

# Salute, diritto, futuro, Tradotto nel mandato: discutere del futuro del diritto alla salute

**Loreta Rocchetti**

Medico, già Medico di Famiglia e cure palliative. Mail: [loreta.rocchetti@gmail.com](mailto:loreta.rocchetti@gmail.com).

## 1. Introduzione

Ho esercitato la medicina per parecchi anni, ora sono in pensione da qualche anno, e sollevata da responsabilità e progettualità futura della Sanità mi resta la libertà di riflettere, immaginare, sperare. Voglio condividere alcune osservazioni. Abbiamo vissuto e stiamo ancora vivendo, un'esperienza che porterà inevitabili cambiamenti in noi, ma anche nell'organizzazione della sanità: la pandemia da Covid-19. Siamo abituati ai cambiamenti quelli che abbiamo vissuto negli ultimi 40-50 anni hanno prodotto grandi e positive novità diagnostiche, cliniche, sociali (le leggi 194/1978, 180/1978, e 38/2010) e organizzative nella sanità che hanno avuto grandi riflessi in campo bioetico e del biodiritto.

Accenno a tre dei possibili cambiamenti che ci troveranno impegnati nel prossimo immediato futuro.

## 2. Telelavoro e Telemedicina

Sembra inevitabile: nel mondo del lavoro lo *smart working* sarà la regola per tanti lavoratori con molti *pro* e molte insidie anche sulla salute dei lavoratori stessi. E la sanità? Una ricerca del 2021 si proponeva tra l'altro di vedere in cinque paesi, Francia, Germania, Regno Unito, Stati

Uniti e Cina, come la pandemia ha cambiato i comportamenti e quali di essi si sarebbero consolidati diventando stabili anche dopo l'emergenza. Una delle abitudini che si consoliderà è il *virtual healthcare*, cioè la telemedicina grazie alla quale molti pazienti consultano il proprio medico online e si sottopongono a esami diagnostici senza la necessità di muoversi da casa<sup>1</sup>. Effettivamente il Decreto n. 77/2022 «per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale», dà molta enfasi alla Telemedicina (televisita, telediagnosi, teleassistenza) e all'uso degli strumenti digitali in sanità. È innegabile, la telemedicina è una grande possibilità in molti campi e in diverse circostanze, ma si saprà contenerla e non farla diventare da mezzo un fine, usandola perché comoda anche quando non sarebbe indispensabile? Non andiamo verso lo *smart working* anche per i curanti? E con quali risultati in questo mondo sempre più virtuale su persone malate, corpi sofferenti, difficili da convincere di essere "virtuali"?

## 3. Sanità pubblica o sanità privata

Da tempo si individuano segnali di propensione per la sanità privata a scapito di quella pubblica. Due segnali recenti:

- a) Nel 2021 i premi per le Polizze Malattia sono ulteriormente cresciuti, i premi hanno raggiunto 3,3 miliardi di euro un 5,6% in più del 2020 e del 21,5% sempre rispetto al 2020 per quanto riguarda la garanzia rimborso spese mediche (cause varie: aumentata sensazione di fragilità legata alla pandemia? difficoltà ad avere cure sollecite da un servizio "intasato"? L'impressione (nefasta ma psicologicamente

<sup>1</sup> J. REMES, J. MANYIKA, S. SMIT, S. KOHLI, V. FABIUS, S. DIXON-FYLE, A. NAKALIUZHNYI, *The Consumer demand recovery and lasting effects of covid-19*, McKimsey

Global Institute, 2021 (citato da P. DE SOLDÀ, *La vita fuori di sé. Una filosofia dell'avventura*, Venezia, 2022).

comprensibile) che pagando si è curati meglio?<sup>2</sup>

- b) Nei programmi elettorali recenti si parlava poco di sanità e non si nomina mai il SSN. Solo in un programma si auspica un «sistema integrato pubblico privato». Non so cosa voglia praticamente dire praticamente.

Non ho particolari pregiudizi verso la sanità privata: è “eccellente” in alcuni ambiti specialistici, più abbordabile anche per minore burocrazia, più snella nelle assunzioni e nelle rimozioni di qualche operatore non adatto. Ma la *mission* della sanità privata legittimamente è il guadagno, ovviamente fornendo un buon servizio per chi può accedervi, mentre la sanità pubblica è la risposta al dovere costituzionale (art. 32 della Costituzione) di «tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività», e garantire cure a tutti i cittadini, una sanità basata sui principi di universalità, uguaglianza ed equità. Quale servizio sanitario è opportuno consolidare e rafforzare? L'epidemia di Covid ce lo ha indicato.

#### 4. Dove sta il nemico della mia salute

Avevamo sconfitto le malattie infettive e abbiamo concentrato tutto su di noi: campagne di prevenzione informavano che scegliendo modelli di vita e sottoponendoci a screening potevamo “prendere d'anticipo” le minacce sempre endogene di malattia, la minaccia era dentro il nostro corpo: le cosiddette malattie del benessere, da sovralimentazione ... qualche “piccola epidemia” l'ebola, l'aviaria, la peste suina non ci hanno sconvolti più di tanto essendo “lontane”. Arriva il Covid 19, da fuori e abbiamo cercato di non farlo entrare: mascherine, distanziamenti, igienizzazione... e poi vaccinazione e non è finita

<sup>2</sup> Stefano Massini sulla Repubblica del 27 agosto.

qui, si susseguono allarmi sul vaiolo delle scimmie, la febbre dengue, la zecca ... dobbiamo difenderci da un nemico esterno che non dipende da noi.

Si riattivano opinioni e atteggiamenti che confondono la causa con la “cura” (es. è il vaccino non il virus che ammala). Si inserisce un discorso nuovo nel nostro rapporto con la salute e in conseguenza con la sanità. Varrà la pena riflettere a quali riflessi avrà sulla nostra attuale realtà sanitaria ma soprattutto culturale.

#### 5. Conclusioni

Mi chiedo: quale diritto alla salute, a quale salute e all'accesso alla sanità ci riserverà il futuro? I malati saranno sempre più virtuali, stratificati in categorie (la parola stratificazione è molto ripetuta del DM 77), trasformati in Entità generali astratte? Come evolverà la situazione che ha fatto dire a Ceronetti qualche anno fa: «La scienza fa che i cuori battano più a lungo – ma li ha avviliti. Paghiamola, senza ringraziarla»? L'approccio scientifico, razionale alla “cura”, ha prodotto nuove e vincenti strategie terapeutiche, nuovi mezzi diagnostici, ha “fatto battere i cuori più a lungo” e non in senso metaforico. Lavorare con numeri, dati, algoritmi, statistiche ha permesso di organizzare servizi per tutti. Questo è bene, ma nella cura lascia un senso di incompiuto di insoddisfatto nelle persone, quello che ha fatto dire a Ceronetti “non ringraziamola” e ha fatto sì che la nostra Medicina mai così efficace, non sia stata mai così poco amata. Ne abbiamo prove tutti i giorni, nei tribunali, sulla stampa ed anche nei luoghi di cura. L'umano non è solo razionalità e corpo materiale, possiede anche una dimensione diversa, non quantificabile, ridicibile a numeri che lo fa sentire “unico,



particolare, se stesso, vivo”, e che percepisce trascurata. Possiamo chiamarla componente spirituale in senso lato. Questa insoddisfazione porta al ricorso ad approcci alternativi che a volte soddisfano questo bisogno di “irrazionale” ma a volte ritardano, complicano o bloccano situazioni altrimenti risolvibili. E a volte dissanguano le famiglie. Chiediamoci perché le cure palliative che, per definizione, non guariscono ma curano, sono molto amate. Esse si occupano per mandato anche della parte “spirituale - identitaria” delle persone. La fondatrice Cicely Sanders diceva ai suoi pazienti «Tu sei importante perché sei tu e sei importante fino all’ultimo momento della tua vita» quindi non perché sei utente di un servizio, o perché rientri in una stratificazione di persone per età o per patologia, ma perché sei una persona particolare e quello che senti, dici, spero è importante all’interno della nostra relazione di cura. Come possiamo conciliare i risultati straordinari di una medicina tecnologica ai quali non vogliamo rinunciare e la soddisfazione di una persona di essere considerata per se stessa in particolare nel momento fragile della malattia? La chiave della prima stanza di un grande edificio è una medicina sul territorio che permetta di instaurare un rapporto duraturo e non sporadico, con vicinanza, ascolto, conoscenza dell’ambiente di vita e di diverse generazioni e possa fare anche il raccordo con interventi superspecialistici che hanno poco tempo per la relazione. Non è nostalgia di un vecchio medico di famiglia, lo hanno scritto e non da oggi, illustri chirurghi o specialisti, cito Gawende, Oliver

Sacks, Nuland, Rinnenburger, lo accenna indirettamente la legge 219/2017 quando dice «il tempo della relazione è tempo di cura».

La scommessa per una sanità umanamente completa passa attraverso:

- l’imparare, da parte di chi pratica la medicina ed anche da chi la governa, a distinguere l’urgenza dalla non urgenza, che richiedono approcci diversi;
- ridare credito e valore all’assistenza sul territorio, con la formazione degli operatori sanitari non solo “all’educazione digitale e ai nuovi modelli di assistenza”<sup>3</sup> ma anche alla relazione, alla “curiosità” e all’attenzione alle persone, ad aiutarle ad affrontare con beneficio una situazione difficile (si dice *coping* oggi);
- far percepire alla popolazione l’importanza della medicina che “si prende cura”, non solo di quella che “compie miracoli”. Usando tutti i mezzi disponibili perché non ci sia una medicina di serie A, quella delle fiction eroiche di medicina di emergenza che salva vite o il Dottor House o il Dottor Murphi di *The Good Doctor*, e una di serie B, quella che silenziosamente salva più vite<sup>4</sup> che è la medicina del territorio.

I have a dream. Ho un sogno: sogno un mondo dove salute non sia sinonimo di medicalizzazione, ma di vita. Una vita che vaga la pena di essere vissuta come individui ma anche come comunità solidale.

<sup>3</sup> Dal programma di un partito politico per le elezioni del 2022.

<sup>4</sup> Julia Hart 1971 e poi 2017. Riportato da Dagmar Rinnenburger in *La cronicità. Come prendersene cura, come viverla*.