

PARADIGMA RELAZIONALE E SANITÀ

(bozza al 9 3 2025)

1. La salute alla base di benessere, dignità, lavoro e felicità

Il ruolo e l'importanza della salute nella vita di ciascuno e rispetto alle comunità ed ai luoghi della convivenza umana sono in costante crescita. E se nel passato erano prevalentemente il lavoro e l'istruzione, e con essi le tematiche dell'occupazione e della formazione, a collocarsi al centro delle preoccupazioni e delle aspettative sociali, non vi è dubbio che il benessere e la salute, e con essi la sanità e le politiche sociali, siano oggi altrettanto importanti.

Questo è il motivo per cui, a seguito della decisione di dare concretezza a Piano B avviando una discussione aperta e indirizzata alla formulazione di proposte per un ripensamento del nostro modello di sviluppo e di gestione della cosa pubblica, non potevamo non includere tra i primi temi da trattare quello della sanità.

Come rappresentato nello schema a cerchi concentrici che abbiamo costruito all'inizio del nostro lavoro, e come spiegato nel libretto Piano B Uno spartito per rigenerare l'Italia, al centro di tutto c'è la nostra Costituzione, con i riferimenti a complessità, sostenibilità, generatività e sussidiarietà. Ma tutto passa poi per l'azione di persone, istituzioni, imprese e territori, che si esercita nei diversi ambiti e settori dai quali occorre partire per applicare il paradigma personalista-relazionale. Aprire la discussione ed il confronto con gli addetti ai lavori, gli studiosi e i rappresentanti della società civile e dei corpi intermedi dei diversi ambiti è pertanto obiettivo prioritario negli intenti di Piano B.

Per quanto riguarda la sanità, è dal secolo scorso che la promozione del benessere e della salute rientra a pieno titolo tra le priorità degli stati nazionali e delle politiche locali, il che ha dato vita al processo di progressiva formalizzazione dei moderni sistemi di protezione sociale ed alla costruzione ed articolazione di robusti sistemi di tutela sanitaria, all'interno dei quali i bisogni degli individui e delle comunità trovano collocazione e risposta in specifici istituti pubblici e canali di copertura.

Un'impostazione questa portata avanti in armonia con gli indirizzi concordati a livello globale, nei quali l'attenzione per il benessere, per la salute fisica e mentale e per una organizzazione sociale che produca benessere, ha assunto un ruolo sempre più importante. La salute, come "completo stato di benessere fisico e psichico" per tutti è riconosciuta da molti anni quale obiettivo da porre alla base della convivenza umana, anche in relazione al diritto alla felicità, come recitano i documenti dell'Onu, dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), dell'Unicef e delle altre agenzie che si occupano di sviluppo e cooperazione¹, e più recentemente (nel 2015) è stata ricompresa tra i 17 obiettivi dell'Agenda Onu per lo sviluppo sostenibile al 2030, con l'obiettivo 3 dedicato a "Salute e benessere per tutti e a tutte le età"². Varata nel 2015, a pochi mesi di distanza dall'Enciclica *Laudato si'* di Papa Francesco³, l'approccio eco-sistemico dell'Agenda pone al centro del principio di sostenibilità il valore delle interrelazioni tra forme di vita ed aspetti della convivenza, in stretta connessione con quello della salvaguardia del capitale umano e sociale, accanto al capitale ambientale e materiale⁴.

In Italia la tutela della salute è stata riconosciuta come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività con l'articolo 32 della Costituzione repubblicana, e le relative politiche hanno assunto mano a mano un ruolo sempre più importante nel quadro degli obiettivi di sviluppo, e rispetto ai principi costituzionali della dignità, della giustizia sociale e del pieno sviluppo della persona umana. L'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel 1978⁵, uno degli esempi più ambiziosi e virtuosi al mondo, che prevede tra i principi fondanti l'universalismo, l'equità a tutti i livelli (territoriale, generazionale, di genere) ed il finanziamento pubblico su base fiscale, ha sancito l'impegno pubblico rispetto alla salute ed alla sua tutela, anche indipendentemente dalla collocazione lavorativa e sociale, cui era precedentemente legato il sistema mutualistico.

Con il Trattato di Maastricht del 1993 gli obiettivi di salute sono diventati parte integrante delle politiche sociali europee, il che ha dato vita a maggiore interesse per i temi della prevenzione, dell'informazione e dell'educazione sanitaria anche a livello di scambi e di accordi tra paesi. Ed è poi soprattutto a partire dal 2000 che le strategie di sanità pubblica e di prevenzione sanitaria hanno subito un rafforzamento, a seguito delle indicazioni dell'OMS (Organizzazione mondiale della salute), della Commissione europea e del Consiglio e del Parlamento europei, che hanno sollecitato l'adozione di iniziative,

¹OMS, Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria, 1978

²ONU, Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, 2015

³Papa Francesco, *Laudato si'*, Enciclica sulla cura della casa comune, Vaticano 2015

⁴World Health Organization. Human rights. 10.12.2022 <https://bit.ly/3lioQro> (Ultimo accesso 08.02.23).

⁵Legge n. 833, Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, 23 dicembre 1978

azioni e misure ispirate a principi di *evidence based prevention*, di integrazione socio-sanitaria e di Salute in tutte le politiche.

Da cui anche la recente modifica degli articoli 9 e 41 della nostra Costituzione, che ha introdotto il principio della “tutela dell’ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi, anche nell’interesse delle future generazioni” (all’articolo 9) e quello della salute e dell’ambiente tra i vincoli dell’iniziativa economica privata (all’articolo 41).

2. Il contributo di Piano B al tema della salute e della sanità

Con lo scopo di avviare una riflessione approfondita e condivisa sul futuro della nostra sanità alla luce delle potenzialità insite nel paradigma personalista-relazionale, il presente documento si sofferma inizialmente sullo stato dell’arte del settore, con particolare riferimento ai nodi critici ed al mancato rispetto dei principi inizialmente posti alla base del sistema. Tanto da poter sostenere che, dopo la conquista ottenuta grazie all’istituzione del SSN nel 1978, nel corso del tempo siamo andati incontro ad una sorta di **“eterogenesi dei fini”**, evidente nel venir meno dell’universalismo, nel malessere sociale e psichico che cresce e nelle profonde inadempienze del sistema in termini di risposta ai bisogni. Gli elementi alla base di questo fallimento hanno a che fare in prima battuta con i cambiamenti intervenuti negli **assetti sociali e nella domanda di salute**, ed in particolare con:

- l’invecchiamento della popolazione e le crescenti “solitudini” dal punto di vista demografico;
- la frammentazione sociale e l’indebolimento delle relazioni umane da un punto di vista sociologico;
- l’individualismo e le forme di egoismo autoreferenziale dal punto di vista antropologico.

Da cui emerge innanzitutto la necessità di partire dalla considerazione attenta della complessità sociale, dei cambiamenti in atto nelle aspirazioni, nei bisogni e negli stili di vita, e di tutti i fattori e le situazioni che costituiscono sfide nuove rispetto al passato.

In seconda battuta il documento richiama l’attenzione sul modello di tutela della salute e del benessere che si è instaurato. Il punto di vista di Piano B è che l’incapacità del sistema della salute a rispondere alla domanda di benessere e a promuovere uno sviluppo equo e sostenibile vada messa in relazione con il prevalere di **modelli e paradigmi** che allontanano il settore dagli obiettivi prefissati, ed in particolare:

- un **paradigma biomedico** spesso centrato su forme di scientismo burocratico e su di uno sviluppo tecnologico disordinato, che impoverisce la relazione terapeutica, impedisce un approccio umanizzato alle tecnologie e la necessaria cooperazione tra discipline e tra correnti di pensiero all’interno della stessa disciplina, e favorisce la rigidità dei percorsi e dei protocolli clinici;
- un **paradigma economicistico**, centrato su rigidi meccanismi di controllo finanziario e su strategie di efficientismo aziendalistico, che dedica scarsa attenzione all’impatto del sistema sulla vita delle persone e all’integrazione tra diverse parti del sistema, e che soprattutto non considera il valore insito nelle risorse spontanee della società, nelle forme di partecipazione civica e nella prevenzione primaria;
- un **paradigma burocratico-istituzionale** centrato sulla separazione delle funzioni e delle competenze e sulla contrapposizione tra pubblico e privato.

La proposta di Piano B è allora quella di provare a ricomporre i segmenti di un sistema in profonda crisi attorno ad un **paradigma** diverso, che abbiamo voluto chiamare **relazionale**. Un paradigma che riconosce **la salute e la malattia come eventi di senso nella vita delle persone e delle comunità e la cura come relazione, intersettorialità e dinamicità relazionale**.

Un approccio che rimanda ad alcuni importanti **punti di forza del nostro sistema**:

- la storia secolare del benessere e della salute, nella quale la cura si è sempre basata sulla relazione tra curato e curante e tra comunità e individui;
- le riflessioni socio-antropologiche più recenti sull’esistenza di un sistema “pico-somato-ambientale” alla base di benessere e salute;
- la realtà dei successi ottenuti nelle situazioni di emergenza sanitaria - come nella recente epidemia da Covid 19 - ogni qual volta si sono messe in campo risorse di solidarietà tra generazioni e territori e modelli di prevenzione e di cura altamente relazionali.

Un approccio che viene sostenuto da diversi **mondi vitali** scientifici e sociali e in particolare:

- dalla ricerca scientifica più avanzata, anche da quella biomedica, dalle neuroscienze e dalla epidemiologia;
- dai sostenitori della cosiddetta “buona cura”, della presa in carico, della medicina pro-attiva e narrativa e dei budget di salute;
- dai referenti del “Movimento oltre il Pil”, e di quello degli indicatori sui determinanti sociali della salute, e più recentemente dal Movimento Laudato sì e dalle realtà che sostengono

la realizzazione dell'Agenda dell'Onu per lo sviluppo sostenibile (come l'ASviS);

- dal terzo settore e in particolare dall'associazionismo e dal volontariato attivo sui temi della salute.

Se vogliamo uscire dall'impasse nella quale il settore si trova, occorre a nostro avviso lavorare per mettere il paradigma relazionale alla base delle scelte strategiche e delle politiche di settore a tutti i livelli:

- A **livello micro** e nella relazione terapeutica, in termini di presa in carico, continuità assistenziale, medicina narrativa, etica dello sviluppo tecnologico (algoetica), sanità pro-attiva, solidarietà di territorio;

- A **livello meso** attraverso:

- il monitoraggio della domanda di benessere e relazionalità - come si è cominciato a fare con la misurazione del Benessere equo e sostenibile -;
- le forme di medicina di comunità previste dal PNRR in un senso relazionale e interconnesso;
- la valorizzazione delle esperienze di programmazione partecipata, co-progettazione, cooperazione e creazione di patti per il benessere e la qualità della vita;
- la valorizzazione dell'associazionismo di patologia e territorio;
- i programmi di rigenerazione urbana.

- A **livello macro** con un impegno serio nella direzione dei principi di *One Health* e *Global Health*, attraverso la cooperazione planetaria, la "Salute in tutte le politiche" e la sostenibilità intergenerazionale a livello globale.

3. Crisi del welfare e crisi della sanità dagli anni 90 del 900 in poi

A partire dagli anni 90 del secolo scorso l'area del benessere e del welfare è stata investita da una serie di sfide, in parte nuove e in parte preesistenti, ma per lo più misconosciute e disattese, legate all'evoluzione della struttura sociale ed ai mutamenti intervenuti sul piano delle aspirazioni e dei valori individuali e collettivi, nonché al portato dei progressi conseguiti in ambito scientifico e tecnologico. Per quanto riguarda la struttura sociale, sono diventati sempre più rilevanti, per il loro impatto sul benessere e sulla salute, **l'invecchiamento della popolazione, il calo della natalità, l'aumento della mobilità sociale, l'indebolimento delle relazioni umane e sociali primarie e l'aumento delle solitudini, in un quadro generale di progressiva "molecolarizzazione" dei vissuti.**

Dal punto di vista epidemiologico sono aumentate le patologie croniche, degenerative ed invalidanti ed il disagio psichico, una patologia sociale che assume forme diverse nei giovani alle prese con la propria crescita formativa, negli anziani per motivi anagrafici e di condizione sociale, nelle donne per i loro ruoli plurimi sempre più impegnativi, e in molte categorie di lavoratori, sottoposti a forme sempre maggiori di stress lavoro-correlato.

Per quanto riguarda le aspirazioni ed i valori, la cultura collettiva va sempre più nella direzione della **autoreferenzialità** individuale e di piccolo gruppo, sia per quanto riguarda gli stili di vita, che per la rivendicazione di empowerment e di autonomia. Un empowerment diverso dalle forme già presenti nelle anime storiche del welfare italiano - sia quella della beneficenza cattolica che quella della mutualità operaia - tendenzialmente comunitarie e relazionali, e sempre più intriso di elementi di sfida nei confronti dell'autorità istituzionale (ad esempio il cosiddetto *challenging patient*), di egocentrismo individualistico e di rivendicazionismo⁶.

Ne consegue un vero e proprio cambio di paradigma valoriale e comportamentale, con l'affermarsi di una cultura diffusa della salute e del benessere centrata sulla **domanda** più che sui bisogni, sulla richiesta di autonomia e di riconoscimento della primazia del soggetto destinatario delle cure, sostanziata anche dallo sviluppo di comportamenti sempre più diffusi di auto-informazione attraverso i mezzi della comunicazione di massa. E si è andata consolidando l'esigenza di costruire individualmente il proprio "spazio di salute", non solo come libertà dalle malattie, ma anche come auto-realizzazione personale.

Per quanto riguarda il progresso scientifico e tecnologico, il grande sviluppo della scienza e della medicina moderna ha comportato **l'ingresso prepotente delle tecnologie informatiche** e degli altri supporti strumentali e farmacologici anche nel campo del sociale e della sanità. Ne derivano sempre maggiori complessità e specializzazione nell'ambito dell'offerta, che contribuisce a sua volta ulteriormente alla crescita delle aspettative in termini di personalizzazione e di raggiungimento di obiettivi di benessere sempre più avanzati. Lo sviluppo scientifico e tecnologico, inoltre, ha dato vita al sovrapporsi di atteggiamenti ondivaghi e spesso polarizzati tra forme tendenzialmente acritiche e fideistiche e forme di sfiducia e rifiuto.

La mancanza di una strategia chiara di risposta alle sfide della modernità, capace di

⁶ G. Cazzola e C. Collicelli, Welfare "fai da te", come e quanto gli italiani pagano di tasca propria per le prestazioni sociali, Rubbettino 2000



armonizzare il dettato normativo e gli obiettivi costituzionali con le nuove esigenze e realtà di vita, è alla base della crisi che ha investito, non solo in Italia, i sistemi pubblici di welfare dagli anni '90 del secolo scorso in poi. Una **crisi** scatenata dalla progressiva presa d'atto delle tante mancanze di un sistema riconosciuto come formidabile motore di crescita socioeconomica e di emancipazione sociale, ma che mostra una crescente incapacità di risposta soprattutto in termini di rapporti tra individuo e collettività, tra generazioni, tra territori diversi e luoghi di vita centrali e periferici, tra meccanismi di partecipazione dal basso ed esigenze di carattere burocratico e amministrativo.

Particolare rilievo sociale assume la crescita del **disagio esistenziale**, della insoddisfazione nei confronti della convivenza e della sfiducia nelle istituzioni, a seguito della negazione delle tutele e garanzie per le fasce di popolazione più deboli, solo parzialmente ed iniquamente mitigata dal ruolo svolto dalle famiglie, cui viene delegata, e non da oggi, una larga fetta di prestazioni di cura attraverso il lavoro dei care-giver familiari e le altre forme di aiuto informale, peraltro sempre più indebolite a seguito dei processi di mobilità sociale e lavorativa.

Una vera e propria "**eterogenesi dei fini**" rispetto agli obiettivi originari di un welfare nato per garantire benessere e giustizia per tutti, e che si trova ora ad alimentare disagi, squilibri demografici e lavorativi, ansia sociale e perdita di fiducia, in una sorta di mix incongruente tra modello universalistico – quello del servizio Sanitario Nazionale, in parte disatteso -, modello categoriale-professionale – rimasto in auge in ambito pensionistico e nelle forme di mutualità integrativa -, e modello individuale e fiscale – quello della delega alle famiglie e delle forme assicurative private - .

Non da ultimo l'assetto del sistema risulta incapace di garantire il rispetto del principio della **sussidiarietà**, sancito all'articolo 118 della Costituzione, in particolare per quanto riguarda la valorizzazione del tradizionale attivismo e della vivacità storica della società italiana dal punto di vista dell'impegno nel volontariato e nell'associazionismo⁷. Principio che non ha trovato adeguata applicazione nemmeno a seguito del varo della Legge Quadro del 2000⁸ per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, che pure fa riferimento al pluralismo degli attori da valorizzare ed al ruolo dell'ente locale nella gestione delle politiche socio-sanitarie.

E' soprattutto dagli anni 90 in poi⁹ che anche in Italia la crisi del welfare dà vita ad una serie di analisi e denunce, portate avanti dal mondo della ricerca interdisciplinare nonché da molte voci della società civile, che segnalano lacune e carenze rispetto a 5 ambiti principali¹⁰:

- **la risposta inadeguata al prolungamento della vita**, alla diffusione delle patologie cronicodegenerative, ai carichi crescenti delle famiglie per la cura dei disabili, dei malati cronici e degli anziani non autosufficienti;

- **la diffusione di stili di vita negativi per la salute**, del consumo di prodotti eccedentari e dannosi, della sedentarietà, della sindrome metabolica e dell'obesità e la difficoltà a raggiungere un equilibrio all'interno del sistema ambientale e societario che eviti il dramma della **società "a somma zero"**, nella quale da un lato si produce malattia e dall'altro si curano le patologie derivanti dalle cattive politiche¹¹;

- **la lievitazione delle spese di produzione dei servizi**, per il costo crescente delle apparecchiature, dell'attività ospedaliera, dei farmaci e della ricerca tecnologica di settore, ma anche per la gli sprechi, l'iperconsumo di farmaci e di interventi diagnostici non necessari, la medicalizzazione del disagio e la crescente sanitarizzazione degli interventi sociali;

- **l'acutizzarsi del fenomeno del mancato accesso alle cure**, ed in particolare la realtà di liste di attesa spesso incompatibili con l'appropriatezza clinica e le esigenze assistenziali, cui vanno ad aggiungersi il fenomeno della rinuncia alle cure per il fraporsi di meccanismi di vero e proprio razionamento più o meno occulto, ed i grandi squilibri territoriali in termini di offerta e disponibilità di accesso;

- **la mancata risposta al disagio psicofisico ed alla diffusione di ansia e depressione**, derivanti dalle condizioni di lavoro, dalla crisi della famiglia, e della scuola, e dal diffondersi delle dipendenze patologiche, tra cui l'abuso di sostanze psicotrope.

Nel quadro di queste analisi e denunce si colloca anche la richiesta di un maggiore coinvolgimento degli individui e delle loro organizzazioni nei processi e nelle decisioni relativi alla salute ed al benessere. Come recita il titolo di un documento prodotto al Cnel nel 1996¹² allo scopo di chiarire il rapporto tra pubblico e privato nel sociale e nella sanità, da più parti avanza l'istanza di una maggiore collabo-

⁷ L'articolo 118 recita: Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà.

⁸ Legge n. 328, 8 novembre 2000

⁹ Censis, La domanda di salute in Italia, ed. FrancoAngeli, 1989

¹⁰ C. Collicelli, Benessere e tutela, Vincoli economici, derive culturali e nodi politici, FrancoAngeli 1998

¹¹ Ferrera M., Zincone G., La domanda sanitaria in Italia, Centro di ricerca e documentazione L. Einaudi, Torino, 1984.

¹² CNEL, Statualità, mercato e socialità nel Welfare. 1996

razione tra i diversi ambiti della società. La Legge Delega del 1992, che porta il nome di Giuliano Amato¹³, avrebbe dovuto aprire le porte ad un migliore assetto dei rapporti tra pubblico e privato nel welfare. Ma, come indica documento del Cnel, la necessità di “contemperare le logiche di carattere burocratico e corporativo con logiche di partecipazione, di rappresentanza e di responsabilità, di imboccare una strada di maggiore dinamismo e flessibilità, da accompagnare ad oculatezza e attenzione nella distribuzione delle risorse”¹⁴ è rimasta lettera morta.

4. I dati e lo scenario odierno

Le preoccupazioni e gli avvertimenti che a partire dagli anni '90 sono stati lanciati dalla componente più attenta del mondo degli studiosi e della società civile rispetto alla sostenibilità umana, sociale ed economica del sistema della salute italiano, sono diventati nel corso del primo decennio del nuovo secolo, e soprattutto dopo la crisi economica del 2008 ed ancor più dopo la pandemia da Covid-19 del 2020, patrimonio comune, almeno per una larga parte dei i problemi sollevati. Mano a mano che il tempo passava, l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), i Centri Studi di Camera e Senato, gli organismi di rappresentanza della forza lavoro sanitaria e quelli dei pazienti e cittadini, dedicavano sempre maggiori attenzioni alle disfunzioni e lacune del sistema. Tanto che oggi le voci critiche si sono trasformate in un vero e proprio coro che reclama a gran voce la necessità di individuare **strategie di rinnovamento e rilancio** del sistema della salute e del SSN, e lo stesso Ministero della Salute e le sue Agenzie sentono la necessità di mettere in campo soluzioni di tipo nuovo.

Allo stato attuale delle cose, si confermano alcune tenute del sistema della salute italiano, che riguardano da un lato il ruolo protettivo esercitato dalla famiglia, dalle reti informali e dal terzo settore, e dall'altro la qualità professionale, la competenza e l'impegno degli operatori in ambito clinico e gestionale, come emerso con particolare evidenza nel corso della pandemia. E questi due elementi stanno alla base dei **buoni risultati dell'Italia in termini di speranza di vita**, rispetto alla quale dettiamo una posizione di punta in ambito Ocse, assieme a Spagna e Svizzera, come documentato dal recente rapporto *Health at a Glance 2022*, a cura di *Oecd-European Union*¹⁵ e dal Rapporto Eurostat 2023¹⁶

Una speranza di vita che, secondo lo stesso rapporto Ocse-UE, è arretrata a seguito della pandemia in tutti i paesi, sia per quella calcolata alla nascita, che soprattutto per quella dopo i 65 anni, con una perdita nella media Ocse di 1,2 anni tra 2019 e 2021. L'Italia ha registrato da questo punto di vista una perdita inferiore a quella della media Ocse, pari a 0,7 anni sempre tra 2019 e 2021, a conferma della qualità e della tenuta di cui si è detto. Ma con notevoli differenze di tipo territoriale e sociale, in quanto al livello medio di 82,4 anni corrispondono ad esempio gli 82,9 anni dell'Italia settentrionale, gli 82,8 dell'Italia centrale e gli 81,3 dell'Italia meridionale.

Tra le criticità si segnalano inoltre la **storica debolezza della medicina del territorio**, il filtro iniquo che si frappone all'accesso a molte prestazioni attraverso le liste di attesa, il mancato rispetto dei principi di universalismo ed equità territoriale, come misurato ad esempio attraverso il dato sui cosiddetti “bisogni non soddisfatti”, riportato nel già citato rapporto Ocse-Ue.

A livello italiano, la **“rinuncia alle cure” ha riguardato secondo l'Istat nel 2023 il 7,6% della popolazione, mentre era del 7% nel 2022 e del 6,3% nel 2019**. Nel confronto di genere emerge uno svantaggio delle donne, con il 9% che indica almeno una rinuncia, contro il 6,2% degli uomini. Un fenomeno che condiziona fortemente il benessere delle persone e delle famiglie, ed è una delle cause principali della cosiddetta “povertà sanitaria” (che tocca l'1,6% delle famiglie secondo l'Istat), derivante dall'insostenibilità per le famiglie della spesa *out of pocket* e soprattutto delle spese cosiddette “catastrofiche”, provocate cioè dall'insorgenza di gravi malattie. Ed aumentano anche le disuguaglianze tra la popolazione immigrata e quella autoctona rispetto all'accesso alle cure, agli esiti di salute materno-infantile e all'appropriatezza di utilizzo dei servizi¹⁷.

Considerazioni interessanti emergono dai dati di autovalutazione raccolti a livello internazionale rispetto all'impatto della pandemia sulla sanità del proprio paese, rilevati nuovamente da Ocse e Ue presso le istituzioni nazionali. Le istituzioni italiane si esprimono in merito con punteggi che quantificano la capacità di risposta complessiva nel 2021 al 72%, inferiore all'86% del 2019. Si tratta in questo caso di un valore migliore di quello della media globale dei 179 paesi considerati (pari al 64%), ma

¹³ Legge n. 421/1992, Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale

¹⁴ Contributo di C. Collicelli a CNEL, Statualità. ecc., vedi nota 12

¹⁵ Oecd EU, Health at a Glance: State of health in the EU cycle, 2022

¹⁶ Eurostat, Struttura della popolazione e invecchiamento, Statistics explained febbraio 2023

¹⁷ <https://www.inmp.it/ita/Osservatorio>



inferiore a quello della media europea (75%). Particolarmente negativi risultano in questa analisi i risultati italiani per quanto riguarda le risorse umane (50% contro il 67% dell'Europa), l'erogazione dei servizi (60% contro 72%) e la comunicazione alla popolazione (60% contro 67%). Performance migliori di quelle medie registra l'Italia per ciò che attiene la laboratoristica, la sicurezza alimentare ed il frangimento di eventi chimici o radioattivi.

Per quanto riguarda gli input di sistema, le analisi recenti confermano l'accentuarsi del fenomeno cosiddetto dell'“ **inverno demografico**”, determinato da una natalità sempre più bassa e da una popolazione sempre più anziana. Aumenta il numero delle famiglie, che sono però sempre più piccole ed isolate e spesso composte da un solo individuo. In prospettiva si stima un aumento delle famiglie unipersonali da 8,4 a 9,8 milioni di unità nell'arco di 20 anni (+17%).

Le condizioni di salute degli anziani tendono mediamente a migliorare, ma aumenta anche l'impatto delle fragilità, delle patologie croniche e del disagio da solitudine. **Il 65% degli anziani vive solo oppure in coppia con il coniuge in situazioni di fragilità.** Secondo l'Istat, le persone con limitazioni gravi erano nel 2022 circa 2 milioni e 900 mila, dei quali 362 mila fino a 44 anni di età, 718 mila tra i 45 e i 64 anni, 450 mila tra i 65 e i 74 anni e 1 milione 380 mila di età superiore ai 75 anni. Circa il 28,4% delle persone con disabilità vive in solitudine, e di questi il 55,4% lamenta cattive condizioni di salute. Le **risorse finanziarie, strumentali e di personale** a disposizione del sistema risultano insufficienti rispetto a quanto investito negli altri grandi paesi europei, e ciò nonostante gli aumenti introdotti negli ultimi anni. Nel 2022 si registra una quota di finanziamento pubblico in sanità pari al 75,6% del totale, fra le più basse dei Paesi europei entrati nell'Unione prima del 1995, una spesa a carico delle famiglie pari al 21,8% (arrivata secondo Istat a 36 miliardi di euro, secondo le stime più recenti a 40) ed una a carico dei regimi di finanziamento volontario del 2,7%

Particolarmente grave è la **situazione del personale**, con gravi lacune nella medicina di base, nell'area infermieristica ed in alcuni settori di specializzazione ospedaliera (in particolare nei servizi per l'emergenza). Per quanto riguarda gli infermieri, si tratta di 621,3 infermieri ogni 100.000 abitanti nel 2021, a fronte di 1.203,2 in Germania, 858,1 in Francia e 633,9 in Spagna¹⁸.

Dal punto di vista della gestione dei servizi, **crece il peso del privato accreditato**, che eroga circa il 70% delle prestazioni di lungodegenza e riabilitazione (le cosiddette prestazioni post-acute), il 65% di quelle ambulatoriali, il 25% di quelle per acuti (con alcune Regioni ben al di sopra come il Lazio al 50% e Lombardia al 40%) e l'84% delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Aumenta l'attività professionale intra-moenia ed aumentano anche le risorse destinate alla prevenzione, alla spesa farmaceutica ed alle prestazioni di tipo monetario. Rispetto alla spesa sociale di rilevanza sanitaria, relativa a non autosufficienza e disabilità, si registra un peso crescente delle provvidenze economiche erogate dall'INPS.

Per quanto riguarda la valutazione delle performance del settore, i dati del Piano Nazionale Esiti (PNE)¹⁹ dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) mostrano una sostanziale ripresa nell'erogazione dell'assistenza dopo la pandemia, con un riallineamento del numero delle prestazioni ai livelli pre-pandemici. Ma permangono discrepanze molto rilevanti tra regioni e territori sub-regionali, sia in termini quantitativi che in termini qualitativi, come rilevato anche da Istat e da Crea-Sanità²⁰. Ed anche rispetto alla misurazione del **Benessere Equo e Sostenibile (BES)**²¹, condotta da Istat sulla base di un accordo con il Cnel, gli indicatori del 2023 mostrano miglioramenti a livello nazionale per la speranza di vita, la salute degli anziani, la mortalità evitabile ed alcuni comportamenti a rischio (come il fumo e la sedentarietà), ma il permanere di **forti disuguaglianze** per molte delle variabili analizzate. L'**indice di disuguaglianza** calcolato dall'Istat è difatti bloccato da anni, con differenze che non accennano a diminuire nella qualità della vita, nell'offerta di servizi sanitari e sociali, nella dispersione scolastica e nelle infrastrutture. Particolarmente debole è la considerazione dell'importanza della dimensione urbana per la qualità della vita, il benessere e la salute, dimensione nella quale oltre ad esservi la maggiore concentrazione demografica (82% della popolazione italiana), si colloca anche la maggior parte delle attività produttive e industriali. Il che dovrebbe far crescere l'impegno per la realizzazione di politiche pubbliche integrate sul territorio.

Nel tentativo di fornire un quadro sintetico e diacronico della situazione italiana rispetto all'**obiettivo 3 dell'Agenda ONU** per lo sviluppo sostenibile (Salute e benessere per tutti a tutte le età), le analisi di dell'ASviS segnalano un trend migliorativo costante tra 2016 e 2019, grazie alla riduzione dei comportamenti a rischio (come alcol e fumo), all'aumento della speranza di vita ed alla diminuzione della

¹⁸ Eurostat database: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (consultazione 18/06/2024).

¹⁹ <https://pne.agenas.it>

²⁰ Crea Sanità, 19° Rapporto sanità (a cura di F. Spandonaro, B. Polistena e D. D'Angelo), Uniroma3 Dipartimento di Economia e Finanza

²¹ Istat, Rapporto BES 2023. <https://www.istat.it/it/archivio/295254>



mortalità per malattie non trasmissibili. Miglioramenti comunque inadeguati rispetto al raggiungimento dei target previsti per il 2030, a causa delle numerose lacune dal punto di vista delle risorse, della debole copertura vaccinale per gli anziani, della riduzione dei posti letto, della carente integrazione tra sociale e sanitario, della debolezza della medicina di comunità e degli sprechi. Dal 2019 in poi i risultati misurati da ASviS sono sempre meno positivi, in parte stazionari, in parte negativi, e del tutto insufficiente risulta anche la consapevolezza dell'importanza delle **interconnessioni tra salute umana, animale e ambientale, della ingiustizia generazionale e della necessità di abbracciare un approccio One Health e di "Salute in tutte le politiche"**²².

Tra i tanti problemi di lunga data, ma che con la pandemia sono risultati particolarmente evidenti, va infine ricordata la questione del **rapporto tra pubblico e privato in sanità**, sia per quanto riguarda il privato profit ed il regime dei convenzionamenti, sia per quanto riguarda il ruolo della società civile e del privato sociale. In periodo pandemico sono stati proprio gli stessi operatori ospedalieri impegnati sul fronte dell'emergenza a segnalare questo aspetto. Un esempio importante è quello del richiamo a cura dei medici dell'Ospedale Papa Giovanni di Bergamo, che il 21 marzo 2020 scrivevano che per la salute e per le epidemie, che provocano vere crisi umanitarie, si richiede un approccio di popolazione e di territorio, per il quale è fondamentale **la dimensione della comunità**.²³

Alcuni significativi passi avanti sono stati previsti a seguito della presa d'atto della crisi crescente in sanità nel quadro della strategia di "resilienza trasformativa" indicata come soluzione necessaria a seguito della pandemia con il **Piano Europeo Next Generation UE, con il PNRR**, in particolare per quanto riguarda le Missioni 5 e 6, e con la finalizzazione degli altri fondi (React-EU, FSE, Fesr), fortemente vincolati al potenziamento della sanità del territorio e delle tecnologie sanitarie. E gli obiettivi da raggiungere sono stati richiamati nell'Atto di Indirizzo di marzo 2024 del Ministero della Salute, che indica la necessità di mettere mano al rafforzamento del sistema in stretto collegamento con una visione di tipo nuovo, che dovrebbe rivalutare la dimensione comunitaria ed il ruolo della cosiddetta medicina di comunità.

Aspettative particolarmente elevate sono state riposte in Italia sulle **2 Missioni del PNRR**, ed in particolare sulle previste Reti di prossimità, sulla telemedicina, sulle Case di Comunità (CdC), sugli Ospedali di Comunità (OdC), sul rafforzamento dell'assistenza domiciliare e dell'integrazione socio-sanitaria, sul completamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), sul monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sull'aumento degli investimenti in ricerca e sul potenziamento della formazione del personale.

Altro sentiero di speranza è quello tracciato rispetto alla condizione anziana dalla **Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana**, istituita presso il Ministero della Salute e presieduta da Monsignor Vincenzo Paglia, cui hanno fatto seguito la Legge n. 33/2023 e il successivo Decreto attuativo del marzo 2024.

Come evidenziato dall'Istituto Mario Negri, in sanità occorrerebbero una logica di **"sistema integrato"** e non di singoli attori (o come si usa dire adesso di "silos") ed un cambiamento di paradigma, dalle singole patologie-specialità-luoghi di cura, ad una visione più ampia focalizzata sulla salute delle persone e orientata ai bisogni delle comunità. In questo rilancio un ruolo chiave dovrebbe essere affidato ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta ed al Distretto come luogo dell'integrazione socio-sanitaria dotato di autonomia finanziaria e gestionale, secondo una logica che privilegi la sanità di iniziativa, la continuità assistenziale e l'integrazione territorio-ospedale e pubblico-privato.²⁴

Una sintesi delle **proposte più urgenti e su salute e benessere, pubblicata da ASviS** nell'ambito del suo ultimo Rapporto è la seguente:

- Attuare il pieno rispetto del diritto alla salute, ottimizzare le risorse e l'organizzazione dei servizi sanitari, ridurre l'impatto della crisi climatica sulla salute, affrontare il disagio psichico, le dipendenze e la violenza familiare e sociale
- Combattere le disuguaglianze, la rinuncia forzata alle cure e le liste di attesa per l'accesso ai servizi e garantire il diritto universale alla salute a tutte le età
- Potenziare le risorse e i servizi sanitari, rafforzare il capitale umano della forza lavoro della sanità e migliorare il coordinamento tra pubblico e privato
- Combattere il disagio psichico, promuovere stili di vita sani, prevenire le dipendenze e la violenza familiare e sociale

²² ASviS, Coltivare ora il nostro futuro, Rapporto ASviS 2024

²³ C. Collicelli, Il privato per la salute e in sanità, quali prospettive? In: M. A. Sandulli, F. Aperio Bella, A. Coiante, C. F. Iaione (a cura di), Pubblico, privato e comunità in sanità, atti del convegno del 15 maggio 2024, Editoriale scientifica 2024

²⁴ C. Caporale, C. Collicelli, L. Durst (a cura di), Dopo la pandemia. Appunti per una nuova sanità, Collana Etica della ricerca, bioetica, biodiritto e biopolitica, Edizioni CNR, Il 2022

- Combattere l'impatto sulla salute della crisi climatica ed avviare l'attuazione del principio della salute in tutte le politiche.

5. L'universalismo negato

L'universalità è uno dei principi cardine del SSN italiano e riguarda l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione secondo criteri di uguaglianza e di equità. In altre parole, in Italia il SSN garantisce (o dovrebbe garantire) l'accesso alle cure e ai servizi sanitari a tutti indipendentemente dalle loro condizioni socio-economiche.

Alla luce di questo, parlare di universalismo negato relativamente al SSN italiano vuol dire evidenziare una serie di problematiche che di fatto limitano l'accesso universale e equo alle cure sanitarie da parte della popolazione.

Di seguito si elencano in modo sintetico e non esaustivo alcune delle problematiche principali che impediscono o limitano la piena attuazione di questo principio.

- Differenze e disuguaglianze regionali

Come è noto il SSN è organizzato su base regionale e le Regioni hanno una forte autonomia nel definire la struttura e l'organizzazione dei servizi sanitari nel loro territorio. Dati alla mano, l'efficienza, l'efficacia, la qualità e i risultati in termini di indicatori di salute variano in modo significativo nelle diverse Regioni e questo naturalmente inficia l'universalità nell'accesso ai servizi sanitari. Un recente rapporto del Crea dell'Università di Roma Tor Vergata (Crea, Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali, 2024) evidenzia in modo esaustivo le differenze nella performance e nei risultati dei sistemi sanitari regionali secondo una serie di indicatori. Per citare qualche altro esempio, un recente rapporto dell'Istat sottolinea come tra la Provincia di Bolzano e la Basilicata c'è una differenza di 14 anni nell'aspettativa di vita percepita in buona salute mentre tra Trento e la Campania una differenza di 3.2 anni nell'aspettativa di vita (Istat, Rapporto Bes 2023). Oppure, sempre l'Istat mostra come ci sia molta variazione anche nel numero di persone che decidono di rinunciare alle cure: nel 2021 infatti la percentuale di persone che rinunciano alle visite specialistiche va dal 2,2% della provincia autonoma di Bolzano all'8,3% della Sardegna (Dati Istat).

- Livelli Essenziali di Assistenza

Come riporta il sito dell'Istituto Superiore di Sanità, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso le tasse. L'erogazione di tali servizi in modo uniforme e comprensivo sul territorio è naturalmente un elemento essenziale per garantire l'universalità del SSN. Purtroppo però i risultati dell'ultimo monitoraggio dei LEA da effettuato dal Ministero della Salute, attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia e riferito ai dati dell'anno 2022, mostra come solo 13 Regioni e Province Autonome ottengono un punteggio superiore a 60 (che è la soglia di sufficienza) in tutte e tre le macro aree in cui si suddividono i LEA (area prevenzione, distrettuale e ospedaliera). Una Regione presenta punteggi sotto la soglia in tutte e tre le macro aree, tre Regioni in due macro aree e infine quattro Regioni in una macro area, per un totale di 8 Regioni che non garantiscono l'erogazione uniforme e comprensiva dei LEA sul proprio territorio.

- Spesa sanitaria e inefficienza

Un recente Rapporto della Fondazione Gimbe (GIMBE, 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale ,2024) riporta come nel 2023 la spesa sanitaria pubblica in Italia sia pari al 6,2% del PIL, un valore più basso sia della media OCSE del 6,9% che della media europea del 6,8%. Lo stesso vale per la spesa sanitaria pro capite. Secondo l'ultimo Rapporto Oasi da dell'Università Bocconi occorrerebbero circa 40 miliardi aggiuntivi affinché la spesa sanitaria pubblica italiana raggiunga la media europea. Pensare di aumentare in modo così significativo il livello di spesa sanitaria pubblica appare difficile se non impossibile per via dell'elevata spesa in altri settori delle politiche pubbliche (come la previdenza), dell'evasione fiscale e dell'elevato debito pubblico italiano. Un'area sulla quale invece sarebbe possibile recuperare risorse da investire nel SSN è quello della riduzione degli sprechi: lo stesso rapporto della Fondazione Gimbe stima che fenomeni come il sovra utilizzo o il sotto utilizzo di prestazioni, un inadeguato coordinamento dell'assistenza, il costo delle tecnologie sanitarie, le complessità amministrative in aggiunta a frodi e abusi comportino uno spreco di risorse quantificabile in circa 25-30 miliardi di euro che, naturalmente, contribuirebbero non poco ad innalzare sensibilmente le risorse a disposizione del SSN e, conseguentemente, ad affrontare problematiche

chiave per mantenere l'universalità del SSN quali, ad esempio, le liste di attesa. Volendo provare a sintetizzare quanto detto, riprendendo un concetto espresso nel Rapporto Oasi della Bocconi dello scorso anno (2023), si può dire che già oggi siamo in presenza di un **'universalismo selettivo'**, che può riassumersi tramite alcune considerazioni sintetiche espresse in questo rapporto:

- L'invecchiamento della popolazione comporterà un aumento continuo della spesa sanitaria accanto a un aumento costante della spesa pensionistica
- Il sistema sanitario già ad oggi non è in grado di soddisfare la domanda di salute relativa ad alcuni bisogni (si pensi per esempio alla quota di visite specialistiche ambulatoriali pagate privatamente o alla spesa per la riabilitazione o all'assistenza domiciliare)
- Le Regioni si trovano in difficoltà a erogare i servizi necessari a rispondere ai bisogni in base alle risorse economiche disponibili e ci sono differenze regionali come discusso precedentemente.

Questa breve riflessione evidenzia una frattura tra il principio di universalità che sulla carta dovrebbe essere garantito e la difficoltà (o impossibilità in alcuni casi) nel metterlo in pratica.

Dal momento che, almeno attualmente, sembra difficile ipotizzare un aumento ingente della spesa sanitaria, occorre ripensare i modelli di erogazione dei servizi sanitari, ridurre gli sprechi e gestire in modo più oculato anche la domanda sanitaria. Per fare questo però occorre che si instauri un dialogo tra i diversi componenti del sistema salute (operatori sanitari, decision makers, cittadini, corpi intermedi, privati profit e no profit, Stato, etc.) relativo ai bisogni di salute, alle risorse, alle responsabilità di ciascuno e alle aspettative relative al SSN.

6. Benessere e salute come processo relazionale: segnali di evoluzione

La ricchezza delle evidenze statistiche e dei dati disponibili sulla qualità e quantità dei servizi sanitari e sugli esiti in termini di benessere e salute, riassunta per grandi linee nei paragrafi che precedono, è evidente.

A fronte di ciò sempre più frequentemente gli osservatori più attenti rilevano la **debolezza delle riflessioni di tipo strategico** e di lungo periodo e la debole attenzione per la individuazione di una strategia di rifondazione del sistema e di salvaguardia del diritto alla salute come tassello essenziale del benessere, della dignità umana, della giustizia sociale e dello sviluppo sostenibile. Manca in altre parole il passaggio dall'analisi delle disfunzioni, carenze e patologie di sistema, alla individuazione di una **metodologia di rinnovamento** che, come indicato da Piano B, non può che partire dal rilancio di un approccio personalista-relazionale.

Che la salute e la ricerca del benessere siano connotati da una fortissima dimensione relazionale è un dato acquisito da sempre, sia a livello della concreta esperienza che a livello di riflessione teorica. Guardando al passato, la **natura interconnessa, relazionale e dinamica del benessere e della salute** rappresenta una costante nella storia del genere umano, in quanto:

- da sempre **la cura si esplica come un processo sociale** basato sulle relazioni di generatività, *maternage*, accompagnamento dei soggetti fragili "dalla culla alla tomba", supporto familiare e della famiglia allargata ai più deboli;
- da quando esistono le prime forme di medicina, l'azione terapeutica si è configurata come **arte della relazione di cura** in un intreccio indissolubile tra relazione psichica, attenzione all'ambiente di vita e supporto scientifico;
- già Ippocrate, e poi tutta la medicina nel corso dei secoli, affermava come **parte del male, anche fisico, risiedesse nell'anima**;
- da quando esistono le forme più strutturate di assistenza e previdenza, queste si sono sviluppate proprio sulla base di relazioni di scambio e supporto reciproco in forma collettiva, sulla scia della tradizione della **beneficenza cattolica e del mutualismo operaio**.

La stessa nascita della **sociologia della salute e della medicina**, tra gli anni 30 e gli anni 50 del secolo scorso, avviene sulla base di un approccio fortemente incardinato sulla dimensione sociale e relazionale, da affiancare agli aspetti organici e materiali della malattia. Basti ricordare il contributo di Talcott Parsons, uno dei fondatori, "medico mancato", che si concentra in modo particolare sul ruolo degli attori sociali nella malattia e nei processi di cura, sulla organizzazione dei sistemi settoriali e sul rapporto tra persona e sistema. Il suo back ground medico e psicanalitico lo porta a dare peso in particolare agli aspetti psicosomatici della malattia ed ai fattori socio-culturali che determinano la formazione della personalità ed il consolidamento dei ruoli.²⁵

Bene ha descritto questa natura sociale e relazionale della salute il fondatore della Sociologia della salute in Italia, Achille Ardigò, che ha riassunto la questione attraverso uno schema a 4 dimensioni,

²⁵ T. Parsons, Il sistema sociale, Edizioni di Comunità 1995

collegate tra loro in un Quadrilatero²⁶. Secondo Ardigò nel campo della salute possiamo individuare **4 tipologie di fattori interconnessi**. Nell'ordine temporale rispetto alla loro prevalenza:

- la natura esterna (i fattori ambientali);
- la natura interna (gli organi del corpo umano, i processi patogeni);
- il sistema sociale (le comunità di vita, i luoghi di lavoro, le modalità delle cure);
- e l'ambito che Ardigò definisce come "io e sé" (l'io intenzionale e l'io relazionale, in altre parole la dimensione psicologica e sociale del malessere).

Il che rimanda ad una serie di altri importanti aspetti: **l'unità inscindibile mente-corpo, l'importanza dell'individuo e della sua comunità di vita nel processo terapeutico, il ruolo dell'empatia tra operatore e soggetto da curare, la valorizzazione del dialogo terapeutico e dell'ascolto dei sintomi, il peso dell'ambiente di vita, la genesi sociale ed ambientale del disagio e del malessere e il ruolo del gruppo primario di riferimento rispetto alla salute.**

Altri riferimenti recenti particolarmente importanti, rispetto ad una visione relazionale ed interconnessa di salute e benessere, che è possibile richiamare (e in parte sono già stati citati nei paragrafi precedenti) sono:

- le ricerche sociologiche e socio-antropologiche sulla **domanda di salute e sul "sistema psico-somato-ambientale"** che vi fa da contorno (in Italia soprattutto il Censis degli anni 90);
- le **indicazioni dell'OMS** rispetto al benessere da promuovere a livello mondiale come "condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente assenza di malattia o infermità" (1948) attraverso un'assistenza primaria volta ad agire anche sulle condizioni di contesto ambientali, economiche e sociali, sulla cultura e la alfabetizzazione sanitaria, e su tutti i settori in qualche modo collegati". (1978);

i recenti programmi in ambito delle Nazioni Unite (Unep, WHO e WOHA) sulla **Salute globale** - (2010);

- l'approccio **One Health incardinato nell'obiettivo 3 dell'Agenda dell'ONU** per lo sviluppo sostenibile e quello del **"Benessere in tutte le politiche"**, come indicato dal Movimento per lo sviluppo sostenibile, a partire dai Limiti dello Sviluppo segnalati dal Club di Roma nel 1972 e, più recentemente, dall'Enciclica Laudato si di Papa Francesco e dall'Agenda dell'Onu per lo Sviluppo Sostenibile al 2030, ambedue del 2015. (2015).

E non si può non riconoscere, dal punto di vista della concreta realtà dei processi di cura e di promozione della salute e del benessere, che negli ultimi decenni si è sviluppata una maggiore consapevolezza della necessità di andare **oltre l'approccio formale-burocratico** al problema della tutela, rivalutando la relazione interpersonale ed i fattori di contesto sociale e ambientale.

Ciò è confermato anche da varie ricerche, ad esempio laddove risulta che **secondo la maggior parte degli italiani il rapporto tra paziente e medico è una "collaborazione reciproca in vista della salute"**²⁷: nel caso di un problema di salute l'84% degli italiani ritiene prioritario capire cosa stia succedendo, piuttosto che trovare subito il rimedio più efficace.

Considerazioni simili emergono specie nell'ambito variegato delle **cure socio-sanitarie e riabilitative** per soggetti disabili e/o con disagio psichico, che fonda le sue pratiche di intervento principalmente sul rapporto interpersonale e sul valore intrinseco della persona. All'interno di questo ambito numerose sono le esperienze che agiscono sulle potenzialità emozionali ed espressive della persona, in grado molto più di un intervento farmacologico o strumentale di incidere sullo stato di benessere o malessere del paziente.

Fortemente collegato a questa linea di riflessione è il campo delle analisi e proposte in tema di **capitale sociale** che, come magistralmente chiarito da Putnam²⁸ in poi, dipende da vari fattori, tra cui la tenuta dalle **reti sociali** e dalle norme che ne regolano il funzionamento. La stessa OCSE definisce il capitale sociale come il prodotto di reti e norme che formano la base per **comportamenti di tipo cooperativo**. E se per molto tempo i modelli esplicativi del rapporto tra individui e benessere hanno fatto riferimento ad un approccio di tipo quasi esclusivamente economico, tanto che il Prodotto Interno Lordo (Pil) è stato considerato lo strumento principale di misurazione del benessere delle nazioni, è con il **"Movimento degli indicatori sociali"** dagli anni 60 del secolo scorso in poi che cominciano ad essere proposte misure integrative del Pil ed elaborazioni particolari di specifici indicatori sulla qualità della vita ed il benessere. Già nel 1971 gli *Indicateurs sociaux* lanciati da Jacques Delors in Francia proponevano ben 21 temi e gruppi di indicatori (dalla speranza di vita al ruolo dell'educazione) come aspetti multidimensionali di benessere e sviluppo²⁹. E già nel 1975 in Italia l'Istituto Sviluppo e programmazione economica (Ispe) cominciava ad utilizzare un set molto articolato di indicatori per le

²⁶ A. Ardigò, Società e salute, FrancoAngeli 1997

²⁷ Indagini Censis anni 90 e 2000

²⁸ R. D. Putnam, Capitale sociale e individualismo, Il Mulino 2004

²⁹ J. Delors, Les indicateurs sociaux, SEDEIS 1971

esigenze della programmazione economica.

Ma è con l'iniziativa dell'Ocse sulla misurazione del progresso³⁰, e poi con la dichiarazione di Istanbul del 2007, che gli organismi internazionali (oltre a Ocse Commissione europea, Undp e Banca mondiale) sanciscono il consenso generale sulla necessità di "intraprendere la misurazione del progresso sociale in ogni paese, andando oltre le misure economiche". Da cui lo sviluppo del movimento cosiddetto del "**Superamento del Pil**", promosso dall'Ocse e culminato nel Rapporto della Commissione Stiglitz-Sen-Fitoussi³¹.

Anche la Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro (Eurofound) sviluppa nel frattempo un approccio multidimensionale, legato alla vita dei singoli individui ed alla percezione soggettiva di benessere, e numerosi diventano nel corso del primo decennio del nuovo secolo gli studi dedicati ad evidenziare le relazioni tra aspetti materiali e aspetti immateriali del benessere, i cosiddetti **determinanti di salute**³².

Negli anni più recenti l'attenzione si è concentrata soprattutto sull'Indice "**Better Life dell'Ocse**", comprensivo di numerosi indicatori di tipo materiale (reddito, lavoro e casa) e relativi alla qualità della vita (salute, educazione, impegno civico, governance, legami sociali, qualità dell'ambiente, sicurezza, benessere soggettivo).

Le riflessioni più avanzate, sia a livello teorico che a livello empirico, esprimono un approccio al tema del benessere, che ha a che fare con il sistema di equilibrio che vige tra il **soggetto, la comunità e l'ambiente**. Benessere e malessere non fanno riferimento inoltre, a concetti assoluti, ma piuttosto a concetti relativi, definibili rispetto ad una serie complessa di dimensioni. Ancora, benessere e malessere non sono realtà astratte, ma vanno considerate dinamicamente nel loro carattere di "**costruzioni sociali**".

Dal punto di vista degli indicatori utilizzabili, la discussione sviluppatasi ha prodotto anche un'attenzione crescente ed una rivalutazione – rispetto a valutazioni sommariamente e superficialmente critiche – degli **indicatori soggettivi**, utilizzati ampiamente dalla sociologia, ma poco dall'economia e dalla statistica.

Anche nell'ambito delle relazioni professionali all'interno del sistema di offerta di servizi sanitari, è evidente la presenza di segnali di passaggio da una cultura di **governance** centrata principalmente sulla efficienza, ad una centrata sulla efficacia e sulla qualità, che comprende al suo interno il valore della efficienza, ma vi aggiunge molto altro, tra cui la revisione del rapporto tra decisori e operatori, che da top-down deve diventare bottom-up, con maggiore **partecipazione** di tutti i soggetti coinvolti, pazienti compresi, basati sulla **fiducia**.

7. Alcuni fattori ostativi: il paradigma biomedico, l'approccio tayloristico al lavoro in ospedale, le tecnologie e la comunicazione disintermediata

In realtà esistono anche diversi segnali di natura contraria, che tendono a ridurre, e in qualche caso a negare, la dimensione interconnessa e relazionale della salute e del benessere. 4 sono in particolare gli **ambiti che si frappongono al pieno sviluppo della dimensione relazionale in sanità, il paradigma biomedico, l'approccio tayloristico al lavoro in ospedale, l'impatto delle tecnologie e quello della moderna comunicazione tecnologica**.

Per quanto riguarda il paradigma biomedico, esiste una tendenza storica nel settore sanitario, volta a trattare la malattia come un'entità indipendente dai comportamenti sociali, e dunque in termini di iperspecialismo, sia a livello di ricerca disciplinare che di pratica clinica. Per cui ad esempio, per rimanere allo schema di Ardigò, chi si occupa di ambiente ne perde di vista l'impatto sulla salute e chi opera come medico spesso dimentica i fattori ambientali e quelli psicologici, fino all'estremo del determinismo biologico, della "**medicina dei pezzi di ricambio**" e della iatrogenia (la nemesi medica di Ivan Illich³³).

L'**approccio tayloristico al lavoro ospedaliero** fa dell'ospedale macchina produttiva che privilegia l'obiettivo delle prestazioni per unità di tempo rispetto a quello della relazione terapeutica come priorità anche temporale. L'alternanza delle squadre di operatori a causa dei turni di lavoro mina alla base

³⁰ Per una analisi dettagliata dei più importanti e recenti indici proposti e sperimentati vedi: J. Delhey e C. Kroll, A Happiness Test for the New Measures of National Well-Being: How much Better than GDP are they? WZB Berlin 2012; R. Boarini, A. Johansson, A. Mira d'Ercole, Alternative Measures of well-being, Oecd 2006.

³¹ H. H. Noll, The Stiglitz-Sen-Fitoussi-Report: Old wine in New Skins? Views from a Social indicators Perspective, Social Indicators Res, 102:111-116, 2011.

³² Si veda ad es. R. Boarini, A. Johansson, A. Mira d'Ercole, Alternative Measures of well-being, Oecd 2006.

³³ I. Illich, Nemesi medica, Mondadori, 1976.

la presa in carico di cui si parla nei documenti ufficiali, e la continuità assistenziale e relazionale tra operatore e paziente.

Lo stesso **progresso tecnologico**, particolarmente accelerato nel periodo più recente e denso di prospettive sempre più avanzate di cura e assistenza, integrative dell'azione umana ma in qualche caso più o meno sostitutive, ha comportato l'ingresso prepotente delle tecnologie informatiche e degli altri supporti strumentali e farmacologici anche nel campo del sociale e della sanità, il che ha provocato in non pochi casi ulteriori rigidità e separatismi e rischi di uno **scientismo burocratico**, che dà luogo a stigmatizzazione e cronicizzazione del disagio, nonché a tendenze di sottovalutazione degli aspetti relazionali e sociali e in alcuni casi anche a veri e propri errori diagnostici o terapeutici.

Informazione e comunicazione condizionano grandemente il quadro di riferimento in questo periodo storico. E da questo punto di vista, oltre ai tanti vantaggi di una diffusione capillare dei messaggi informativi e del relativo accesso, si segnalano i rischi di una **"informazione senza comunicazione"**, un fenomeno in larga espansione, che alimenta paure, confusioni e strumentalizzazioni, disorienta e rende difficili le scelte, ed a volte mette a repentaglio la vita dei soggetti più deboli e meno maturi, rendendo meno umano il rapporto terapeutico.

Non meraviglia quindi che a partire dai fattori ostativi citati emerga un quadro di trend contraddittori, con da un lato il diffondersi della consapevolezza e dell'importanza della relazione interpersonale per la tutela del benessere e la promozione della salute, e dall'altro lato quello di una richiesta spinta di interventismo tecnologico e tecnocratico.

8. Da dove ripartire

Da tutto quanto detto, emerge chiara l'esigenza di cominciare a riflettere seriamente su di una possibile **revisione dell'approccio alla salute e al benessere in termini personalistici, relazionali e solidaristici**. Una dimensione cioè di riconoscimento pieno e diffuso della **natura di bene comune del benessere, strettamente interrelata con la solidarietà e con l'approccio generativo**, di coinvolgimento in termini di collaborazione virtuosa della società tutta, ed in particolare di valorizzazione di quei mondi vitali che già operano in questa direzione, attraverso le numerose e variegata forme di privato sociale, volontariato, associazionismo e reti sociali, e le loro capacità relazionali.

Meno chiara è l'impostazione da dare a questo processo di revisione, da cui la necessità di avviare un dialogo con le forze vitali di cui sopra, per trovare insieme le modalità e le strade più adatte per procedere.

Due sono gli aspetti più importanti del cambiamento di paradigma necessario:

- innanzitutto il **considerare la salute e la malattia** non come semplici dati di realtà, ma **come eventi dotati di senso nell'esperienza di individui e comunità**, restituendo quindi importanza alle variabili sociali, relazionali, ambientali e psichiche;

- in secondo luogo il connotare la salute e la malattia in **senso dinamico**, con decisa considerazione dei fattori di collaborazione, ascolto, mediazione e sviluppo in senso propositivo nello spazio e nel tempo.

I segnali e le opportunità di recupero della dimensione relazione della salute e del benessere sono numerosi ed andrebbero coltivati e sostenuti. **Ricapitolando** quanto detto in precedenza, è possibile fare riferimento in particolare a:

- Il movimento degli indicatori sociali che continua a produrre analisi che richiamano sul tema del benessere la consapevolezza delle interdipendenze, della multifattorialità e dell'importanza dei **determinanti sociali**, come ad esempio il Programma Istat del BES (Benessere Equo e Sostenibile, nota 21);

- Le forme di **coinvolgimento dei portatori di bisogno** nella progettazione e programmazione delle politiche sociali e sanitarie attraverso l'associazionismo di matrice sociale, le organizzazioni di territorio, di quartiere e di area di bisogno, e le forme di partecipazione, coprogettazione ed empowerment solidale, che ora hanno una chance in più per emergere grazie agli investimenti previsti nelle Missioni 5 e 6 del PNRR.

- Il ruolo svolto dal **privato sociale** attivo nelle forme di cooperazione comunitaria e di solidarietà sociale e prossimità, come i Patti territoriali, i Patti educativi e le altre esperienze di valorizzazione della dimensione comunitaria nonché degli approcci pro-attivi e di *outreach*;

- Il ruolo svolto dalla **solidarietà diffusa**, ancora molto presente a sostegno delle fragilità, dei poveri, dei malati, degli anziani, per le tante aree di disagio lasciate scoperte o trattate dal pubblico in maniera non adeguata e per lo sviluppo di forme di autotutela e di mutuo aiuto, secondo un approccio partecipativo;

- Le forme di **attivazione comunicativa ed informativa** dei soggetti destinatari delle cure dal punto di vista della fiducia nella scienza e nelle istituzioni secondo

il cosiddetto “Modello del Deficit”, un modello secondo il quale è proprio il deficit di comprensione in relazione ai contenuti scientifici quello che provoca atteggiamenti di sfiducia da parte del pubblico, e sulla base di un concetto di “fiducia dinamica”, nella convinzione che anche la fiducia attiene alla relazione tra sé e gli altri nei processi di integrazione sociale, e ha a che fare con almeno tre diverse dimensioni della esistenza umana: le emozioni, la razionalità e le esperienze;

- Le esperienze di **co-progettazione**, che tentano di andare oltre le logiche tradizionali di tipo burocratico e verticale e di muovere verso una architettura distribuita, basata sul coinvolgimento e la cooperazione attiva dei fruitori, e non più sul solo sapere esperto e/o delle dinamiche autoreferenziali dell’offerta, e verso il coinvolgimento attivo dei cittadini già in fase di ideazione anche grazie alle potenzialità offerte dalle nuove tecnologie;

- La possibilità di studiare metodologie di vero e proprio bilancio relazionale (una sorta di *relational health score*) della salute e del sistema sanitario, da misurare rispetto alle relazioni sociali al di fuori del settore medico, alla qualità del rapporto tra medici e altri operatori e pazienti, e ad altri aspetti tra quelli ricordati in questo test.

Per ciò che attiene al sistema della salute in senso stretto ed in particolare al SSN, occorre investire sforzi nel sostegno alle aree più sensibili del sistema rispetto all’approccio relazionale e comunitario.

Il riferimento va a questo proposito a

- il **livello micro** del **trade-off clinico**, valorizzando la sensibilità che pur esiste, ad esempio nella cosiddetta “ medicina narrativa”, sia nelle forme più tradizionali, ancora in uso in molti ambiti e situazioni, basate sul colloquio approfondito tra paziente e soggetto curante (medici, altre professioni sanitarie), ivi comprese le pratiche di scrittura, sia nelle più recenti forme di supporto tecnologico tramite programmi di intelligenza artificiale (IA) per la ricostruzione dei vissuti dei pazienti;

- le forme in sperimentazione di *digital health assistance*, che possono ovviare alla discontinuità del rapporto operatore paziente attraverso la strumentazione digitale (in primis un uso adeguato del Fascicolo Sanitario);

- il **livello intermedio** delle istituzioni sanitarie di offerta di servizi, dagli ospedali ai presidi territoriali, perché la **valorizzazione delle interconnessioni** di tipo professionale, scientifico e gestionale venga portata avanti con decisione per abbattere i meccanismi burocratico-formali e le logiche efficientistico-finanziarie;

- l’area della **prevenzione** e del supporto alle fragilità, al disagio sociale e psicologico, alla povertà sanitaria, alle crisi familiari, come in parte previsto dal PNRR alla Missione 6, da allargare anche ad una revisione dello stato dell’arte e della funzionalità di presidi quali i Consultori, i Servizi di Salute Mentale, i Dipartimenti della prevenzione, l’Istituto Nazionale per la medicina della Povertà e delle Migrazioni (INMP), solo per fare alcuni esempi;

- sempre a **livello intermedio**, chi gestisce la sanità pubblica dovrebbe concentrare maggiori sforzi sul tema **“Salute in tutte le politiche”**, dando impulso alle funzioni previste in capo al nuovo Dipartimento *One Health* del Ministero della Salute, che dovrebbe operare di concerto con gli altri Ministeri interessati, in primis quelli del Lavoro, dell’Istruzione, dell’Ambiente, dei Trasporti, attraverso progetti comuni di rigenerazione urbana (Città amiche, città sane), lotta ai fattori ambientali nocivi per la salute, promozione della salute nei luoghi di lavoro (Lavoro sano), interventi sociali ed educativi nelle aree di degrado sociale ed economico, educazione sanitaria e sociale nelle scuole (Scuole sane), tutela degli ambienti naturali e di un sano rapporto tra specie umana, altre specie viventi e mondo naturale;
- a **livello macro**, la società tutta con tutte le sue istituzioni e la Politica ai più alti livelli, dovrebbero investire maggiormente nella **cooperazione internazionale** per la lotta ai danni climatici ed ambientali, alle disuguaglianze, alla povertà, e per programmi di cooperazione nella preparazione rispetto agli eventi catastrofici e di mitigazione degli impatti climatici sulla salute ed il benessere;

Tutte queste azioni dovrebbero essere supportate dall’avvio di un dibattito pubblico sulla necessità di imboccare una via di **rafforzamento della dimensione solidale della convivenza e delle politiche sociali**. Altro supporto importante deve venire dalla **ricerca interdisciplinare** e internazionale sul rapporto tra benessere e salute con relazioni umane e sociali e ambienti di vita.