

Perché è indispensabile declinare la salute come bene comune

Metà degli sforzi e delle risorse sanitarie non vanno a buon fine se non esiste un reticolo sociale che contribuisca alla guarigione e al benessere

Luciano Mignoli
 Medico di medicina generale
 Bassano del Grappa (VI)

La metanalisi di Julianne Holt-Lunstad et al. del 2010 ha rilevato che le persone con forti relazioni sociali e comunitarie quali il sostegno percepito, lo stato civile, le reti e l'integrazione sociale manifestano il 50% in più di probabilità di sopravvivenza rispetto a coloro che sperimentano tali relazioni in maniera più inconsistente.

Questo significa che il rafforzamento del reticolo sociale intorno al malato può diventare un obiettivo di sanità pubblica per aumentare l'efficacia delle cure ed evitare lo spreco di risorse economiche e umane.

L'Oms con il Report del 2008, redatto dalla Commissione dei Determinanti Sociali della salute, ha segnato uno spartiacque contribuendo a modificare sostanzialmente il concetto di Salute. Nel Report, oltre a sottolineare il legame diretto fra reddito e salute, chiamato gradiente sociale, presente non solo nei Paesi in via di sviluppo, ma anche nei più ricchi, si mette allo scoperto, in modo disarmante, che esistono "gradienti di salute" anche all'interno della stessa nazione. Si rende così palese che i fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorire la salute come lederla. Le condizioni sociali ed economiche che fanno ammalare le persone e che le portano a richiedere cure mediche - che prolungano la so-

pravvivenza e migliorano la prognosi di alcune malattie - risultano quindi più importanti per la salute della popolazione nel suo complesso.

Si è così determinata un'inversione di paradigma: non più Sistemi sanitari nazionali = salute, ma salute = determinanti della salute, che trasforma la salute in un bene comune, gestito e valorizzato da tutta la comunità (*figura 1*).

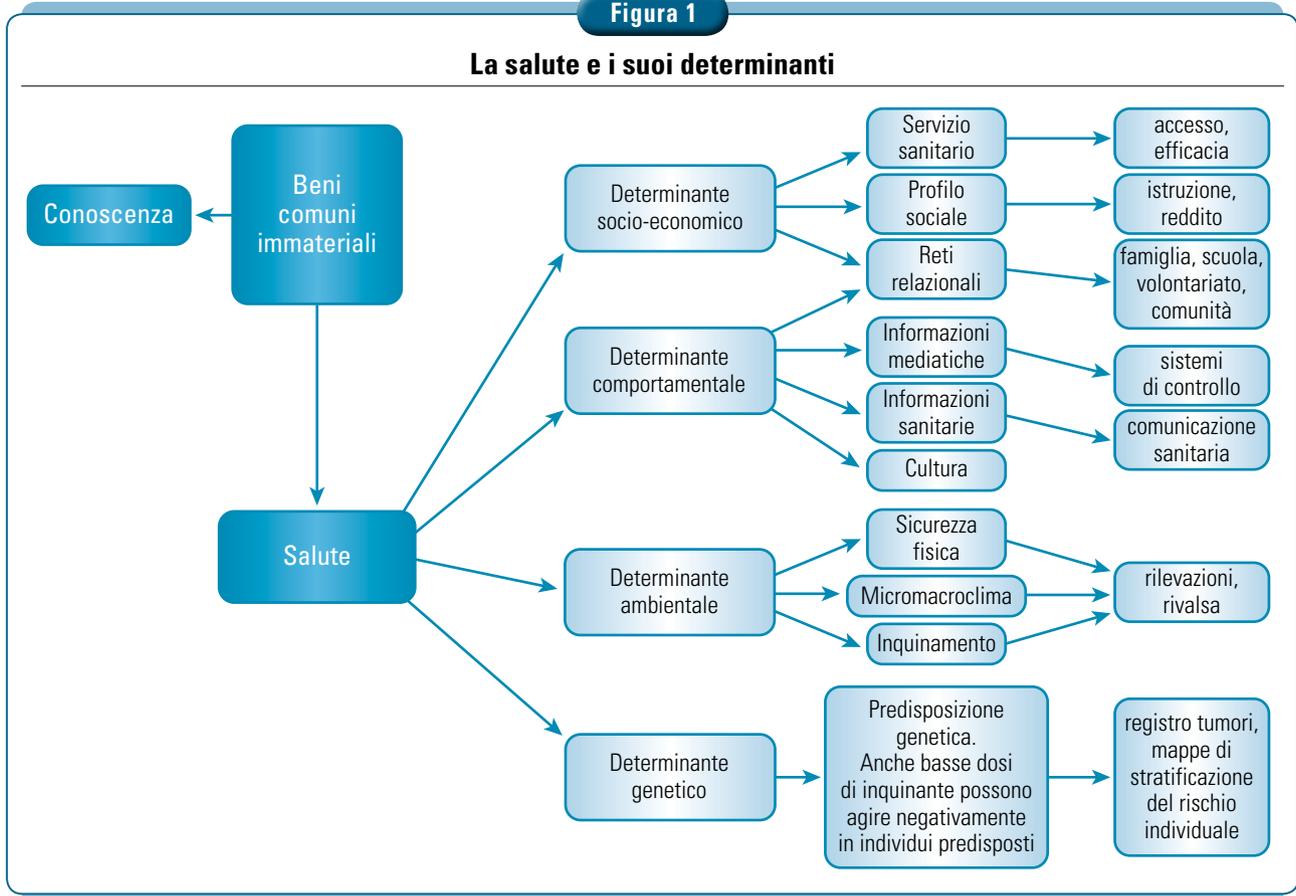
Il grafico di Dever (*figura 2*) mostra che a fronte del 90% di spesa il sistema sanitario influisce sulla riduzione della mortalità solo dell'11%; mentre il restante 89% è determinato dai fattori biologici, ambientali e dagli stili di vita.

A ciò bisogna aggiungere la nota curva gaussiana che rileva come l'investimento nella medicalizzazione raggiunge un punto di efficacia massima sulla riduzione della mortalità ad una certa quota di risorse, ma poi superato tale limite ridiscende.

Un *surplus* di assistenza sanitaria e l'eccessiva medicalizzazione quindi non sono risposte appropriate al raggiungimento degli obiettivi di salute, anzi possono inficiarli. In proposito l'economista svizzero Gianfranco Domenighetti sottolinea come il *disease mongering* operi ad hoc sul piano quantitativo con una pressione sulle definizioni dei parametri (valori soglia) che differenziano il patologico dal normale sollevando più di un dubbio deontologico anche su una

Figura 1

La salute e i suoi determinanti



medicina d'iniziativa che si limiti all'aggressività terapeutica piuttosto che a interventi sui fattori di rischio.

Eventi fisiologici o sociali sono sempre più affrontati con indagini e terapie mediche spesso inutili e costose al solo scopo di occultare l'inconsistenza di un tessuto sociale di protezione attorno alle persone anziane e fragili che invece troverebbero maggior giovamento nel sostegno strutturato da parte della famiglia e della comunità.

La tendenza alla delega dell'*entourage* familiare o sociale al corpo sanitario ha varie motivazioni. Alcune volte il *caregiver* è materialmente non presente o se presente è oggettivamente non in grado

di svolgere il proprio ruolo. Il malato cronico, l'anziano diventano un peso economico ed affettivo che non si desidera sostenere in una società con sempre più scarse risorse da dedicare al welfare e dominata dalla competitività.

La sommatoria della spinta alla medicalizzazione, della riduzione della spesa socio assistenziale e di una deficitaria strategia di *empowerment* porta ad un fenomeno attualmente ben evidente: lo spostamento delle prestazioni e della presa in carico verso i livelli di erogazione meno costosi quali l'assistenza primaria.

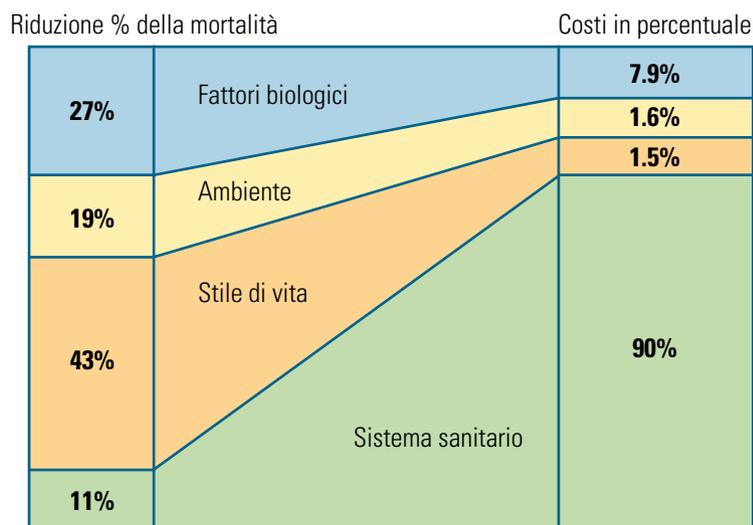
Dimissioni ospedaliere precoci, aumento della domanda di assistenza sociale, di gestione degli

anziani fragili, di patologie legate a dipendenze da alcol o droghe, ecc. sono solo alcune delle problematiche scaricate sul medico di famiglia preoccupato non solo per la gestione di problemi che necessiterebbero di corsi specifici e un di tempo dedicato, ma anche per i risvolti etici e deontologici. Tutto questo invita alla necessità di trovare nuove strade.

Attualmente il *Chronic Care Model* (CCM), un insieme di principi e metodologie integrate, rappresenta un modello di riferimento per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi di assistenza a pazienti affetti da malattie croniche; i cambiamenti necessari a questo fine riguardano l'informazione dei

Figura 2

Grafico di Dever



pazienti e promozione dell'auto-assistenza oltre all'attivazione dei *team* pluri-professionali integrati e dedicati.

I livelli più innovativi sono lo sviluppo di una nuova risposta sanitaria e delle risorse della comunità ricercando contatto con il sociale e il *no profit* attraverso collegamenti, alleanze e collaborazioni che consentano di attuare i programmi di sostegno e self-management nel quale il malato cronico e la sua famiglia diventano i protagonisti attivi dei processi assistenziali (Damiani et al. *Organizzazione Sanitaria* 2007; 2: 3-16).

Una buona rete socio-familiare evita gli accessi impropri del personale sanitario, aumenta la *compliance* farmacologica e comportamentale, segnala per tempo le situazioni a rischio.

Un'altra strategia che può cambiare il *management* della assistenza primaria è costruire una medicina di iniziativa basata sulla stratifica-

zione del rischio individuale per patologia. Il rischio individuale per patologia si articola nell'ambito della medicina preventiva e prediagnostica e riguarda i determinanti genetici (la familiarità), i determinanti da esposizione ambientale, i determinanti comportamentali. Questo, una volta rilevato, deve essere quantificato per definire gli interventi medici o sociali necessari. L'identificazione di pazienti ad alto rischio permette di concentrare le attenzioni dei medici su questi con un più alto rapporto costi-benefici, delegando quelle a basso rischio agli interventi strutturati della comunità (*screening*).

Sempre la stratificazione del rischio permette di identificare per esempio fra il 5-8% di pazienti depressi presenti fra gli assistiti di un Mmg coloro che sono ad alto rischio suicidario o soffrono di una compromissione del funzionamento globale da seguire attentamente e la depressione lieve o reattiva che

può essere gestita con più risultato da ambiti non medicalizzati ma egualmente strutturati.

► L'empowerment del paziente

Nella Conferenza di Varsavia del settembre 2011, Wonca Europa ha deciso di includere fra i compiti del medico di famiglia l'*empowerment* del paziente e ha incominciato a discuterne il metodo. L'*empowerment* è un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni, le comunità acquisiscono competenze sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità della vita (N. Wallerstein 2006).

Kate Lorig (2001) sostiene che soltanto il malato può essere esperto nel valutare le conseguenze della malattia nella sua vita e gli effetti delle cure, osservare la propria condizione e riferirne dettagliatamente al medico. I metodi per passare queste competenze al paziente e alla sua famiglia si sono affinati nel tempo, fra i più interessanti del confronto *peer to peer* è l'*Open Space Technology* (figura 3).

Il *peer to peer* è la sede naturale della tecnica pedagogica del *problem solving* cioè la capacità di arrivare a delle conclusioni e delle scelte partendo dalla narrazione individuale dei problemi concreti di tutti i giorni, coniugando saperi esperti ed esperenziali, utilizzando l'intelligenza e il rinforzo collettivo. È una valida alternativa o un necessario corollario all'educazione prescrittiva insita nel rapporto medico-paziente che fornisce risultati in alcune particolari situazioni (dall'esperienza dei medici di solito solo in quelle di allarme). In questo caso è la comunità che co-

munica con l'individuo e non il singolo medico. Un lavoro di gruppo siffatto è utile anche alla destrutturazione dei messaggi mediatici fuorvianti, grande cruccio della medicina pubblica.

Come ha sottolineato il collega *Ernesto Mola*: "tutte queste esperienze svoltesi nel *setting* della medicina di famiglia hanno dimostrato risultati positivi del modello assistenziale, producendo un aumento della soddisfazione dei pazienti e dei professionisti sanitari coinvolti, una maggiore aderenza al trattamento e alle linee guida e un miglioramento degli esiti clinici" oltre alla riduzione degli interventi medici impropri e alla riduzione dei costi di sistema.

Figura 3

***Open Space Technology*: un innovativo strumento di empowerment della comunità**

