell’assetto della società e dai rapporti interpersonali che intercorrono tra noi e i nostri simili”*. Nella sua visione, curare una persona è altro dal curare un organo o una malattia. Un paziente è una persona in cui si verifica un “groviglio” inestricabile di patologie e di situazioni e problemi psicologici, affettivi, sociali, familiari, culturali, ambientali, a loro volta così tanto tra loro “intrecciati” da rendere la singola patologia o il singolo problema un’astrazione che non è possibile curare o risolvere estraendola dagli altri. Il prof. Seppilli praticava un approccio interdisciplinare, sistemico ai problemi che affrontava che riproponeva nella sua concezione di educazione sanitaria e di cura delle persone la cui multidimensionalità e complessità impongono ai professionisti della sanità di possedere competenze non solo bio mediche, ma anche quelle competenze sociali, psicologiche e umanistiche che, sottratte dal paradigma bio-psico-sociale, sono necessarie per sostenere una persona e/o una comunità nella promozione della propria salute o un paziente nell’aderire a stili di vita corretti o terapie impegnative.

Cronicità e complessità dei pazienti

Seppilli, poneva una particolare attenzione ai dati epidemiologici intuendo che, come poi sarebbe accaduto, in pochi anni, le patologie cronico degenerative sarebbero divenute predominanti. Uno studio del 2005,

compiuto negli Usa sugli utenti di Medicare, tutti ultra sessantacinquenni, rilevava che il 50% di essi assume ogni giorno più di 5 diversi farmaci, il 48% di essi sono pazienti cronici, complessi in quanto hanno almeno tre delle patologie più frequenti, mentre il 21% ne presenta almeno 5. Oggi, nel nostro paese, l’Istat rileva che, in persone con età superiore ai 14 anni, i disturbi psichici e comportamentali e le malattie dell’apparato osteomuscolare, del sistema circolatorio, respiratorio e digerente sono, in media, associati ad altre 4 o 5 patologie.

Oggi, siamo di fronte a “un’epidemia” di pazienti cronici, polipatologici, e perciò complessi, che possono essere, ma non necessariamente sono, pazienti anziani, fragili, disabili, critici o ad alto assorbimento di risorse, genericamente “difficili” o “complicati”. Sono pazienti sempre portatori d’una patologia complessa che emerge, come tale, “dall’intreccio” di più patologie di cui sono portatori. In quanto tali, sono, per definizione, esclusi dai trials clinici. Sono EBM orfani e difficilmente “protocollabili” così che si apre una contraddizione di difficile soluzione tra la loro gestione e il ricorso a linee guida, protocolli e percorsi clinico assistenziali.

Dovremmo riflettere sul fatto che nella pratica medica e assistenziale, un paziente complesso non può essere gestito sommando più consulenze, più diagnosi, più linee guida, più protocolli, più prestazioni professionali, più farmaci, più prescrizioni terapeutiche, alimentari e comportamentali. La sua gestione richiede più professionisti e/o specialisti che, interagendo sistematicamente tra loro, individuino, sulla base dei massimi livelli possibili di accordo e certezza, una strategia e le decisioni, le azioni prioritarie e le figure professionali da mettere in campo per raggiungere, in un determinato tempo, un insieme

condiviso d'obiettivi che coinvolgano, ogni volta che sia necessario e possibile, il paziente stesso e i suoi familiari e caregiver.

I pericoli nella specializzazione

“La progressiva specializzazione [...] ha frammentato gli interventi: per cui ci troviamo di fronte alla necessità di ricomporli in qualche maniera, perché l'individuo è pur sempre un tutt'uno e non c'è alterazione della salute che non si rifletta su tutto l'organismo” [...] “Questa concezione contrasta con la prassi degli ultimi decenni, tutta concentrata nella cura delle malattie, affidata a un numero sempre crescente di “specialisti” sempre più specializzati, nessuno dei quali può avere una visione panoramica del soggetto nel suo complesso e nelle sue interazioni con l'ambiente naturale e sociale”.

Già nel 1969 Seppilli individuava i pericoli insiti nel processo di specializzazione, sempre più accelerato, che riteneva inevitabile e conseguente al dilatarsi delle conoscenze e della tecnologia. La specializzazione, infatti, se ha comportato il vantaggio della diversificazione della conoscenza, delle funzioni e dei compiti, ha, però, generato il paradosso della “fragilità” del sapere specialistico. Infatti, più le sue conoscenze sono “specializzate” meno lo specialista sa del “curare il tutto” e del “prendersi cura della persona”. Infatti, di fronte alle persone e a quadri patologici complessi, deve saper valutare e integrare una moltitudine di dati, informazioni e variabili, non solo biomedici, ma anche sociali, economici, affettivi e psicologici tra loro intrecciati e inseparabili. Si trova, così, a dipendere, a livello biomedico, da altri specialisti e, a livello e dell'assistenza e delle problematiche psicologiche e sociali, da altri professionisti.

Dai lontani anni settanta la medicina ha ri-

sposta alla crescente complessità delle patologie dilatando il ricorso alle consulenze, ovvero a un metodo, che, nato in ospedale e esportato nella realtà dei servizi poliambulatoriali e territoriali, mostra oggi tutti i suoi limiti ed è tra le cause di rallentamenti, ridondanze, errori di comunicazioni e incertezza circa le responsabilità, le decisioni da prendere e le azioni da mettere in campo. Nel tempo l'organizzazione delle aziende della sanità s'è complicata e al suo interno strutture e servizi specializzati hanno difficoltà a dialogare e a interconnettersi. Ancora oggi in sanità, domina una cultura del sapere identificato con la sola competenza tecnica, mentre ai professionisti, e tanto più ai loro “direttori”, sono richieste oggi le capacità di lavorare in squadra e d'empatia professionale nel rapportarsi con i pazienti e con altri operatori.

Dovremmo riflettere sulla lezione di Seppilli e dei suoi collaboratori i quali, in un mondo universitario che non preparava in alcun modo a “lavorare insieme”, improntavano all'interdisciplinarietà l'attività dell'Istituto e della Scuola di Specializzazione d'Igiene e, più che mai, quella del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria di Perugia. Dovremmo riflettere sulla necessità d'adozione in sanità un approccio sistemico che porti al superamento della “frammentazione specialistica” dei pazienti e delle cure in funzione dell'unitarietà e continuità dell'assistenza. Dovremmo ripensare profondamente l'organizzazione delle aziende della sanità che ostacola la stessa proposizione di forme di lavoro innovative, orizzontali, basate sulla collaborazione tra strutture e/o servizi e professionisti diversi che mettono in discussione interessi consolidati e una cultura aziendalistica verticistica.

Organizzazioni verticali

Seppilli metteva in guardia da *“un altro pericolo, quello della dispersione che noi cerchiamo di unificare attraverso la persistenza di strutture verticali settoriali (...) che cercano di sopravvivere e trovano alcuni consensi.”*

Da tempo, ormai, un numero crescente di professionisti avverte una “solitudine professionale” vissuta come disagio, come difficoltà a “lavorare insieme”, a “fare sistema”, che vanifica i loro sforzi per migliorare l’assistenza. A questa difficoltà si è tentato di rispondere utilizzando la stessa logica che l’ha generata. Così, mentre l’efficienza e l’efficacia delle prestazioni dipendono sempre più dal coordinamento di più professionisti e/o unità operative, oltre che, evidentemente, dalle loro capacità individuali, la gestione delle aziende della sanità si concentra sulle performance dei singoli, professionisti e/o servizi. Fa riferimento all’ingegneria organizzativa, all’efficientismo aziendalistico, al controllo di gestione, con il risultato di complicare l’organizzazione e di dilatare la burocrazia. Prevale ancora una concezione sostanzialmente meccanicistica delle aziende della sanità che non pone sufficiente attenzione alle relazioni d’interdipendenza e di reciproco influenzamento che intercorrono tra i loro componenti, servizi e/o singoli professionisti. Le aziende della sanità sono strutture rigide, essenzialmente verticali, a canne d’organo. Al loro interno si pongono ostacoli all’innovazione e all’integrazione organizzativa. Quanti le abitano sono stati poco preparati, e sono poco disposti, a “lavorare insieme”. Il management quasi sempre investe poco tempo e poche risorse per promuovere modalità organizzative orizzontali, flessibili, adattative che valorizzino le specifiche competenze dei singoli elevandole a complementarietà organizzata. Non incentiva la capacità degli

operatori di muoversi tra regole date e occasioni che si pongono, per sfruttare la possibilità di dare vita a equipe, reti e gruppi di lavoro interdisciplinari, per “autorganizzare” il loro “lavorare insieme” fondato su stima e fiducia tra colleghi e sul perseguimento di obiettivi riconosciuti come propri dall’azienda d’appartenenza. Dovremmo riflettere sul perché della *“persistenza di strutture verticali settoriali (...) che cercano di sopravvivere e trovano alcuni consensi”* e su quante risorse e quanto tempo saranno necessari per ridurre le verticalità, abbattere confini e per realizzare modalità organizzative basate sulla capacità degli operatori di fare sistema.

Il ruolo del medico di famiglia

Secondo diverse stime, nel nostro paese vi sono 250.000 “casi” di diabete di tipo uno, 3.000.000 di diabete di tipo due, 1.500.000 di bronchite cronica ostruttiva, 300.000 di artrite reumatoide. I pazienti in dialisi sono 250.000, i parkinsoniani più di 220.000, i cardiopatici complessivamente 750.000. Le persone sopravvissute a una diagnosi di tumore sono circa 2.250.000 e oltre 900.000 quelle sopravvissute a un episodio di ictus cerebrale. Le persone affette d’Alzheimer e pre-Alzheimer sono circa 600.000 e gli adolescenti con disturbi pervasivi dello sviluppo circa 300.000 Studi dei medici di famiglia, servizi territoriali, strutture intermedie e ospedali, sono affollati da pazienti cronici, da “malati per sempre” che esprimono nuovi bisogni e diritti di salute, che chiedono di non essere solo “oggetto” d’assistenza, ma anche di essere considerati persone partecipi della gestione delle cure e del raggiungimento e mantenimento del migliore stato, per loro possibile, di salute e benessere.

Ancora una volta Seppilli anticipa di molto il futuro. *“Il medico personale deve restare il cen-*

tro di riferimento di tutti gli interventi che vengono fatti sul suo assistito, anche quando egli si trova a ricorrere alla collaborazione di specialisti per atti diagnostici e terapeutici che egli non è in grado di assumere in proprio" {...} "Ciò ci fa sentire da una parte il bisogno di una riabilitazione del medico di famiglia, che si assuma la responsabilità dell'individuo continuamente, e, dall'altra, la necessità di un coordinamento di quegli interventi specialistici, che, inevitabilmente, dovranno completare l'opera del medico personale".

Delinea con grande lucidità la situazione attuale per cui, in medicina e nell'assistenza, qualità e appropriatezza dipendono sempre meno dalle capacità dei singoli e sempre più da "sistemi di servizi e di professionisti" che integrano competenze e attività di più professionisti coordinati tra loro e con un case manager. La figura del case manager, concepibile nel 1969 solo da pochi, è ormai consolidata in molti servizi territoriali d'assistenza domiciliare, di psichiatria, di riabilitazione in età evolutiva, di medicina delle dipendenze [...] e non potrà non riguardare, in un prossimo futuro, il ruolo degli internisti o dei geriatri in quegli ospedali che si vanno riorganizzando in funzione della complessità assistenziale e dell'intensità delle cure, o il ruolo del medico di famiglia che chiamato a operare in "case della salute" concepite per integrare la sua attività con quella di specialisti e infermieri al fine di ricomporre la frammentazione dell'assistenza territoriale e d'assicurare le prestazioni richieste in un determinato bacino d'utenza.

Oggi tutti concordano sul fatto che, come Seppilli immaginava, il medico di famiglia debba sviluppare le competenze necessarie alle sue funzioni, proprie del case manager, d'accompagnamento delle persone nel loro percorso di vita e di responsabile delle cure

che, nella gestione di particolari situazioni e pazienti, implicano la capacità di coordinare più specialisti e/o professionisti.

In questo senso un segnale ci viene dalla Medicina di Famiglia che ha sottratto, fin dalla loro nascita, le proprie scuole di formazione all'egemonia dell'insegnamento universitario. Queste scuole sono orientate a fornire un insegnamento che integri le competenze cliniche con le competenze proprie del paradigma sistemico bio-psico-sociale. Preparano i futuri medici di famiglia, oggi di medicina d'iniziativa, oltre che a curare le malattie, a lavorare disponendo di pochi dati biomedici, a contestualizzare il paziente, a utilizzare la sua narrazione e il suo vissuto di malattia. Sono orientate a fornire le capacità necessarie a "lavorare insieme" a rapportarsi con pazienti anziani, cronici, complessi considerati come persone verso le quali svolgere un ruolo di counseling per orientarli, responsabilizzarli e sostenerli nell'assumere un ruolo attivo e scelte consapevoli.

La scelta della medicina di famiglia ci dovrebbe far riflettere sul fatto che ancora oggi, come mezzo secolo fa, il medico esce dalle nostre università ottimisticamente meccanicista e riduzionista, convinto che tutta la medicina consista nel porre diagnosi e nell'assegnare terapie e inevitabilmente votato a specializzarsi.

Il professor Seppilli citava spesso il motto "che si legge in Plauto. *Nemo sati sapit*" che ci fa riflettere sul fatto che l'insegnamento universitario, tutt'oggi centrato sulla medicina clinica e tecnologica, dovrebbe fornire ai futuri professionisti della sanità, non solo medici, almeno la consapevolezza del limite implicito nelle conoscenze proprie di ogni professione o specializzazione e, almeno, gli strumenti critici per comprendere che sempre meno in medicina si vince da soli e che è

necessario sapersi “connettere” soprattutto quando ci si trova di fronte a un “intreccio” di più patologie e di situazioni e problemi psicologici, affettivi, sociali, familiari, culturali come avviene nella gestione di quei “casi unici” quali sono i “pazienti reali”, polipatologici, fragili, complessi e poco “protecollabili”.

Salute e sostenibilità del SSN

Lo sperpero di risorse pubbliche e la crisi dei valori

Secondo il documento della Camera dei Deputati, XVII, n. 4, del 2014, “l’illegalità e la corruzione rappresentano all’incirca il 5-6 per cento della spesa sanitaria (circa 5-6 miliardi di euro); si tratta di un fenomeno preoccupante che non solo incide sull’efficienza e sull’equità dei servizi, ma che mina alla radice il rapporto di fiducia tra istituzioni e i cittadini”. A fronte di casi di sana gestione, una miriade di casi d’invadenza della politica e di clientelismo hanno minato i valori su cui si fonda un servizio pubblico. Sono noti i ripetuti casi in cui “la politica” è arrivata a controllare e alterare le normali procedure riguardanti nomine, assunzioni, carriere, appalti, forniture, accreditamenti di strutture private [...] Il SSN e le aziende della sanità sono stati pervasi da valori negativi e antisociali, spesso fortemente autoreferenziali, che hanno avuto effetti devastanti sul clima interno, sulla motivazione e sul senso di responsabilità dei professionisti. Disaffezione al lavoro, infedeltà all’azienda, inefficienza, sprechi e errori, deresponsabilizzazione degli operatori sono largamente riconducibili alla mancanza di fiducia e stima verso amministratori e manager “poco credibili”, se non compromessi sul piano etico e, spesso, anche tecnicamente inadeguati.

Sottrarre illecitamente risorse alla sanità si-

gnifica “rubare salute” e non possiamo non riflettere su quanto sia ormai inevitabile un radicale ridimensionamento della politica nella gestione della sanità e rivendicare con forza, pretendere, amministratori e manager che abbiano non solo una competenza tecnica, ma soprattutto una credibilità etica sorretta dalla capacità di proporre come valore la salute e come bene comune, per i cittadini e per quanti vi operano, il SSN e le aziende della sanità che lo compongono.

Il fantasma dei costi insostenibili

Discutere di sostenibilità del SSN significa considerarlo un sistema, vasto, complesso e molto articolato. Il suo funzionamento coinvolge legislatori e governanti del nostro paese, migliaia di amministratori e manager, migliaia e migliaia di imprenditori e fornitori, centinaia di migliaia d’operatori ma anche, e soprattutto, direttamente e indirettamente, milioni di cittadini in quanto pazienti “per sempre” e i loro familiari e decine di milioni di cittadini “utenti occasionali”, che un travisato modernismo ha trasformato in clienti estraniandoli come tali dai problemi che si pongono in sanità.

In una logica ancora troppo “mutualistica”, per soddisfare i “propri clienti”, le aziende della sanità sono concepite come macchine per produrre prestazioni. La loro gestione si concentra sull’efficienza tesa a incrementare un’offerta di prestazioni che, paradossalmente, ha l’effetto di dilatarne la domanda che spesso è alimentata da interessi di terzi, da pratiche inappropriate e da comportamenti deresponsabilizzati dei “clienti”. Come in altri paesi occidentali, anche in Italia la crisi economica ha determinato un abbassamento della soglia di sostenibilità del SSN a cui s’è cercato di far fronte mettendo in atto politiche di razionamento e di risparmio, tagli ai

finanziamenti e maggiori controlli della spesa delle aziende e dell'efficienza dei servizi della sanità. Queste misure non sembrano però efficaci contro ciò che Seppilli definiva come *"il fantasma dei costi insostenibili"*. Egli, senza mai mettere minimamente in discussione la conquista di una sanità pubblica che assicuri i cittadini dal rischio di malattia, già allora aveva chiaro che *"il diritto alla salute è un diritto tendenziale, non è un diritto assoluto, filosofico"* e che *"se volessimo portare le prestazioni a livelli insostenibili dalla collettività, esse sarebbero insostenibili in qualsiasi sistema"*.

Appropriatezza

Pochi dati sono sufficienti a farci comprendere che la sostenibilità del SSN e del suo carattere dipende certamente dal contrasto all'illegalità e alla corruzione, ma anche, e non marginalmente, dall'impegno volto a contenere l'inappropriatezza delle prestazioni erogate e quell'insieme di spinte e interessi che ne alimentano la domanda. Secondo diverse stime, nel 2012, risulterebbe inappropriato il 40% delle medicazioni avanzate, il 25% delle indagini d'imaging, il 15% delle giornate di ricovero e, complessivamente, il 30% della spesa sanitaria sarebbe stato destinato all'erogazione di prestazioni inappropriate, se non nocive. Secondo uno studio più recente, su 2.500 prestazioni, supportate da evidenze scientifiche, solo il 46% risulterebbe sicuramente utile e mentre il 4% sarebbe stato dannoso.

L'appropriatezza è una combinazione di efficienza, efficacia e corretta indicazione, focalizza l'attenzione sui benefici delle prestazioni per l'utenza, esprime la tensione a contenere sprechi ed errori e a dare concretezza alla qualità. In un SSN "intossicato" da medicina difensiva, interessi economici, sprechi, ridondanze, errori, efficientismo [...]

"fare appropriatezza" spesso consiste nel "fare meno per fare meglio". Manager credibili, che comprendano quanto l'appropriatezza dipenda dai comportamenti responsabili degli operatori sanitari, dovrebbero proporla loro come valore impegnandoli professionalmente e moralmente. L'etica dell'appropriatezza, infatti, si fonda su libertà professionale, rapporto fiduciario e beneficiario per il paziente, operare secondo scienza e coscienza, agire con perizia, prudenza e diligenza [...] sono valori deontologici condivisi da tutte le professioni sociali e sanitarie. Dopo decenni passati alla ricerca d'una efficienza sganciata da valori e a discutere di come "risparmiare", dovremmo occuparci non solo di quanto si spende e si lavora, ma anche, di come si spende e si lavora e, soprattutto, per cosa si lavora.

Potremmo allora chiederci se la sostenibilità del SSN non stia anche nella capacità del SSN di generare salute. Se non richieda che si adotti una strategia tesa a fare delle aziende della sanità contesti nei quali i professionisti si rendano responsabili d'una continua "ricerca della massima appropriatezza possibile intesa come capacità d'utilizzare in modo efficiente le risorse disponibili per assicurare prestazioni efficaci e supportate da una corretta indicazione, ovvero capaci di rispondere alla domanda di salute espressa e inespressa, individuale, familiare e sociale".

Nella visione di Seppilli, però, tutto ciò non sarebbe stato sufficiente. Mentre pensava alla *"popolazione protagonista del sistema"*, avvertiva l'asimmetria del rapporto medico paziente e la necessità d'una tenace e diffusa azione d'educazione sanitaria, rivolta prima di tutto alle giovani generazioni. Ricollegava la sostenibilità del SSN alla sua capacità di contribuire, con determinazione, alla prevenzione delle malattie croniche e al suo impegno nel

promuovere una diffusa coscienza sanitaria e a un'alleanza tra professionisti e cittadini fondate su valori condivisi e su comportamenti reciprocamente e consapevolmente responsabili. Riteneva, infatti, che *"i cittadini, oggi, troppo spesso considerati come oggetto passivo della società consumistica, debbono richiedere le prestazioni di cui hanno bisogno e che il SSN deve loro assicurare. Sono essi che debbono operare le scelte inevitabili tra ciò che è utile e ciò che è inutile o superfluo o addirittura dannoso [...] assistiti dai tecnici [...] ma debbono essere loro i soggetti della scelta e non limitarsi a subire passivamente le scelte decisionali operate da altri"*.

Il pericolo della separazione cure prevenzione

Nel 1969, nell'ambito d'una tavola rotonda, Seppilli affermava che: *"scopo dei servizi sanitari è la difesa della salute, non la protezione economica dal rischio di malattia com'è posta dalle assicurazioni sociali"*. Poi, in poche battute, sintetizzava i cambiamenti intervenuti in medicina nei decenni precedenti durante i quali *"la lotta alle malattie infettive aveva portato alla nascita di una specie di specializzazione della profilassi e staccato, in gran parte, l'attività preventiva, che tradizionalmente era legata a quella del medico generico, da quella che è l'attività terapeutica"*[...]. *"L'impostazione mutualistica, poi, della protezione dal rischio di malattia, conquistata a poco a poco per la pressione delle categorie meglio organizzate dei lavoratori, ha ulteriormente dissociato le due cose; per cui oggi troviamo una gran massa di medici che di prevenzione non si preoccupa quasi affatto"*.

Seppilli esprimeva l'idea che investire in prevenzione significhi per i cittadini guadagnare salute e per la società contenere i danni e i costi crescenti generati dalle malattie croniche. Con estrema chiarezza metteva in evidenza il pericolo di quella dissociazione tra

cura delle malattie, prevenzione e promozione della salute, che oggi è del tutto evidente. Riteneva che la prevenzione vada *"portata a livello clinico, cioè a livello del rapporto individuale medico paziente"* cioè là dov'è maggiormente possibile proporre, con efficacia, ai cittadini d'adottare stili di vita sani, di responsabilizzarsi nella gestione della loro condizione di salute/malattia, di sottrarsi a accertamenti inutili, se non dannosi.

A distanza di tanti anni, dovremmo riflettere sul fatto che nelle aziende della sanità molti ritengono che l'educazione sanitaria e la prevenzione delle malattie non siano tra le loro priorità. Spesso destinano risorse residuali alla promozione della salute, sottovalutano l'utilità di potenziare quelle competenze che mettano in grado le organizzazioni, le comunità e le persone di utilizzare in modo appropriato i servizi sanitari e di migliorare l'ambiente di vita e di lavoro e la qualità della vita.

Dovremmo pensare a un ridimensionamento del mito dell'aziendalismo e immaginare delle aziende sanitarie locali capaci di curare e di stare *"dalla parte della salute"*; di assicurare prestazioni diagnostiche e terapeutiche ma anche di suscitare l'energia di quella *"popolazione protagonista del sistema"* che, per Seppilli, non è un'astrazione ma l'insieme di individui, organizzazioni, comunità, associazioni di pazienti, volontariato, scuole, istanze culturali, imprese, [...] che al livello locale possono contribuire a costruire socialmente la salute di ciascuno e di tutti come *"bene comune"* [...] ma il tema dei beni comuni, socialmente costruiti da comunità attivamente coinvolte nella loro gestione in quanto interessate ai vantaggi che da essi derivano, è un tema di grande attualità che, largamente anticipato dal professor Seppilli, merita una trattazione a parte.

Un'ultima riflessione

Al termine di queste righe mi vengono in mente una metafora e un pensiero. La metafora propone di pensare che i professionisti della sanità siano degli scienziati del XVII secolo. In quel secolo il sapere scientifico acquistò una profondità e una circolazione mai conosciute in occidente. Matematica, geometria, fisica, astronomia fecero grandi progressi. Ciò nonostante se a uno scienziato avessero chiesto: "come funziona l'universo?"; avrebbe risposto che la terra è al centro dell'universo; che il sole, la luna, i pianeti le ruotano intorno; che sotto i suoi piedi nulla si muove e che la terra è ferma; che gli oggetti cadono sempre sulla verticale del punto di rilascio. Tutto ciò era per lui "normale" e sarebbe stato difficile convincerlo del contrario. Newton nacque nello stesso anno in cui moriva Galilei e dalla scoperta di Copernico passarono quasi due

secoli prima che la scienza guardasse il cielo con nuovi occhi. Mi viene allora da pensare che spesso scienziati come Seppilli parlano agli uomini del futuro. Le loro idee rimangono in attesa d'affermarsi e dobbiamo saper aspettare che i tempi maturino. La scienza e la medicina sono ancora monopolio di meccanicismo, riduzionismo, semplificazione. È inutile tirare l'erba per farla crescere e, anche se dagli anni in cui ho iniziato la mia narrazione sembra passato molto tempo, ci vorranno ancora molto tempo e l'impegno di molti prima che venga colta e raccolta la fecondità del pensiero del prof. Seppilli, della sua scuola e di quanti altri, nel mondo della medicina e nel tempo, hanno contribuito a sviluppare un'innovativa visione anticipatrice dell'approccio sistemico alla salute, alla malattia, ai pazienti, alla prevenzione e alle cure e alla loro organizzazione con occhi nuovi.

TESTI CONSULTATI

Tutte le citazioni in corsivo tra virgolette sono tratte dai tre articoli del Prof. Alessandro Seppilli riportati nel presente volume e da: Seppilli A. *Conoscere la Riforma sanitaria: dalla cura delle malattie alla difesa della salute: riforma o rivoluzione?* Roma:Edizioni delle Autonomie; 1982.

Alfieri R. *Le idee che nociono alla salute e alla sanità* Milano: Franco Angeli editore; 2007.

Florita M. O. *L'intreccio, neuroscienze, clinica e teoria dei sistemi dinamici complessi*. Milano: Franco Angeli editore; 2011

Forino F. *L'approccio sistemico alle decisioni manageriali: una storia*. In: *Decisioni e scelte in contesti complessi*, Padova: Casa Editrice Dott. Milani; 2013

Forino F. *La medicina le medicine*. Keiron 2004;12,,gennaio.

Gembillo G, Anselmo A. *Filosofia della complessità*.

Firenze: Casa Editrice Le Lettere; 2013

Pecere GP, Munari F, Loik F, Casini M, *La Complessità Organizzativa della Continuità delle Cure: l'Approccio attraverso le Regole Semplici*. In: *Dedalo: gestire i sistemi complessi in sanità*, 2003, Volume I, N° 1

Seppilli A, Mori M, Modolo MA. *Significato di una riforma*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1972

SITI CONSULTATI

www.camera.it

www.salute.gov.it

www.istat.it

www.iss.it

www.retededalo.it

www.sirnm.org

www.wikipedia.org

www.treccani.it