

Il ripensamento dei servizi territoriali di prevenzione, cura e accompagnamento (Roberto Alfieri, Bergamo 16 febbraio 2021)

1) Perché la crisi scatenata dalla pandemia deve offrire l'occasione di un ripensamento del sistema sanitario?

E' necessario, soprattutto, riflettere. Spesso, e non solo in sanità, vengono proposte delle soluzioni ancora prima di avere pensato alla natura del problema e all'identità e finalità delle istituzioni deputate a dare risposta a quel problema.

Ci si deve domandare, ad esempio, che cosa sono e a cosa servono i servizi sanitari. Occorre, quindi, prima di tutto, ragionare sul modo di intenderli. Li concepiamo come importanti settori dell'economia di mercato, ad alta intensità tecnologica, su cui è conveniente investire? Oppure, li pensiamo come un elemento essenziale di un sistema di sicurezza sociale: qualcosa che promuove la salute e cerca di restituircela quando la perdiamo?

Ecco, dovremmo partire dalla esplicitazione di questa domanda e dalle risposte che diamo perché le soluzioni che in seguito andremo ad adottare dipendono direttamente da queste premesse che il più delle volte restano implicite.

2) Puoi farci qualche esempio di soluzioni che non condividi proprio perché, secondo te, sono derivate da una concezione sbagliata dei servizi sanitari?

La storia della sanità di questi ultimi decenni è costellata di momenti di crisi, ben prima dell'avvento del Covid-19, e non solo nel nostro Paese.

Uno dei problemi più assidui è stato quello della sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. I finanziamenti che venivano stanziati a favore della sanità non riuscivano a tenere il passo con l'aumento dei bisogni, coi progressi tecnologici e l'invecchiamento della popolazione.

Negli anni 90 sono state pensate queste principali soluzioni per rispondere al problema della sostenibilità finanziaria: la aziendalizzazione, la privatizzazione e la libera scelta dei cittadini.

Si credeva, infatti, che il problema di una spesa eccessiva rispetto ai finanziamenti potesse essere superato grazie all'efficienza propria delle aziende e del settore privato. Non si è pensato ai difetti nella prevenzione, nella appropriatezza e nel sottofinanziamento.

Ma queste soluzioni originavano da un'assunzione più o meno implicita, mai dichiarata apertamente. Si riteneva che i servizi sanitari appartenessero alla sfera dell'economia di mercato e ne costituissero un settore particolarmente importante. Anche per questi motivi non hanno funzionato. Le liste d'attesa e la qualità molto eterogenea dei servizi sanitari nelle diverse Regioni e ospedali stanno a testimoniare.

3) Cosa c'è di sbagliato nel ritenere che i servizi sanitari appartengano alla sfera dell'economia di mercato?

Non si può negare che i servizi sanitari debbano prestare attenzione ai problemi dei costi e dell'efficienza, così come a quelli della domanda e dell'offerta. Su questi versanti l'aziendalizzazione poteva servire.

Ma l'efficienza, ossia la capacità di minimizzare i costi di una data prestazione, va sempre subordinata all'efficacia, ossia alla capacità di quella prestazione di restituire guadagni di salute. In altre parole, al contrario di quello che succede, in sanità si deve fare solo ciò che serve. Non si devono creare bisogni fittizi per migliorare la performance economica di un ospedale. Piuttosto, le domande dei pazienti vanno spesso riorientate affinché coincidano coi loro veri bisogni di salute.

La finalità dei servizi, a differenza di quella delle aziende, non è massimizzare i profitti, ma tutelare la salute.

I servizi sanitari non possono essere assimilati alle aziende perché al loro interno deve prevalere un agire "discorsivo", arricchito costantemente dalla parola che accompagna la prestazione. La relazione non può essere assimilata all'attrito. L'agire discorsivo deve fare uso anche della "techne", ossia dell'abilità ad usare strumenti, ma si avvale, soprattutto, della "phronesis", ossia della capacità di riconoscere le circostanze contestuali specifiche e di trovare le risposte più appropriate per le singole persone.

L'autorità, inoltre, in ambito sanitario, scaturisce dall'autorevolezza. Le relazioni tra colleghi restano fondamentalmente di tipo consulenziale. Non sono gerarchiche come nelle aziende. Possono diventare gerarchiche quando il clima lavorativo degenera, ma questa è solo una deriva negativa, l'eccezione che conferma la regola.

L'assegnazione di un ruolo di maggior rilievo riservato al privato in sanità, trascina con sé un cambiamento di scopo. Il profitto diventa il marchio del successo e prende il posto che dovrebbe essere riservato a salute, efficacia e appropriatezza.

La libera scelta e la responsabilizzazione individuale, che rappresentano il mantra del mercato, diventano un miraggio illusorio in sanità perché le questioni sono troppo complesse per essere comprese fino in fondo. Lo squilibrio informativo e cognitivo tra professionisti e pazienti è incolmabile. Occorre, perciò, fidarsi, ma può diventare difficile in contesti caratterizzati da una crescita dei conflitti di interesse. I continui progressi tecnologici, infatti, fanno circolare una grande quantità di denaro che può finire per corrompere: si può arrivare a forzare le indicazioni di un trattamento, a dimettere anticipatamente un malato, a fare troppo o troppo poco. Il mercato ha un potere corrosivo, inquina i beni che manipola perché li trasforma in merci, in strumenti di profitto e consumo.

4) Si può capire, quindi, seguendo il tuo ragionamento, che concepire i servizi sanitari come settori importanti dell'economia di mercato possa avere impatti rilevanti sui modi di curare.

Può influire, ad esempio, sul rapporto medico paziente, insinuando il sospetto che l'interesse del malato venga subordinato a quello del medico.

Può influire, anche sul clima lavorativo, scatenando una serie di angherie e abusi dagli esiti umilianti per chi li subisce. Ciò accade soprattutto quando vengono attribuite le maggiori responsabilità non alle persone più competenti dal punto di vista umano e professionale, ma a quelle che non si pongono fastidiose remore morali e si dimostrano più accondiscendenti rispetto alle volontà di un partito del governo regionale.

La cura, allora, finisce per assumere un altro significato. A causa degli attuali meccanismi di tariffazione dei diversi interventi sanitari, coincide con un insieme di prestazioni di cui vengono calcolati minuziosamente i margini di profitto. Dovrebbe, invece, significare un'attività di aiuto che si adatta alle mutevoli condizioni del malato, con dedizione e senso di responsabilità.

5) E passando ad un altro argomento, come dovrebbe essere ripensata, invece, la prevenzione?

Esistono 3 tipi di prevenzione. La prevenzione primaria è l'unica degna di questo nome e consiste nel rimuovere o, perlomeno, attenuare i fattori di rischio di malattia. Il risultato è che la gente si ammala di meno.

Poi, esiste la cosiddetta prevenzione secondaria, che non ha per bersaglio i rischi, ma si propone di diagnosticare più precocemente certe malattie che si prestano allo scopo, assumendo che in questo modo se ne migliori il decorso. Lo fa attraverso programmi di screening, ad esempio quello del cancro del collo dell'utero, del seno e del colon-retto. Purtroppo, però, l'assunto che si migliori la prognosi non è così scontato come si tende a credere.

Infine, esiste la prevenzione terziaria che consiste nel migliorare gli stili di vita in persone che si sono già ammalate, affinché le loro condizioni non si aggravino ulteriormente. Si vuole correre ai ripari, ma lo si fa tardivamente. E' un po' come chiudere le porte dopo che i buoi sono già scappati dalla stalla.

Nonostante il valore assolutamente preminente della prevenzione primaria, il SSN si occupa in modo quasi esclusivo di quella secondaria e terziaria. Non è un caso, infatti, che l'industria della salute prosperi sulla malattia, non certo sulla promozione delle salute.

Ed anche per quel poco che riguarda la prevenzione primaria, c'è una sottovalutazione pressoché totale degli aspetti socio-economici e culturali di cui ci si dovrebbe occupare. Le malattie, infatti, sono fenomeni eminentemente sociali. Tutt'al più si cerca di migliorare gli stili di vita attraverso l'informazione, come se bastasse sapere che, ad esempio, la sedentarietà fa male per muoversi di più. E lo stesso si potrebbe dire per l'alcol, il fumo, l'alimentazione, le dipendenze patologiche. Purtroppo non sono problemi rimediabili tramite una migliore informazione. Vanno, piuttosto, identificati come problemi dotati di un "gradiente sociale", perché compaiono tanto più frequentemente e intensamente quanto più disuguali sono le nostre società e quanto più bassa è la classe socio-economica cui apparteniamo.

6) E allora, se non serve informare per migliorare gli stili di vita, che cosa si dovrebbe fare per prevenire le malattie?

Bisogna convincersi che la salute ha molto a che fare con la politica. Dipende, infatti, soprattutto dalle condizioni socio-economiche e culturali in cui scorre la nostra vita. Dipende dal modo in cui si nasce, si cresce, si studia, si lavora e si invecchia. Sono queste condizioni a influenzare, in larga parte, sia la longevità di una popolazione che la frequenza delle sue malattie e disabilità.

I servizi sanitari contano meno. Contano nella gestione più o meno appropriata delle malattie, una volta che si sono manifestate. Contano nella riduzione della gravità e della durata delle malattie e delle disabilità che ne conseguono. I servizi sanitari hanno, però, un impatto quasi nullo per quanto riguarda, ad esempio, la comparsa di una malattia tumorale, cardiovascolare, respiratoria o neuro-degenerativa. Contano ancor meno nei riguardi del disagio sociale. Eppure, il disagio sociale ha ingenti ripercussioni sulla salute. Condizioni socio-economiche insoddisfacenti influenzano, infatti, la frequenza di molte malattie acute e croniche, degli infortuni, delle dipendenze patologiche (alcol, droghe, gioco d'azzardo, anoressia, bulimia, obesità...), della violenza e criminalità, dell'abbandono scolastico, delle gravidanze adolescenziali...

Ciò che conta veramente sono le politiche che adottiamo. Valgono quelle di largo respiro e di lungo termine, capaci di influenzare in modo organico gli ambiti più diversi della vita: dalla famiglia alla scuola, all'alloggio, all'ambito fiscale, lavorativo, economico, urbanistico, energetico, ecologico, agro-alimentare, dei trasporti e via dicendo.

Nonostante ciò, la percezione dell'importanza della politica, per quanto riguarda la salute, è sempre difettosa. Della salute, infatti, ci accorgiamo solo nel momento in cui la perdiamo. Perciò apprezziamo molto le cure che contribuiscono a restituircela, dopo averla persa. E attribuiamo alle cure tutto il merito di restare sani. E, sulla base di queste percezioni distorte, arriviamo addirittura a convincerci di qualcosa di completamente falso: che quanto più spendiamo per la sanità e quante più prestazioni otteniamo, tanto più alto è il livello di salute cui possiamo aspirare. In realtà fare troppo diventa sempre nocivo. Alla luce di tutto questo, credere che i servizi sanitari, per quanto riguarda la salute, abbiano una minore importanza delle condizioni socio-economiche e culturali, risulta, perlomeno, contro-intuitivo. Non riusciamo a capire che la salute complessiva di una popolazione è molto più influenzata dal rischio di ammalarsi più o meno frequentemente piuttosto che dal fatto di essere curati appropriatamente dopo che ci ammaliamo.

7) Effettivamente sembra abbastanza contro-intuitivo quello che dici, come se i servizi sanitari possano davvero contare poco.

I servizi sanitari contano, ma come dicevo prima, solo dopo che ci si ammala per gestire appropriatamente le malattie, guarirle quando è possibile e ridurre gravità e durata. Ma è meglio non ammalarsi piuttosto che essere curati, magari anche bene, dopo che ci si è ammalati. Tanto più che le malattie che ci affliggono sono, per la maggior parte, cronico-degenerative e sono destinate ad accompagnarci per tutta la vita. E questo vale anche ora, in epoca di Covid-19.

Bisogna sapere che esistono differenze notevoli nella frequenza delle malattie nei diversi Paesi del mondo: è questo il punto importante. Le differenze persistono anche quando limitiamo il confronto solo all'interno dei Paesi ad alto reddito.

Per la mortalità infantile e i disturbi mentali le differenze di incidenza possono essere di 2 o 3 volte. La sofferenza mentale nelle sue forme di ansia patologica, depressione, autolesionismo, dipendenze, disturbi ossessivi-compulsivi, sta crescendo con ritmi allarmanti in tutti i Paesi del mondo industrializzato. Ma è molto diverso confrontarsi con situazioni in cui è il 30% della popolazione adulta ad esserne colpito, così come avviene

negli Stati Uniti o nel Regno Unito o, viceversa, confrontarsi con situazioni in cui è afflitto da questi disturbi il 10% della popolazione.

Se prendiamo, poi, il problema dell'obesità, che è legata al diabete di tipo 2, a malattie cardiovascolari, tumorali, osteo-articolari e respiratorie, le differenze tra un Paese e l'altro sono anche superiori a 10 volte. Si passa, ad esempio, da tassi corrispondenti al 30% della popolazione negli Stati Uniti al 2,5% in Giappone.

Anche per i problemi sociali, infine, come il rendimento scolastico, il tasso di omicidi, il tasso di incarcerazione, il bullismo e le gravidanze nelle adolescenti le differenze di frequenza salgono fino a 10 volte tanto.

8) A cosa sono dovute differenze di frequenza di questa portata tra un Paese e l'altro?

Fin dagli anni 70 del secolo scorso studiosi di diverse discipline accademiche, e tra questi diversi epidemiologi, hanno accumulato evidenze crescenti sulla relazione che lega le disuguaglianze socio-economiche con la salute e i problemi sociali. Si sapeva da tempo, e appariva anche intuitivo, che le persone appartenenti alle classi socio-economiche inferiori per reddito, lavoro, istruzione e abitazione avessero anche condizioni di salute peggiori rispetto alle classi sociali più agiate. Ma ciò che è emerso con progressiva chiarezza è che, nei Paesi afflitti da una maggiore disuguaglianza, questi problemi sono notevolmente più frequenti rispetto ai Paesi meno sperequati.

Può, infatti, accadere, come si verifica per la mortalità infantile, che nella classe socio-economica più bassa, ad esempio, in Svezia, che è un Paese poco sperequato, la mortalità infantile sia a un livello inferiore rispetto alla mortalità infantile che affligge le classi socio-economiche più elevate del Regno Unito, un Paese caratterizzato da una disuguaglianza ben maggiore, rispetto alla Svezia.

E' molto importante tenerne conto, perché si capisce, così, come le eccessive disuguaglianze non fanno male solo alle persone relegate nei gradini più bassi della scala sociale, ma nuocciono anche alle persone più ricche che stanno in cima. E si è anche potuto appurare che la relazione tra disuguaglianze sociali e malessere sanitario e sociale non si limita ad essere un'associazione statistica, ma rappresenta un vero e proprio rapporto di causa-effetto. Questo è importante perché significa che attenuando la gravità della disuguaglianza possiamo assistere nel tempo a una attenuazione dei suoi effetti negativi.

La conclusione degli studiosi, quindi, è che esistono società "disfunzionali" perché attraverso eccessive disuguaglianze presenti tra i loro cittadini creano le condizioni per generare un'ingente mole di problemi sanitari e sociali che investono la società nel suo complesso, senza risparmiare nessuno, nemmeno tra i più agiati.

La disuguaglianza eccessiva è assimilabile a qualcosa che ammorba l'aria che tutti respirano, genera risentimento, diffidenza, invidia e vergogna dall'altra. Da un punto di vista biologico provoca stress cronico, accompagnato dalla secrezione di cortisolo, un ormone che influenza negativamente lo sviluppo e le funzioni del sistema nervoso, endocrino e immunitario.

9) Ma a quali livelli di disuguaglianza una società può definirsi “disfunzionale” e quale potrebbe essere un livello di disuguaglianza “accettabile”?

L'Onu usa misurare il livello di disuguaglianza dei diversi Paesi utilizzando come indicatore il rapporto tra il reddito del 20% della popolazione più ricca e quello del 20% della popolazione più povera.

Se si applica questo rapporto nei Paesi ad alto reddito si può constatare che esso varia tra un minimo di 3,4 e un massimo di 9,7. L'Italia ha un rapporto di 6,7. Per tutto quello che abbiamo detto i problemi peggiorano progressivamente man mano ci avviciniamo al rapporto più alto e, viceversa, migliorano in prossimità del rapporto inferiore.

Per quanto riguarda il livello di disuguaglianza “accettabile” non si deve tendere a un egualitarismo bieco in cui non ci sia alcun riconoscimento per l'iniziativa, l'impegno e lo spirito di sacrificio. Ma, nello stesso tempo, non bisogna esacerbare quelle disuguaglianze che permettono ad alcuni di soddisfare qualsiasi capriccio e impediscono ad altri di sviluppare le loro potenzialità, privando la società di enormi risorse.

I Paesi più disfunzionali risultano essere gli Stati Uniti, il Portogallo e il Regno Unito. Quelli che funzionano meglio, invece, da questo punto di vista, sono Giappone, Svezia, Norvegia e Finlandia. Potremmo accontentarci di tendere verso i livelli di disuguaglianza che caratterizzano questi ultimi Paesi, anche senza azzardare cambiamenti più drastici nella direzione dell'uguaglianza. Sulla base di queste esperienze, infatti, potremmo ritenerci al sicuro e confidare nell'alta qualità di vita vissuta dai cittadini di questi Paesi.

10) Sembra comunque strano che le disuguaglianze, quando sono eccessive, possano avere degli effetti così dirompenti. Puoi spiegarti meglio?

Effettivamente, la vera novità introdotta nei nostri saperi sanitari e sociali riguarda l'importanza della povertà “relativa”. Da che mondo è mondo ci siamo interessati alla povertà assoluta. E', infatti, lo scandalo della fame e della impossibilità di soddisfare bisogni essenziali a turbare, soprattutto, le nostre coscienze.

Ma accanto a questo problema immane c'è quello della povertà “relativa” che siamo soliti trascurare. E' una condizione che origina dal confronto del nostro reddito con quello posseduto dagli altri. Quando scende sotto una data soglia cadiamo in povertà relativa.

In Paesi ad alto reddito può accadere che persone in povertà relativa possiedano un alloggio, un'automobile, conducano una vita normale e si vestano decentemente. Passano inosservati e non tendono, perciò, a suscitare alcuna compassione. Sono, però, sottoposti a una continua esposizione allo stress perché non possono soddisfare le esigenze di consumo tipiche delle società cui appartengono. La loro bassa condizione socio-economica, comunque, per chi li conosce, viene vista, nelle società più sperequate, come il segno di un fallimento, un marchio vergognoso di pigrizia e incompetenza. Può succedere, paradossalmente, che, superati i livelli della povertà assoluta, si trovino allo stesso livello di povertà relativa 2 famiglie molto diverse tra loro: una appartenente a un Paese a basso reddito, con latrina esterna, pavimento in terra battuta, senza acqua e luce elettrica; l'altra appartenente a un Paese ad alto reddito con pavimento di piastrelle, cucina, bagno, camera, gas ed energia elettrica.

E' questa condizione a provocare un'enorme mole di malessere sanitario e sociale che riusciremmo ad evitare del tutto. Dovremmo, però, essere più attenti anche alle indicazioni dei saperi economici che si integrano con quelle dei saperi sanitari e sociali. Un tempo, le disuguaglianze erano considerate dagli economisti l'effetto indesiderato di un bene supremo: la crescita, che andava perseguita a tutti i costi. Oggi, invece, le eccessive disuguaglianze sono ritenute, da premi Nobel come J. Stiglitz e P. Krugman, ma anche da organismi internazionali come il Fondo monetario internazionale e l'Ocse, biasimevoli errori di pianificazione, fonti di instabilità e stagnazione in ambito economico. E proprio per questo è stata allestita da decenni una ricca cassetta di attrezzi per rimediare a questi errori.

Abbiamo quindi la possibilità pratica di impegnarci a ridurle, sapendo che, ad esempio, nel nostro Paese esistono circa 10 milioni di persone che vivono in povertà relativa e soffrono delle conseguenze negative che questa comporta.

11) Passando all'ultimo argomento incluso nel titolo della tua relazione, cosa puoi dirci a proposito dell'accompagnamento? Anche questo va ripensato?

Va ripensato perché è cambiata la patologia che ci troviamo di fronte. Deve, perciò, cambiare anche il tipo di assistenza che prestiamo. Da qualche decennio a questa parte, ci confrontiamo con uno scenario inedito. La traiettoria della salute, che prima disegnava, per le persone di età avanzata afflitte da malattie croniche, un brusco decadimento e precipitava rapidamente verso la morte, ha assunto una forma diversa. Si è trasformata in un lungo saliscendi fatto di aggravamenti e riprese temporanee che soleva durare diversi anni. Questa trasformazione non si è presentata all'improvviso, si è delineata a poco a poco nel corso degli ultimi decenni. Eppure la formazione dei medici non ha ancora preso atto di questo cambiamento.

Il nostro ruolo resta saldamente ancorato al dovere di salvare vite. Il compito di prendersi cura dei bisogni più elementari - come mandare giù un boccone, respirare con più agio, riuscire a chiudere occhio, andare di corpo, urinare- sono delegati, se mai, al personale infermieristico. Di fronte a questi nuovi bisogni, che riguardano una parte via via maggiore di popolazione, sono disorientate ancora di più le persone vicine al malato: figli, sorelle, parenti e amici... Avvertono il dovere di assistere i loro cari, ma si sentono impauriti, oltre che impreparati. Davanti a loro si presenta un percorso difficile, irto di incognite. Temono di non essere all'altezza, di essere lasciati soli, di trascurare qualcosa di essenziale. Di fronte a questo diverso scenario, il problema, allora, diventa quello di trovare i modi più giusti per dare un senso a una lunga fase di accompagnamento delle persone malate, senza lasciarsi sopraffare dallo sconforto.

Bisogna, però, che i servizi siano in grado di aiutare e creare un giusto equilibrio tra le risorse dell'ospedale e quelle del territorio. Occorre anche adottare diverse strategie di cura.

12) Cosa intendi per diverse strategie di cura?

Le malattie croniche, specialmente quando superano una certa soglia di gravità e non si presentano isolatamente, come avviene nella maggior parte dei pazienti di età avanzata, non si prestano alla definizione di un piano di trattamento, di cui si possano prevedere

tempi, metodi e interventi. Ogni eventuale piano rischia di essere stravolto perché subentrano continuamente altri problemi che si aggiungono a quelli preesistenti e alterano l'ordine delle priorità. Più che di piani, bisognerebbe parlare, allora, di approcci e strategie da condividere, insieme coi propri cari e il medico di fiducia. La strategia dell'assistenza domiciliare dovrebbe essere adottata più diffusamente, quella dell'assistenza ospedaliera dovrebbe essere selezionata con maggiore attenzione. Ma esistono delle difficoltà. Bisogna sapere che in sanità è soprattutto l'offerta di servizi a indurre la domanda. Se si investe molto sugli Ospedali e poco sull'assistenza domiciliare, sulla casa della comunità e sulle cure palliative, anche a domicilio, esisterà sempre un'elevata probabilità di correre al pronto soccorso di fronte a un imprevisto o a un aggravamento. E questo può nuocere.

La scelta del luogo di cura ha, infatti, un grande impatto, nel bene e nel male, sulla traiettoria che andrà a caratterizzare le ultime fasi della vita del malato. E si sa che il finale conta, perché il significato della nostra storia complessiva è influenzato da come le cose vanno a finire. In questa prospettiva, l'ospedale non è di grande aiuto per il malato cronico. Provoca un certo disorientamento, legato all'estromissione da contesti ambientali e sociali che gli sono familiari. La voglia di lottare e continuare a vivere viene meno quando ci si separa dalle certezze di un contesto familiare amico, dalle proprie cose, dalle abitudini e ritmi quotidiani. Dal punto di vista delle istituzioni sanitarie, poi, il ricovero di pazienti cronici rischia di diventare inappropriato perché l'ospedale ha, soprattutto, il compito di affrontare problemi "acuti". L'ospedale non è adatto a gestire, nel tempo, un problema ingravescente, né a migliorare le modalità di convivenza del paziente coi suoi acciacchi. Anche perché, in questi casi, è la situazione psicologica a condizionare, più che altro, l'esito delle cure. Per di più, la standardizzazione spinta tipica delle procedure ospedaliere mal si concilia col bisogno di personalizzare il più possibile l'assistenza nei confronti dei malati cronici, spesso multiproblematici e con storie di vita e malattie del tutto singolari. Il contesto domiciliare è più adatto ad eventuali esigenze di flessibilità.

13) Puoi fare un esempio sulla flessibilità cui possono essere chiamati i servizi?

Un esempio critico riguarda la decisione di cambiare la priorità delle cure mediche che non vengono più finalizzate alla guarigione o al prolungamento della sopravvivenza, ma al miglioramento della qualità della vita. E' una decisione che può riguardare molti casi di patologia cronica, dai tumori metastatici alle demenze in fase avanzata, alle insufficienze d'organo progressive...

A questo proposito, si deve capire che, in presenza di determinate condizioni, la medicina deve resistere alla tentazione di strafare e perseguire obiettivi più realistici. Le priorità cambiano e diventano quelle tipiche delle cure palliative, della terapia del dolore, la sedazione.

Si è soliti riferirsi a questi approcci in termini riduttivi, come se si trattasse di riconoscere i limiti della medicina, in opposizione alla forza delle sue potenzialità. In realtà, i progressi avvenuti nel campo delle cure palliative sono una dimostrazione dei traguardi raggiunti nella ricerca scientifica multidisciplinare, integrata con i saperi umanistici. Non si tratta, quindi, propriamente di limiti, ma del riconoscimento dei confini relativi alla appropriatezza delle terapie e, nel contempo, dell'ampliamento delle potenzialità della medicina. Una medicina che è arrivata a porsi la finalità di aiutare i singoli malati a soddisfare i bisogni più

importanti verso il termine della loro vita. Per le cure palliative, infatti, la priorità è aiutare i malati a vivere una vita la più gratificante possibile, comunque possa svolgersi, date le circostanze avverse in cui ci si trova.

Oggi esistono anche nella nostra provincia esperienze interessanti di cure palliative a domicilio. Ci si deve impegnare per diffonderne la cultura e potenziarle.

14) Mi sembra che sia venuto il momento di concludere. Vuoi aggiungere ancora qualcosa?

Vorrei concludere citando un famoso aforisma di Einstein che dice pressappoco così: non si possono affrontare i problemi adottando la stessa mentalità che ha contribuito a crearli. Questa raccomandazione deve essere applicata anche alla sanità.

Se, infatti, pensiamo che i servizi sanitari si identificano con settori importanti dell'economia di mercato, si tenderà a ingigantire i bisogni a dismisura, indipendentemente dalla loro autenticità.

Se, invece, li consideriamo elementi essenziali di un sistema di sicurezza sociale, allora riscopriremo il valore della politica, della solidarietà e dell'equità, per rispettare fino in fondo la dignità di ogni essere umano.

La prevenzione assumerà un ruolo cruciale nel promuovere la salute; la cura e l'accompagnamento guadagneranno in efficacia e appropriatezza, e il benessere sanitario e sociale potrà diffondersi a vantaggio di tutti.