

4.2.1. La persona/ il cittadino/ il paziente

Il singolo individuo nel rapporto e nel contesto dei sistemi sanitario e sociale assume rilevanza e ruoli differenti: è persona in quanto è portatore di dignità, rispetto, valori, cultura, conoscenze; è cittadino in quanto portatore di diritti esigibili inerenti la tutela della salute, la disponibilità di servizi e l'accesso agli stessi e, nel contempo, porta con sé i doveri derivanti dall'essere parte della comunità; è paziente nel momento in cui è direttamente coinvolto nei processi assistenziali.

Gli individui mantengono in ogni momento le caratteristiche di persona/cittadino/paziente, sebbene si accentuino alcuni tratti in particolari momenti o fasi specifiche del rapporto con il sistema sanitario.

La definizione dell'individuo quale utente o cliente, vale a dire utilizzatore o compratore, è fortemente riduttiva e distorce un rapporto che, al contrario, deve misurarsi sul terreno della partecipazione, del coinvolgimento e della valutazione dei servizi.

Nel contesto specifico del percorso assistenziale l'individuo deve essere reso partecipe e consapevole delle cure, poiché è lui stesso attore della buona riuscita delle scelte assistenziali. Non siamo di fronte a processi di cura "oggettivi" da imporre ai cittadini, ma a percorsi di cura da tradurre nel contesto culturale e sociale in cui vive la persona; è in questa fatica quotidiana che i servizi e gli operatori debbono mostrare la loro professionalità nel ruolo di "traduzione" e "mediazione" nei confronti del bisogno.

È in questa relazione che si collocano le iniziative di informazione, di educazione e di partecipazione dei singoli, dei gruppi di cittadini.

La stessa evoluzione della medicina rispecchia nella trasformazione del rapporto medico/paziente questo effetto che attribuisce maggior peso al paziente (empowerment). Dal paternalismo direttivo che in passato connotava questo rapporto, attraverso la fase del consenso informato quale trasmissione di informazioni e assunzione di responsabilità del soggetto, si deve arrivare alla fase della negoziazione tra un cittadino protagonista che possiede le proprie informazioni ed è consapevole dei propri bisogni e il professionista che, non rinunciando agli aspetti di specifica responsabilità in merito alle proprie competenze tecniche, si propone come consulente fiduciario al fianco del cittadino.

L'oggetto della loro relazione non è più la malattia in sé ma è la soggettività del paziente stesso rispetto alla condizione di malattia, che vive la sua autonomia nella scelta dei percorsi di cura più corrispondenti alla propria individualità.

Le decisioni del percorso assistenziale non sono uniformemente applicabili ma sono il risultato del rispetto della soggettività, dell'autonomia conseguente alla consapevolezza della condizione di malattia che vive l'individuo.

Anche la strutturazione del servizio sanitario deve quindi superare le fasi della medicina basata sull'autorità, ed in qualche modo anche di quella basata sulle prove di efficacia (EBM), per intraprendere la strada per perseguire la medicina delle relazioni, basata sulla continua negoziazione degli obiettivi di salute tra operatori

e fruitori, all'interno di un sistema in cui la limitatezza delle risorse disponibili impone la costante valutazione del rapporto costo/beneficio, per consentire la costruzione di percorsi funzionali a perseguire obiettivi di salute rispettando la soggettività e l'autonomia delle persone.

In questo contesto di relazioni tra cittadino e sistema dei servizi deve essere esaltata la differenza di genere, che va contestualizzata, in particolare, nei momenti di analisi del bisogno, di valutazione dei fattori di rischio, di individuazione dei percorsi assistenziali e di prevenzione e delle scelte operative.

Una particolare attenzione merita il problema delle medicine "non convenzionali", termine con cui nell'accezione comune si individuano pratiche complementari al modello prevalente della medicina tradizionale.

L'ormai ampia diffusione di queste terapie segnala e documenta l'esistenza di metodi alternativi di soluzione a problemi di sanità che andranno esplorati con rigore scientifico.

Saranno analizzate (in particolare) le principali pratiche che si definiscono alternative: agopuntura, fitoterapia e omeopatia.

Il primo passo verso un inquadramento definitivo di queste passa attraverso la realizzazione di un sistema di monitoraggio sistematico affidato all'ARESS, con l'obiettivo di valutare i modelli organizzativi e regolamentari presenti nelle altre regioni italiane e nel contesto europeo.

Dopo questa fase di osservazione, studio e sperimentazione si procederà a formalizzazioni regolamentari ed organizzative, capaci di governare le dinamiche dei processi afferenti alle medicine non convenzionali.