



CENSIS

# **IL MEDICO PILASTRO DEL BUON SERVIZIO SANITARIO**

Report finale

**Roma, novembre 2018**

# INDICE

Premessa	3
1. Un percorso durato 40 anni: L'evoluzione del medico in quella del SSN e della società italiana	4
1.2. Gli anni '70: la sanità per tutti e la supremazia del medico	4
1.2. Gli anni '80: l'esplosione della soggettività e la nuova cultura della salute: nuove aspettative nei confronti del medico	6
1.3. Gli anni '90: la crisi del SSN e l'affermazione della responsabilizzazione individuale, si discute la supremazia del medico	7
1.4. Anni 2000: i rischi di insostenibilità del Servizio sanitario e il nuovo rapporto medico-paziente	9
1.5. Anni 2009-2018: dalla crisi alle nuove sfide per la sanità, verso la costruzione di un'alleanza medico-paziente	11
2. I dati del contesto	15
3. La nuova centralità del medico nella tutela della salute	24
3.1. Un nuovo equilibrio nella relazione medico-paziente	24
3.2. Un rapporto basato sulla fiducia	26
3.3. L'autonomia del medico tra vincoli di sistema e garanzia di cura per il paziente	27
3.4. Il medico come arbitro esperto nella tutela della salute	31
3.5. Il medico che vorrei	33

## **PREMESSA**

Obiettivo di questo racconto sull'evoluzione del ruolo del medico nei 40 anni di SSN è di mettere in luce il significato ed il valore della funzione del medico nella promozione e nella garanzia della salute degli italiani.

In una sanità che è cambiata e che cambia profondamente, con una ridefinizione sia del rapporto dei cittadini con la salute, sia delle modalità di finanziamento e accesso ai servizi sanitari, il medico, nelle sue varie espressioni, dal medico di medicina generale a quello ospedaliero, dall'odontoiatra alle altre forme in cui esercita la sua professione rappresenta un elemento di continuità nel tempo che ha svolto e continua a svolgere una funzione storicamente preziosa di garante della qualità e dell'appropriatezza delle cure per i cittadini.

L'occasione dei 40 anni del SSN permette poi di considerare un punto di vista specifico sull'evoluzione del Servizio sanitario italiano, in cui siano ben visibili e riconoscibili gli aspetti di continuità ma anche di trasformazione dell'esercizio di questo ruolo da parte del medico, mettendoli in relazione con i profondi cambiamenti del rapporto degli italiani con la sanità e la salute e, più in generale, col mutare della società italiana.

Infine si è messa in luce l'attuale specificità di tale ruolo, in cui, a fronte della sempre più stringente necessità della mediazione tra le diverse esigenze sistemiche e quelle dei singoli cittadini, risulti comunque centrale la funzione di garante della libertà e del diritto alle cure personalizzate dei pazienti.

Da un punto di vista metodologico si è scelto di avvalersi di più approcci ed in particolare sono state realizzate:

- un'analisi *desk* di dati di fonte varia, sia istituzionale che della Federazione degli Ordini e delle banche dati Censis;
- una metanalisi di materiale documentario, a cominciare dal patrimonio ultracinquantennale di ricerche del Censis;
- una indagine su un campione rappresentativo di italiani adulti.

## **1. UN PERCORSO DURATO 40 ANNI: L'EVOLUZIONE DEL MEDICO IN QUELLA DEL SSN E DELLA SOCIETÀ ITALIANA**

La ricostruzione dell'evoluzione del SSN nei 40 anni trascorsi dalla sua istituzione può essere inserita all'interno della più generale evoluzione socioeconomica del nostro paese, alla quale è fortemente connessa.

E si tratta di un percorso certo complesso, fatto di più tappe, ma sicuramente contrassegnato dal progressivo prevalere della dimensione della soggettività degli individui nei diversi ambiti della vita quotidiana, incluso quello della salute e, al suo interno, del rapporto con il medico.

In altri termini è possibile rinvenire nella più generale affermazione del soggetto, che ha fatto da motore nel processo di trasformazione sociale e della vita degli italiani, anche il perno dell'evoluzione della concezione della salute e dei comportamenti sanitari nel cui ambito il rapporto con medico ha sempre rivestito una valenza centrale.

Nel racconto per tappe sono quindi richiamati gli aspetti centrali di questo percorso che lega insieme evoluzione sociale del Paese e del SSN e trasformazione del paziente e del suo rapporto con il medico ed il sistema delle cure.

### ***1.2. Gli anni '70: la sanità per tutti e la supremazia del medico***

Dopo gli anni del boom economico, negli anni '70, concretizzata nell'*austerità* successiva alla crisi petrolifera del 1973, si vive una fase recessiva sconosciuta da decenni. Ma gli indicatori sociali ed economici continuano ad evidenziare un andamento positivo, evidenziato dalla crescita demografica (nel decennio la popolazione italiana raggiunge i 56 milioni e la speranza di vita sale a 70,5 anni per gli uomini e 77,3 per le donne) e dalla crescita del Pil (nell'arco del decennio +45,2% in termini reali, con un tasso medio di crescita annuo pari a 3,8 punti percentuali), e del reddito nazionale (+61,0%, con un tasso medio annuo reale di aumento di +4,9 punti percentuali).

La potenza della soggettività opera soprattutto nell'ambito economico con l'esplosione della micro-imprenditorialità e in ambito sociopolitico con la rivendicazione di massa di diritti, non più solo dal mondo del lavoro.

Si tratta infatti di un decennio in cui è più alto il contrasto tra la cronaca quotidianamente vissuta, il racconto sociopolitico e l'evoluzione sommersa i cui esiti saranno visibili nell'immediato decennio successivo.

Si assiste ad una radicale trasformazione del sistema di tutele e soprattutto della sanità: con la legge 833 del 1978 nasce il Servizio Sanitario Nazionale, il cui obiettivo centrale è di garantire una copertura pubblica e universalistica, incarnazione del diritto alla salute per tutti, andando oltre il sistema mutualistico, attivo dal 1934 e ormai in grande crisi anche sul piano della sostenibilità finanziaria.

L'obiettivo della sanità per tutti si delinea in aperto e radicale contrasto con il sistema lavoristico categoriale delle mutue, differenziato per definizione, ed è un obiettivo condiviso sia a livello politico che sociale. Il nuovo sistema sanitario diventa l'archetipo del welfare pubblico, in cui è lo Stato il garante e organizzatore dei diritti universali dei cittadini, che richiede anche una progressiva espansione anche del finanziamento pubblico e del relativo debito.

Nella nuova logica del Servizio sanitario assume un peso inedito anche la prevenzione, che si concentra soprattutto sulla vaccinazione. Si tratta degli anni in cui diventano visibili gli effetti positivi delle prime campagne vaccinali, a partire dalla riduzione dell'incidenza di alcune patologie; per esempio quella della pertosse, che passa da 76,2 casi su 100 mila abitanti nel 1961 a 12,7 casi su 100 mila abitanti nel 1981. Rimane al margine la copertura odontoiatrica, solo parzialmente garantita anche dal nuovo sistema.

La figura del medico, in linea con la tradizione precedente, è assolutamente centrale nella tutela della salute e la relazione con il paziente si configura nel modo più classico, caratterizzata dalla asimmetria informativa che pone in paziente in posizione subordinata rispetto a quella del medico, esclusivo detentore del sapere della medicina.

La riforma, tuttavia, nei suoi primi anni ha un avvio lento e la situazione della sanità in Italia rimane comunque problematica: la spesa continua a crescere, la qualità dell'offerta sanitaria è insoddisfacente, e non sono stati

messi a regime strumenti essenziali per il governo del sistema quali il Piano sanitario nazionale ed i Piani regionali.

## ***1.2. Gli anni '80: l'esplosione della soggettività e la nuova cultura della salute: nuove aspettative nei confronti del medico***

Gli effetti della corsa individuale al benessere, frutto della crescita del reddito familiare, si traducono negli anni '80 nella “cetomedizzazione”, l'allargamento della classe media caratterizzata soprattutto dalla crescita dei consumi. Il Pil cresce (+25,4%) così come il reddito delle famiglie (+29,7%) e gli italiani migliorano la loro condizione sociale anche grazie all'accesso crescente all'istruzione (i diplomati passano dal 13,3% di inizio decennio al 20% di inizio del decennio successivo). Un nuovo benessere che si evidenzia nel miglioramento delle condizioni di vita e di salute degli italiani, con la speranza di vita che sale ulteriormente a 73,6 anni per gli uomini e a 80,2 anni per le donne.

La crescita dei consumi è il segnale evidente di un passaggio sociale da una fase di copertura completa dei bisogni di base ad una di bisogni più complessi, ed è l'espressione più marcata della affermazione della soggettività di cui si ritrovano tratti anche nei comportamenti sanitari.

A metà decennio, la prima ricerca del Censis sulla domanda di salute mette in evidenza gli aspetti principali di una nuova concezione della salute meno centrata sulla malattia, in cui diventa centrale la nuova responsabilizzazione individuale.

L'interesse per la dimensione psicologica e relazionale coinvolge infatti anche la concezione della salute e cresce l'interesse verso l'informazione sulla salute e sulla medicina, insieme all'idea che scelte e comportamenti individuali possono diventare importanti per il mantenimento della salute e la prevenzione delle malattie. Non a caso si registra un più intenso ricorso a pratiche preventive, sia mediche che di abitudini quotidiane e lo sviluppo di pratiche di *self care*, incluso quel che viene definito un approccio autoprescrittivo per i farmaci.

Da una parte, la medicina si specializza e tecnologizza moltiplicando le possibilità di intervento, dall'altra aumentano le aspettative dei cittadini

verso un sistema di offerta che stenta a garantire risposte a questa domanda più moderna, che afferma anche la possibilità di una gestione più diretta e più autonoma del bene salute.

Sono anche anni in cui si hanno nuove e importanti scoperte nel campo della ricerca farmaceutica: gli ACE-inibitori, i nuovi trattamenti per le patologie vascolari, per le ulcere, per l'herpes, per la depressione, la messa a disposizione di insulina di origine biotecnologica, di interferoni (per la cura patologie come la leucemia, le epatiti e la sclerosi multipla) e di anticorpi monoclonali per medicine specifiche (per esempio per alcune forme tumorali), oltre che i primi trattamenti per l'Aids.

Il rapporto con il medico è ancora centrale ma anche le aspettative dei pazienti appaiono più sofisticate. Al medico è richiesta una nuova capacità di dialogo e ascolto, l'attenzione ad una dimensione relazionale che si traduce anche nella aspettativa di una disponibilità ad accettare le richieste del paziente.

In contemporanea, si incrementano anche i comportamenti di autocura e le scelte differenziate anche verso servizi e prestazioni diversi da quelli pubblici.

Lo sviluppo della soggettività comincia a radicare nella cultura sociale collettiva che la salute è molto più che la sanità formalizzata, e che per tutelarla si possa fare molto più che attendere l'insorgere delle patologie, piccoli o grandi, per poi rivolgersi a medici e strutture del servizio sanitario.

### ***1.3. Gli anni '90: la crisi del SSN e l'affermazione della responsabilizzazione individuale, si discute la supremazia del medico***

Gli anni '90 sono quelli in cui si cominciano a manifestare i processi che condurranno al cambio sostanziale dell'economia e della società che si evidenzierà nel nuovo millennio. Anche da un punto di vista sociale ed economico si assiste ad inversione di tendenza: si blocca la crescita demografica e comincia a modificarsi la struttura della popolazione con un peso sempre maggiore della componente anziana ed una prima significativa ondata di arrivi di immigrati.

Sul piano economico la crescita vede rallentare i ritmi intensi dei decenni precedenti e la microimpresa, spesso familiare, non riesce più a moltiplicarsi con la stessa intensità e comincia a sperimentare difficoltà nei mercati, che avvieranno un processo molto duro di selezione che premierà quelle che riusciranno a diventare media impresa.

Nella sanità, e nel welfare in generale, il tema dei costi, e quindi del finanziamento pubblico, diventa centrale. Nel 1992, anche in seguito a scandali nella sanità che segnalano un uso improprio delle risorse pubbliche, si avvia una riforma sostanziale del sistema sanitario che ne riafferma l'universalismo, ma innesta al suo interno due dinamiche, la regionalizzazione e l'aziendalizzazione, che introducono modifiche sostanziali.

Si vuole una sanità più vicina alle comunità di riferimento anche per esercitare un controllo più puntuale sui responsabili politici del Servizio sanitario, ma soprattutto affermare l'importanza dell'utilizzo delle risorse sulla base di criteri aziendali come quelli di economicità, efficienza ed efficacia.

Gli scandali sulla tangentopoli della farmaceutica danno luogo a politiche di contenimento della spesa sanitaria pubblica che hanno nel controllo della spesa pubblica per farmaci un punto focale.

Il controllo della spesa pubblica contribuisce a determinare una nuova dinamica della spesa sanitaria: tra il 1990 e il 2000 la spesa sanitaria pubblica cresce solo dell'8% in termini reali mentre quella privata delle famiglie decolla letteralmente del 146%.

Si tratta di un incremento a cui concorrono anche le trasformazioni in atto nella domanda: i più alti livelli di scolarità degli italiani, la maggiore disponibilità ad utilizzare risorse di tasca propria si associano al crescente interesse per l'informazione sanitaria rinforzata da una offerta sempre maggiore di tv e della grande stampa sui temi della salute e della sanità, che crea un ambiente favorevole all'ulteriore sviluppo di una cultura dell'autoregolazione della salute.

Una indagine del Censis di quegli anni testimonia del valore che gli italiani assegnano agli stili di vita come fattori fondamentali per favorire la buona salute, con una percentuale che passa dal 50,2% del 1987 al 63% del 1998.



Anche l'allarme globale sull'Aids contribuisce a diffondere l'attenzione al nesso tra comportamenti ordinari e tutela della propria salute.

Cresce anche il ricorso a specifici esami, accertamenti in assenza di sintomi, quali la mammografia (a cui nel 1994 fa ricorso il 37,5% delle donne di 40 anni e oltre) e il Pap-Test (il 52,2% delle donne di 25 anni e oltre); tali percentuali salgono rispettivamente al 46,6% e al 60,8% alla fine del decennio.

Il tema della responsabilizzazione individuale, che si era cominciato ad affermare nel decennio precedente, si consolida fortemente proprio negli anni Novanta: culturalmente prevale l'idea di una corpo concepito come perfettibile sul piano estetico e funzionale, grazie all'impegno del soggetto, mentre la salute viene concepita come capacità di svolgere le normali attività quotidiane.

In questo modello il ruolo del medico ed il suo rapporto con il paziente ed il sistema della cura subisce una trasformazione, in cui sono evidenti anche i primi tratti di messa in discussione della sua supremazia, ma in cui è ancora presente un importante distinguo tra una sfera della promozione della salute in cui la soggettività gioca con maggiore autonomia e una della malattia in cui il rapporto con i medici è ancora decisivo, ma anche in questo caso con modalità diversa tra piccoli e grandi disturbi.

Nei casi di piccoli disturbi la soggettività delle persone si esprime infatti più compiutamente e spesso comporta anche la rideterminazione delle dosi e della durata quando scompaiono i sintomi, ma in caso di disturbi importanti l'autorità del medico viene ribadita e richiesta.

#### ***1.4. Anni 2000: i rischi di insostenibilità del Servizio sanitario e il nuovo rapporto medico-paziente***

Si tratta di un decennio di cambiamento sia del contesto demografico che economico: da una parte si assiste all'amplificazione dell'invecchiamento della popolazione e all'incremento rilevante degli stranieri, dall'altro emerge un drastico rallentamento del Pil (con un tasso medio annuo dello 0,3%) e del reddito nazionale netto delle famiglie che addirittura per la prima volta nella storia registra un segno negativo (-0,7%) rispetto al precedente decennio.

Anche sul piano dei consumi si assiste ad una variazione rispetto al decennio precedente, in cui sono sempre più evidenti comportamenti non più improntati sempre e comunque all'incremento quantitativo, ma in cui sono presenti nuove visioni socioculturali attente a dimensioni ambientali, sociali ed etiche.

Già prima della esplosione della grande crisi erano dunque presenti nella società italiana segnali di rallentamento nell'economia, nei redditi e nei consumi, mentre sul piano culturale si afferma in questo decennio una maggiore attenzione alla qualità che, sul fronte della salute, porta all'affermarsi di una concezione della salute basata su una visione olistica, psicofisica del benessere.

Così, cresce la quota di italiani che assegna valore ai fattori di contesto come quelli ambientali per la promozione della salute (era il 12,8% nel 1998 e nel 2008 diventa il 22,2%), ma si rafforza anche il concetto della responsabilità individuale e degli stili di vita.

Anche nelle politiche sanitarie è presente una attenzione crescente per questa forma di prevenzione con la diffusione di campagne ed interventi finalizzati all'adozione di stili di vita salutari, per tentare di superare l'elevato gap tra le buone intenzioni e le pratiche concrete.

Anche la copertura vaccinale supera il 96% tra i nuovi nati e tra il 2000 e il 2010 quella antinfluenzale relativa a tutta la popolazione passa dal 12,6% al 19,6% e aumenta il ricorso agli *screening* in assenza di sintomi con, ad esempio, il consolidarsi dell'abitudine di fare il pap-test a partire dai 25 anni e la mammografia a partire dai 40 anni.

Ma il SSN è ancora al centro di una trasformazione importante, il cui aspetto più evidente è quello della *devolution* sanitaria indotta dalla riforma del Titolo V della Costituzione. La regionalizzazione si iscrive in un contesto difficile in cui sono evidenti i crescenti vincoli economici, le difficoltà di accesso, legate ad esempio alla lunghezza delle liste di attesa, e quelle più generali date dallo scarto crescente nel tempo tra fabbisogni sanitari reali e capacità dell'offerta sanitaria di dare risposte adeguate ed efficienti.

Si accentuano le tradizionali differenze territoriali nella quantità e qualità dell'offerta sanitaria e i rischi di sostenibilità del Servizio sanitario generano un contesto in cui l'autoregolazione soggettiva diventa per certi versi

necessaria se non addirittura indispensabile, perché consente di rispondere a quote rilevanti di fabbisogni sanitari senza pesare ulteriormente sulla sanità pubblica.

In tale contesto, si delinea una trasformazione del rapporto con il medico: se è vero che rimane sempre la fonte primaria di informazioni sanitarie, l'accesso crescente all'informazione diretta comincia a minare la sua supremazia e si intravedono comportamenti di sfida e critica dei pazienti nei suoi confronti, mentre si assiste anche di una mediatizzazione di singoli episodi di malasanità.

### ***1.5. Anni 2009-2018: dalla crisi alle nuove sfide per la sanità, verso la costruzione di un'alleanza medico-paziente***

La crisi economica globale, iniziata nel 2007- 2008, che dall'ambito finanziario si diffonde nell'economia, nella produzione, nei consumi e nei bilanci pubblici, ha un effetto dirompente su redditi, consumi e investimenti degli italiani e si iscrive in uno scenario demografico in cui diventa evidente il declino determinato dall'invecchiamento e dalla riduzione delle nascite. L'Italia è il paese con il più basso tasso di natalità in Europa, 7,6 per 1.000 abitanti di contro alla media europea di 9,9 per 1.000 abitanti, ma anche con la più alta percentuale di anziani sul totale della popolazione 22,3 % contro 19,5% nel 2017.

Con la crisi, tutti gli indicatori fanno un salto in basso e nel loro andamento si muovono in negativo, e solo negli ultimissimi anni del periodo considerato emergono i primi segnali di ripresa nella recente fase “*dello zero virgola*”, con gli indicatori che ripartono dai punti di basso raggiunti, ma non riescono a recuperare gli stessi ritmi di crescita delle epoche precedenti.

In un clima di incertezza aumenta la sensazione dei cittadini di non essere più adeguatamente tutelati dalla copertura pubblica nei loro bisogni di welfare e anche nel campo della salute si diffonde la percezione di riduzione della qualità dell'offerta sanitaria: il 30,5% degli italiani ritiene che la sanità della propria regione stia peggiorando, quota che sale nettamente nelle regioni meridionali e quelle in piano di rientro.

La stretta sulla spesa sanitaria pubblica, a fronte della crescita dei fabbisogni sanitari per invecchiamento e cronicità di massa, dà luogo ad una riduzione della copertura reale pienamente percepita dai cittadini. Meno sanità pubblica, anche a causa della lunghezza delle liste di attesa e più ampi divari territoriali in quantità e qualità dell'offerta impongono un più intenso ricorso alla sanità privata che riesce a erogare servizi e prestazioni a prezzi spesso competitivi con quelli dei ticket nel pubblico. Il 62,5% dei cittadini dichiara che si è dovuto rivolgere al privato a causa della lunghezza delle liste di attesa nel pubblico, con quote più elevate nel Sud-Isole (72,9%) e al Centro (68,9%) e nel 2009-2017 la spesa sanitaria in capo alle famiglie passa da 30,6 a 37,4 miliardi di euro, +1,6% nel pro capite di contro a -1,9% reale nel pro capite della spesa sanitaria pubblica.

Se spendere di tasca propria diviene quasi una normalità per gli italiani, quote crescenti si vedono costrette a rinunciare o rinviare prestazioni sanitarie: si tratta di 12 milioni di italiani stimati nella più recente ricerca del Censis costretti a farlo per i farmaci, le prestazioni diagnostiche e specialistiche e soprattutto per quelle odontoiatriche.

Intanto la cultura della salute si caratterizza ulteriormente con i tratti della soggettività consapevole e informata, che gioca un ruolo attivo nella individuazione e nella scelta di soluzioni pubbliche o private praticabili, anche grazie ad un accesso diretto all'informazione sanitaria che ha in internet uno strumento potentissimo.

Ancora una volta si assiste ad uno sviluppo della prevenzione basata sugli stili di vita ed ancor nel ricorso agli *screening* e accertamenti vari, in particolare per le patologie oncologiche.

Informazione e autodeterminazione entrano prepotentemente anche nel rapporto con il medico ma informano tutti i comportamenti sanitari.

L'asimmetria informativa nella relazione medico-paziente viene definitivamente messa in discussione anche se è ancora una minoranza quella che assegna al paziente la responsabilità finale delle decisioni, a fronte di una maggioranza che propende verso una collaborazione positiva tra medico e paziente.

Altri elementi intervengono a modificare il rapporto, prima di tutto una burocratizzazione spinta, legata prima di tutto alla necessità di esercitare un controllo sulla spesa sanitaria, che vanno dalla definizione dei tempi medi

della visita al ricorso a strumenti di standardizzazione delle cure e degli approcci terapeutici, basati sull'evidenze scientifiche e la razionalizzazione delle procedure come le linee guida, i protocolli ed i percorsi definiti, che possono però rappresentare un ostacolo alla libera scelta del medico e alla appropriatezza delle cure legata alle caratteristiche specifiche di ogni paziente.

I percorsi di autonomia dei pazienti possono dare luogo anche a fenomeni che minacciano l'alleanza con il medico, come evidenzia l'aumento della conflittualità e dei contenziosi giudiziari per quelli che vengono percepiti come errori medici rispetto ai quali si è sempre meno tolleranti.

Molto evidenti sono i limiti della soggettività anche nell'evoluzione del rapporto con i vaccini: con l'entrata in gioco del prevalere della scelta individuale e, se già a partire dal 2010 si registra un calo, nel 2014 si scende sotto alla soglia minima di garanzia di copertura. Per le vaccinazioni antinfluenzali si va dal 17,9% nel 2010-2011 al 13,9% nel 2015-2016, con una ripresa nel 2016-2017 in cui arriva al 15,1%; tra gli anziani dal 65,9% nella stagione 2010-2011 al 49,9% nel 2015-2016 fino al 52,0% del 2016-2017.

Diventa visibile anche la fragilità della autodeterminazione di fronte ad una incontrollata proliferazione informativa senza qualità: quello stesso accesso all'informazione che ha rappresentato la molla della loro trasformazione verso l'*empowerment* oggi viene visto da una parte importante dei pazienti come un controproducente fattore di confusione, a causa dell'irruzione di *fake news*, e del prevalere di miti falsi e infondati difficili però da contrastare.

Sono gli stessi pazienti a segnalare i rischi di sovra-esposizione ad una informazione incontrollata finendo per tornare ad affermare il valore dell'informazione garantita dal medico. I medici sono il principale canale di informazione sanitaria per il 63,6% degli italiani nel 1987 e per il 53,4% nel 1998 con un calo drastico. Ma nei quasi venti anni successivi di fatto la quota che indica nel medico la sua fonte di informazione sanitaria di certo non crolla come invece ci si sarebbe potuti aspettare nell'era della disintermediazione totale imposta dal web e dai *device Ict*, anzi arriva ad 66,3% nel 2008 ed è ancora più elevata nel 2016, pari al 72,3%, staccando fortemente anche internet, passato negli stessi anni dall'8,7% al 23,0% di

italiani che lo citano come una delle loro fonti principali di informazione sulla salute.

## 2. I DATI DEL CONTESTO

Nel lungo percorso tracciato emerge una profonda trasformazione di alcuni dati strutturali come quelli demografici, alcuni dei quali hanno un forte impatto sul sistema di tutela della salute.

Fondamentale è il progressivo invecchiamento della popolazione che dagli anni '60 ad oggi ha fatto dell'Italia uno dei due paesi al mondo con la maggiore incidenza di anziani (tab. 1.)

**Tab .1 - Popolazione residente ed incidenza popolazione over 64, 1960-2017** (v.a. in migliaia e val.%)

	Popolazione residente (v.a. in migliaia)	% anziani (65 anni ed oltre)
1960	50.374	9,4
1970	53.958	11,0
1980	56.479	13,2
1990	56.744	14,7
2000	56.961	18,4
2010	59.365	20,5
2011	59.394	20,8
2012	59.685	21,2
2103	60.783	21,4
2014	60.796	21,7
2015	60.666	22,0
2016	60.589	22,3
2017	60.484	22,6

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

In un contesto di progressivo invecchiamento che evidentemente ha un impatto importante sulla situazione epidemiologica, va riconosciuto il grande valore del nostro Sistema sanitario nazionale, che insieme al globale sviluppo sociale ed economico descritto, ha dato un contributo fondamentale al miglioramento della condizione di vita salute della popolazione.

I dati Istat sulla condizione di salute della popolazione mettono in luce che, nonostante il significativo invecchiamento, complessivamente la quota di chi si dichiara in buona salute si abbassa di poco, ed a crescere non sono solo le percentuali riferite alla fascia d'età più giovane (fino a 34 anni) che passa dall'88,2% del 1993 al 92,2% ma anche quelle delle fasce più anziane, in cui la quota di chi si dichiara in buona salute passa dal 31,5% al 33,9% (tab.2).

**Tab. 2 - Andamento della condizione di salute della popolazione italiana, 1993-2017**  
(val. %)

Anni	In buono stato di salute (*)			Totale
	fino a 34 anni	35-64 anni	65 e +	
1993	88,2	69,4	31,5	72,0
...				
2010	92,0	70,9	31,0	70,6
2011	92,5	71,3	31,4	71,0
2012	92,6	71,4	32,7	71,0
2013	92,8	70,7	31,2	70,3
2014	92,5	70,5	31,4	69,9
2015	91,5	71,0	32,3	69,9
2016	92,1	71,0	33,3	70,1
2017	92,2	69,8	33,9	69,6

(\*) Indicano le modalità "molto bene o bene" alla domanda "Come va in generale la sua salute?"

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

E si tratta di un concetto di salute profondamente modificato e complessificato, in cui la dimensione psicologica ed il benessere complessivo diventano centrali, mentre perde decisamente terreno la visione più tradizionale che la associa alla semplice assenza di malattia (tab. 3).



**Tab. 3 - L'evoluzione del concetto di salute (val.%)**

<i>Cosa significa per lei stare bene?</i>	2008	2014	2017
Assenza di malattie e di sintomi	21,9	26,1	11,0
Sentirsi in forma, efficienti e in grado di svolgere le normali attività	27,6	25,8	16,8
Una situazione di stabilità ed equilibrio psicofisico	14,4	17,6	24,1
Uno stato di benessere psicologico, soddisfazione, tranquillità e felicità	17,4	12,7	40,8
Sentirsi bene anche con un minimo di disturbi	18,7	17,8	6,2
Non sa / non risponde			1,1
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagini Censis, anni vari

Ma il dato strutturale più rilevante è quello dell'aspettativa di vita alla nascita passato dai 69,0 anni per gli uomini e i 74,9 per le donne del 1970 agli 80,6 e 84,9 rispettivamente del 2017.

Alla base della straordinaria *performance* del sistema c'è certamente il contributo dei medici e degli odontoiatri iscritti agli Ordini che nel 2018 sono 437.213, pari a 72,3 per 10.000 abitanti (tab. 4).

Una presenza importante in cui sono presenti segnali che devono far riflettere.

Ad aumentare nel tempo è soprattutto la fascia di età più anziana, a fronte di un ridotto incremento di quella più giovane (fino a 49 anni) e ad una significativa riduzione dei medici ed odontoiatri iscritti agli ordini della fascia intermedia dai 50 ai 59 anni.

**Tab. 4 - Iscritti alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per età, 2012-2018 (v.a. e val %)**

Anni	Classi d'età						Totale
	Fino a 49 anni	di cui <i>fino a 39 anni</i>		50-59 anni	60 anni ed oltre	di cui <i>60-64 anni</i> <i>65 anni ed oltre</i>	
	v.a.						
2012	150.011	81.763	135.472	121.305	62.205	59.100	<b>406.788</b>
2013	147.769	82.000	128.501	134.736	69.285	65.451	<b>411.006</b>
2014	--	--	--	--	--	--	--
2015	154.610	90.221	120.125	144.511	74.201	70.310	<b>419.246</b>
2016	155.157	91.324	110.261	158.695	78.016	80.679	<b>424.113</b>
2017	157.402	93.013	111.586	160.845	79.007	81.838	<b>429.833</b>
2018	161.858	96.553	93.070	182.285	77.947	104.338	<b>437.213</b>
<i>diff.assoluta 2012-2018</i>	<i>11.847</i>	<i>14.790</i>	<i>-42.402</i>	<i>60.980</i>	<i>15.742</i>	<i>45.238</i>	<i>30.425</i>
<i>diff.assoluta 2017-2018</i>	<i>4.456</i>	<i>3.540</i>	<i>-18.516</i>	<i>21.440</i>	<i>-1.060</i>	<i>22.500</i>	<i>7.380</i>
<i>var.% 2012-2018</i>	<i>7,9</i>	<i>18,1</i>	<i>-31,3</i>	<i>50,3</i>	<i>25,3</i>	<i>76,5</i>	<i>7,5</i>
<i>var.% 2017-2018</i>	<i>2,8</i>	<i>3,8</i>	<i>-16,6</i>	<i>13,3</i>	<i>-1,3</i>	<i>27,5</i>	<i>1,7</i>
	Val .%						
2012	36,9	20,1	33,3	29,8	15,3	14,5	100,0
2013	36,0	20,0	31,3	32,8	16,9	15,9	100,0
2014	--	--	--	--	--	--	--
2015	36,9	21,5	28,7	34,5	17,7	16,8	100,0
2016	36,6	21,5	26,0	37,4	18,4	19,0	100,0
2017	36,6	21,6	26,0	37,4	18,4	19,0	100,0
2018	37,0	22,1	21,3	41,7	17,8	23,9	100,0

Fonte: elaborazione Censis su dati Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

La quota maggiore sul totale nel 2018, pari al 41,7% è infatti rappresentata dai medici di 60 anni e più, segno di un invecchiamento della professione che necessita di un ricambio generazionale che nel complesso è stato basso.

Ancora più significativo è il dato relativo alla presenza dei medici all'interno del SSN che nel tempo risulta significativamente ridotta. Dal 2008 al 2016 -6,3 per quel che riguarda i medici e -33,1 per gli odontoiatri. L'età media, in presenza di un turn over ridotto si è attestata intorno a 53,1 e 52,2 anni rispettivamente e la quota di giovani, con età inferiore a 49 anni si è ancora più drasticamente ridotta del -25,5% e del 39,3% dal 2008 al 2016 (tab. 5), segno evidente del blocco delle assunzioni all'interno del servizio pubblico.

I dati del confronto europeo mettono in luce una situazione differenziata rispetto alla incidenza di medici sugli abitanti ed al loro andamento nel tempo. Per quel che riguarda i medici di medicina generale, l'Italia, con i suoi 89,2 medici per 100 mila abitanti (54.063 in valore assoluto) si colloca in una dimensione intermedia, con una presenza minore rispetto alla Germania ed alla Francia e maggiore rispetto a Regno Unito e Spagna (fig.1).

**Tab. - 5 Medici e odontoiatri nel SSN, 2008-2016 (v.a. e var.%)**

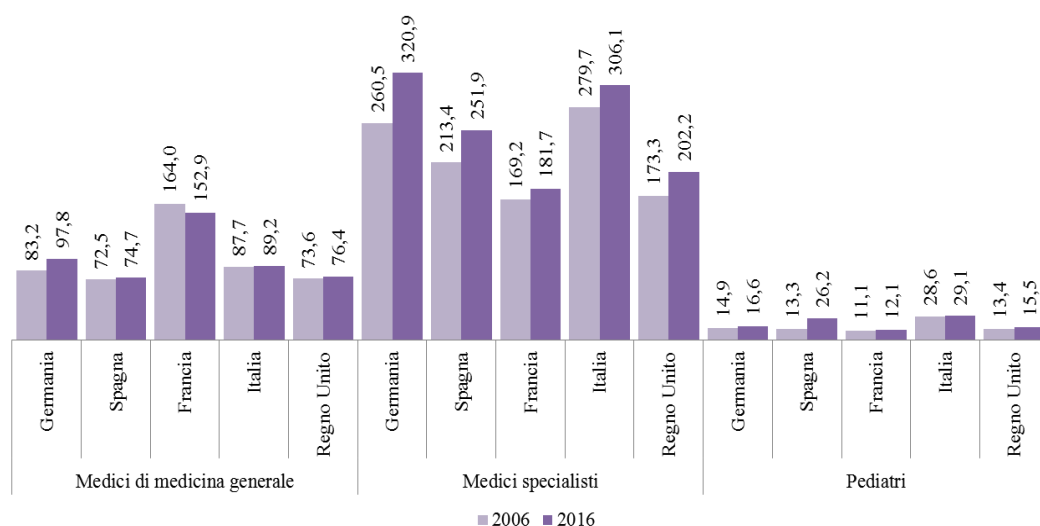
Anni	Classi d'età (%)							Età media (in anni)	Totale SSN (v.a.)
	di cui			di cui					
	Fino a 49 anni	30-34 anni	35-49 anni	50-59 anni	60 anni ed oltre	60-64 anni	65 anni ed oltre		
<b>Medici</b>									
2008	41,9	3,4	38,4	50,9	7,3	6,5	0,8	50,4	112.108
2009	39,8	3,5	36,3	51,8	8,4	7,7	0,7	50,7	112.817
2010	39,2	3,6	35,6	51,8	9,0	8,4	0,6	50,8	111.289
2011	38,5	3,3	35,2	51,8	9,7	8,9	0,9	51,0	109.688
2012	37,2	2,8	34,4	50,3	12,5	11,4	1,1	51,5	108.927
2013	35,3	2,2	33,2	48,1	16,6	15,1	1,4	52,1	108.115
2014	33,4	1,7	31,7	46,0	20,6	18,7	1,9	52,7	107.121
2015	33,2	1,6	31,6	43,5	23,3	20,9	2,4	52,9	105.333
2016	33,3	1,7	31,6	40,3	26,4	23,2	3,2	53,1	105.086
<i>diff.ass. 2008-2016</i>	-11.950	-2.102	-9.847	-14.661	19.589	17.152	2.437	-	-7.022
<i>diff.ass. 2015-2016</i>	-8	76	-84	-3.500	3.261	2.400	861	-	-247
<i>var.% 2008-2016</i>	-25,5	-54,4	-22,9	-25,7	239,9	236,7	264,3	-	-6,3
<i>var.% 2015-2016</i>	0,0	4,5	-0,3	-7,6	13,3	10,9	34,5	-	-0,2
<b>Odontoiatri</b>									
2008	39,6	2,6	37,0	51,3	9,1	7,8	1,3	50,6	154
2009	39,9	1,2	38,7	50,3	9,8	8,0	1,8	50,8	163
2010	40,3	0,6	39,6	51,6	8,2	7,5	0,6	51,2	159
2011	39,1	1,3	37,8	53,2	7,7	7,1	0,6	51,3	156
2012	35,3	0,7	34,6	55,6	9,2	7,8	1,3	52,1	153
2013	35,9	0,0	34,0	51,3	12,8	11,5	1,3	52,4	156
2014	31,6	0,0	31,6	47,7	20,6	18,7	1,9	54,0	155
2015	28,7	2,7	26,0	50,0	21,3	16,7	4,7	53,9	150
2016	35,9	1,0	35,0	47,6	16,5	14,6	1,9	52,2	103
<i>diff.ass. 2008-2016</i>	-24	-3	-21	-30	3	3	0	-	-51
<i>diff.ass. 2015-2016</i>	-6	-3	-3	-26	-15	-10	-5	-	-47
<i>var.% 2008-2016</i>	-39,3	-75,0	-36,8	-38,0	21,4	25,0	0,0	-	-33,1
<i>var.% 2015-2016</i>	-14,0	-75,0	-7,7	-34,7	-46,9	-40,0	-71,4	-	-31,3

Fonte: elaborazione Censis su dati Ragioneria Generale dello Stato-Mef, Conto Annuale

I pediatri, 17.651 nel 2016 pari a 29,1 per 100.000 abitanti sono in numero maggiore rispetto agli altri paesi europei considerati e così vale anche per i medici specialisti (306,1 per 100 mila abitanti) con l'unica esclusione della Germania.

Tuttavia, dal punto di vista dell'incremento nel tempo considerato, le percentuali italiane sono le più basse per tutte le categorie (unica eccezione i MMG in Francia, che parte però da valori molto più elevati).

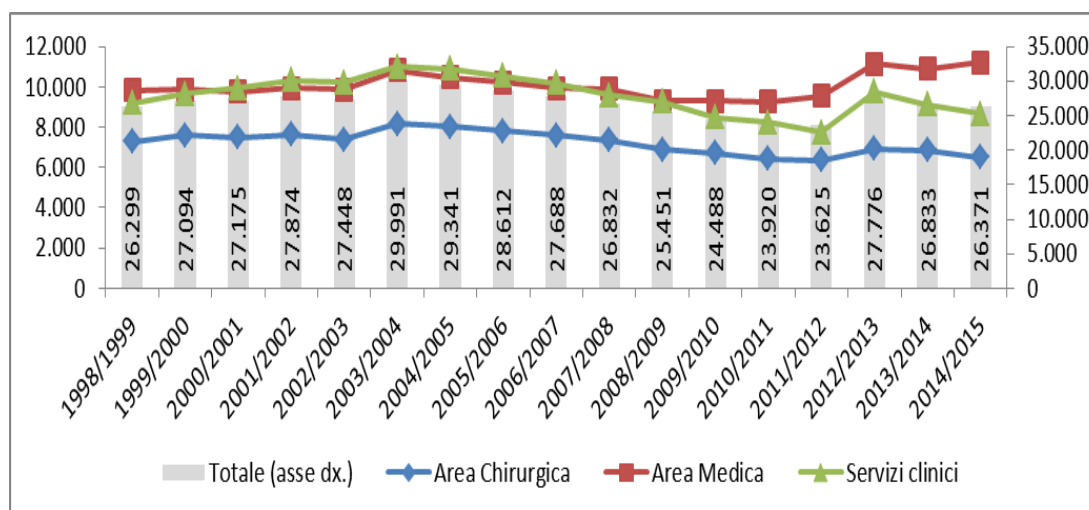
**Fig. 1 - La presenza dei medici in Europa, 2006 - 2016 (val. per 100.000 abitanti)**



Fonte: elaborazione Censis su dati Eurostat

Infine, in relazione al fabbisogno di medici per il futuro, a fronte dell'evidente invecchiamento della professione, va segnalata la diversa situazione delle scuole di specializzazione, in cui si rilevano situazioni di riduzione degli iscritti, soprattutto in area chirurgica (fig. 2). Il tema è il rischio di non avere nel futuro un numero sufficiente di specialisti. In particolare, le carenze maggiori si segnalano per pediatri, chirurghi, ginecologi e cardiologi.

**Fig. 2 - Iscritti alle Scuole di specializzazione mediche, a.a. 1998/1999-2014/2015 (v.a)**



Fonte: elaborazione Censis su dati Miur

Infine, tra i dati strutturali del sistema, non può non ricordarsi l'evoluzione della spesa sanitaria, alla quale si è già ampiamente fatto riferimento, che mette in luce il progressivo ritrarsi della tutela pubblica a fronte di un ruolo crescente assunto dalla spesa privata (tab. 6).

Anche considerando gli anni più recenti, la spesa sanitaria privata delle famiglie, che ha raggiunto i 37,4 miliardi di euro nel 2017, ha un andamento di crescita più sostenuto (3,9% in termini reali) a fronte di una pubblica che aumenta solo dello 0,3%.

**Tab. 6 - La spesa sanitaria pubblica e privata, 2009-2017** (v.a. in miliardi di euro correnti, val. medi in euro correnti e var.% reale)

Spesa sanitaria	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var.% 2009- '17	var.% 2012- '17
	<i>Valori assoluti (mld €)</i>										
Privata	30,6	31,0	33,3	32,8	32,7	33,7	35,6	35,8	37,4	3,9	8,2
Pubblica	110,7	112,8	111,6	110,0	109,3	110,6	110,8	111,9	113,1	0,3	1,6
Totale	141,3	143,7	144,8	142,8	142,0	144,3	146,4	147,7	150,5	1,2	3,2
	<i>Valori pro capite (in euro)</i>										
Privata	517,5	521,4	559,9	549,0	538,0	555,0	587,4	591,0	618,0	1,6	6,7
Pubblica	1.869,6	1.900,0	1.878,3	1.843,0	1.797,5	1.818,5	1.825,8	1.846,2	1.870,7	-1,9	0,3
Totale	2.387,1	2.421,5	2.438,2	2.392,0	2.335,5	2.373,5	2.413,2	2.437,1	2.488,7	-1,0	1,8

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

### **3. LA NUOVA CENTRALITÀ DEL MEDICO NELLA TUTELA DELLA SALUTE**

L'evoluzione del ruolo del medico nel lungo percorso di trasformazione del SSN appare contrassegnato da un primo aspetto fondamentale ed innegabile, rappresentato dal progressivo ridimensionamento della sua condizione di depositario supremo del sapere clinico, di interlocutore quasi monopolistico dei rapporti con i cittadini sui temi sanitari, che lo vede oggi costretto a fare i conti con la moltiplicazione degli interlocutori potenziali dei pazienti, se non altro come fonti di informazioni.

La corrispondente assunzione di autonomia e responsabilizzazione dei pazienti è l'altro aspetto che ha contribuito a determinare una altrettanto evidente e profonda modificazione del rapporto medico-paziente che ha informato anche l'insieme dei comportamenti sanitari.

Ma la cifra essenziale di tale trasformazione non è la semplice negazione del predominio indiscusso del sapere medico, quanto la ricerca di un nuovo equilibrio nella relazione verso una alleanza terapeutica, in cui l'utilizzo delle indicazioni del medico sia responsabile e condiviso dal paziente ed il medico rappresenti, nel suo agire in scienza e coscienza, la garanzia della tutela della salute del paziente.

#### ***3.1. Un nuovo equilibrio nella relazione medico-paziente***

I risultati della indagine Censis appena realizzata confermano una tale evoluzione della relazione terapeutica: la maggioranza degli italiani (58,0%) afferma che il medico ed il paziente debbano collaborare nel prendere le decisioni sulle cure. La percentuale è molto più elevata tra i più anziani (82,8%) che sperimentano più di tutti il valore di tale collaborazione nella gestione delle patologie croniche di cui sono in più larga misura affetti. Le percentuali che propendono invece per l'inversione della asimmetria a favore del paziente, che decide per sé dopo le indicazioni del medico e, viceversa quelle favorevoli al mantenimento della supremazia del medico, senza che il paziente abbia voce in capitolo, sono di fatto molto simili (rispettivamente 22,4% e 19,6%) (tab. 1).



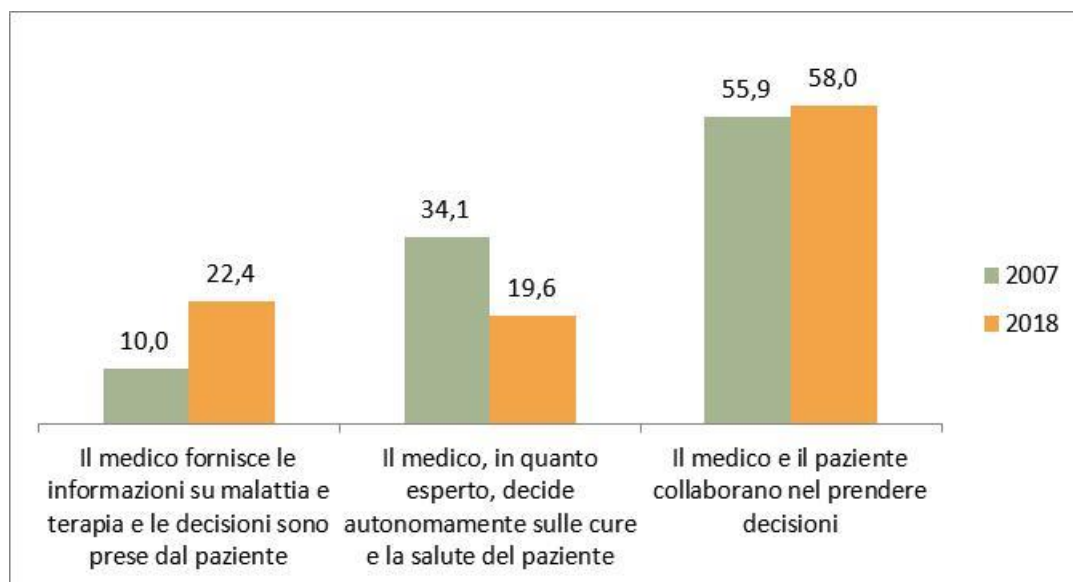
**Tab. 1 - Opinioni sulla relazione tra il medico ed il paziente : decisioni sulle cure più appropriate (val. %)**

Il medico fornisce le informazioni su malattia e terapia e le decisioni sono prese dal paziente	22,4
Il medico, in quanto esperto, decide autonomamente sulle cure e la salute del paziente	19,6
Il medico e il paziente collaborano nel prendere decisioni	58,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Fonte: indagine Censis, 2018

Nel tempo, inoltre, si è ulteriormente ampliata la quota di favorevoli a tale nuova configurazione mentre si è decisamente ridotta la percentuale di italiani favorevoli ad una impostazione tradizionale (dal 34,1% del 2007 al 19,6% del 2018) a fronte dell'aumento dei favorevoli alla centralità del ruolo del paziente (dal 10,0% al 22,4%) (fig.1).

**Fig. 1 - Relazione tra il medico e il paziente: decisioni sulle cure più appropriate, 2007-2018 (val.%)**



Fonte: indagini Censis, 2007 e 2018

### 3.2. Un rapporto basato sulla fiducia

L'opzione prevalente ed in crescita rimane quella della collaborazione tra medico e paziente ed è un importante segnale che ribadisce l'attribuzione di fiducia al medico emersa anche in molte precedenti ricerche del Censis.

In una indagine del 2016 è l'87,1% degli italiani a dichiarare la propria fiducia nel medico di medicina generale, l'84,7% nei confronti dell'infermiere nei diversi contesti presso cui può lavorare, mentre è molto più ridotta, sebbene ancora ampiamente maggioritaria (68,8%) la fiducia riposta nel SSN. Si tratta di una fiducia che viene assegnata da quote significative di italiani e che crescono al crescere dell'età, e raggiungono il 90% tra i più anziani, che certamente sono i più assidui frequentatori sia del MMG che dei servizi sanitari presso cui operano gli infermieri (tab. 2).

**Tab. 2 - La fiducia degli italiani nei medici, infermieri e in generale nel SSN, per classi di età (val.%)**

Lei ha fiducia:	Età in classe			Totale
	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e oltre	
Nel medico di medicina generale	83,2	87,3	90,1	87,1
Negli infermieri che operano negli ospedali, ambulatori ecc.	82,3	83,2	90,1	84,7
Nel Servizio sanitario nazionale in generale	62,7	63,5	85,4	68,8

Fonte: indagine Censis, 2018

La fiducia nel proprio professionista di riferimento sta alla base anche del rapporto che gli italiani hanno con il proprio odontoiatra. In una ricerca Censis –ANDI del 2018 è emerso, infatti, che l'85,3% degli italiani ha un dentista di riferimento e che è proprio la fiducia l'elemento cardine che ne guida la scelta, ed è più importante delle tariffe e di altri aspetti del servizio e delle prestazioni: la fiducia è infatti citata dal 63,1% dei cittadini intervistati mentre tutti gli altri criteri che determinano la scelta dell'odontoiatra sono indicati da quote molto più ridotte: il 26,3% cita il

costo delle prestazioni, circa il 21% la qualità dei materiali e delle tecnologie, il 17,1% la vicinanza dello studio, la comodità nel raggiungerlo e l'11,4% le facilitazioni nei pagamenti.

Nella fiducia nei confronti del medico, nel professionista molto più che nel SSN, è poi insito il riconoscimento della sua capacità di individuare le cure migliori possibili nel momento definito, anche grazie all'esercizio del suo libero ed autonomo giudizio clinico sulla condizione del paziente e delle sue esigenze, andando anche al di là di regole imposte dal SSN, soprattutto in chiave di controllo della spesa.

### ***3.3. L'autonomia del medico tra vincoli di sistema e garanzia di cura per il paziente***

Nella già citata ricerca Censis del 2016 è stato infatti richiesto ai cittadini un giudizio sulla legittimità di una legge che indichi ai medici quali siano le condizioni che permettono la prescrizione di certe prestazioni con il solo pagamento del ticket, in assenza delle quali esse diventano a totale carico dei pazienti.

Anche in questo caso si evidenzia il netto prevalere (50,7% dei rispondenti) delle opinioni che assegnano al libero giudizio del medico la priorità nello stabilire se e quando una prescrizione è necessaria e deve quindi essere offerta gratuitamente dal SSN, rifiutando l'ipotesi che queste condizioni siano stabilite per legge e rappresentino un vincolo per il medico (tab. 3).

**Tab. 3 - Opinioni su strumenti di controllo sulle prescrizioni dei medici ai fini della determinazione della loro gratuità, per titolo di studio (val. %)**

<i>E' giusto che la legge indichi ai medici quali siano le condizioni che permettono la prescrizione di certe prestazioni con il solo pagamento del ticket, altrimenti esse sono a totale carico dei pazienti?</i>	Titolo di studio			Totale
	Al più lic.media	Diploma Qualifica	Laurea o superiore	
Si, perché se si lascia all'iniziativa del singolo medico si creano troppe differenze	18,1	11,2	14,5	14,1
Si, perché è preferibile individuare se e quando la prestazione è veramente necessaria	19,8	23,0	23,0	21,9
No, solo il medico può decidere se la prestazione è necessaria	52,0	49,6	51,3	50,7
No, perché le leggi sono animate solo dalla logica dei tagli	10,1	16,2	11,2	13,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2016

Qual è dunque il ruolo che il paziente attribuisce all'introduzione di tetti di spesa, linee guida, protocolli, indicazioni e vincoli vari che possono a vario titolo e a vario livello interferire con l'autonomia del medico nella scelta di cura?

Anche in questo caso l'opinione dei pazienti, rivelata dall'indagine effettuata, ribadisce la specificità e la rilevanza dell'esercizio autonomo della professione, in cui gli strumenti che definiscono procedure e opzioni di cura devono ritenersi utili a dare indicazioni di massima, lasciando però al medico la libertà di decidere se e come applicarli. Si tratta della posizione maggioritaria (52,8%) a fronte del 38,7% di cittadini che afferma l'utilità di questi strumenti al fine di uniformare le cure più appropriate riducendo la possibilità di errore. Solo l'8,5% del campione ne afferma l'inutilità richiamandosi ad una visione di totale autonomia del medico unico arbitro. Ancora più ampia è tra i laureati (54,9%) e i più anziani (54,6%) la quota di chi afferma la funzione di indirizzo non vincolante di tali strumenti, che ribadisce di fatto il fondamentale ruolo del medico di intermediazione e garanzia dell'interesse del paziente anche nei confronti del Servizio sanitario (tab. 4).

**Tab. 4 - Opinioni sugli strumenti che definiscono le procedure a cui i medici devono attenersi nel fornire le cure ai loro pazienti (protocolli, linee guida, ecc.)**  
(val.%)

	Età in classe			Totale
	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e più	
Sono strumenti utili perché uniformano le cure più appropriate riducendo la possibilità di errore ed è giusto che il medico si attenga scrupolosamente ad essi	43,8	40,0	31,1	38,7
Sono strumenti utili a fornire indicazioni di massima ma il medico deve avere la libertà di decidere se e come applicarli ai suoi singoli pazienti	53,0	51,9	54,6	52,8
Sono inutili, è il medico che deve decidere in modo totalmente autonomo come curare il suo paziente scegliendo tra le sempre più ampie opportunità disponibili	3,2	8,0	14,3	8,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: indagine Censis, 2018

Gli italiani attribuiscono dunque un valore a questi strumenti, soprattutto perché in grado di uniformare il livello delle cure assicurate dal SSN. Infatti, per il 41,5% si tratta di strumenti utili per dare ai pazienti la garanzia di ottenere tutti le stesse cure, mentre il 30% degli intervistati afferma che sono utili soprattutto per il SSN che definisce cosa può garantire ai pazienti non solo sulla base della appropriatezza ma anche della convenienza economica. Solo il 19,4% ritiene che possano avvantaggiare i medici come strumenti di deresponsabilizzazione, a fronte di decisioni prese attendendosi pedissequamente ad essi. E' minoritaria la percentuale che li considera solo un appesantimento burocratico di nessuna utilità (tab. 5). I dati ne ribadiscono dunque l'importanza soprattutto come strumenti di indirizzo nelle scelte terapeutiche, a fronte di una quota abbastanza consistente (quasi un italiano su 3) che è comunque consapevole della funzione di controllo della spesa sanitaria pubblica che sono chiamati ad esercitare.

**Tab. 5 - Per chi sono utili gli strumenti che definiscono le procedure a cui i medici devono attenersi nel fornire le cure ai loro pazienti (protocolli, linee guida, ecc.)**

	Età in classe			Totale
	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e più	
I pazienti che hanno la garanzia di ottenere tutti le stesse cure	38,4	43,0	41,2	41,5
I medici che si deresponsabilizzano attenendosi solo a quanto è stabilito in essi	23,7	20,5	13,0	19,4
Il Servizio sanitario nazionale che definisce cosa garantire non solo perché appropriata ma anche più conveniente economicamente	32,4	29,6	28,6	30,0
Nessuno, sono solo un appesantimento burocratico	5,5	6,9	17,2	9,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: indagine Censis, 2018

Nelle valutazioni degli intervistati non emerge dunque un giudizio negativo nei confronti di tetti di spesa, linee guida, protocolli, indicazioni e vincoli vari che vengono fissati dal SSN anche per motivi di compatibilità economica, a condizione che si configurino come strumenti di indirizzo per garantire uniformità nelle cure e non si traducano in meccanismi e strumenti di controllo e limitazione dell'autonomia del medico. Quest'ultimo deve avere la libertà di decidere se e come applicarli ai suoi singoli pazienti, perché è proprio la sua autonomia di diagnosi ed elaborazione dei percorsi di cura a garantire anche il diritto dei cittadini alla tutela della salute.

### ***3.4. Il medico come arbitro esperto nella tutela della salute***

Inoltre, di fronte alle nuove opportunità dell'*Ict* e dell'intelligenza artificiale, si è sviluppata una cultura e pratica dell'algoritmo che facendo riferimento a basi di *big data* elabora decisioni e soluzioni per ogni situazione nei vari ambiti del vivere quotidiano e del consumo. Gli algoritmi, che possono essere di supporto alle decisioni individuali, nel campo della sanità e alla salute vanno considerati con prudenza e soprattutto non devono diventare un protocollo rigido, predeterminato, che nel caso delle decisioni di cura prescinda dallo specifico del rapporto umano, individuale, specifico, originale del medico con il paziente concreto.

E' evidente che, in ogni fase storica, tanto più oggi e nel futuro, esiste una vasta gamma di opportunità di cura rispetto alla condizione di un paziente, ma sono opportunità generali, quasi astratte che poi vanno modulate, calate, ridefinite in relazione al complesso della condizione di salute, fisica e psicologica del paziente.

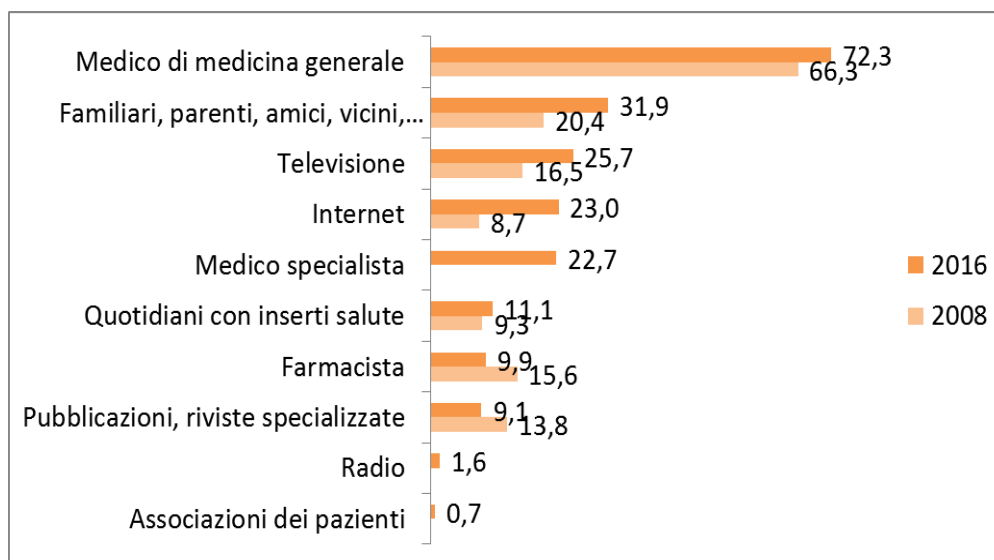
Al medico viene assegnata dalla stesso paziente una importante funzione di intermediazione in grado di selezionare, partendo dal panorama delle cure disponibili, quelle più adatte alla specifica condizione del singolo paziente. L'autonomia del medico, sia rispetto a riferimenti codificati e imposti sia pure da evidenze scientifiche, che a ragioni prettamente economiche, garantisce che esso possa svolgere la sua funzione, creando il *link* migliore tra cure disponibili e reali fabbisogni sanitari del singolo paziente.

Non è un caso che, anche in un momento in cui le fonti informative appaiono moltiplicate, i cittadini continuano ad assegnare al medico la funzione di fonte informativa principale sui temi della salute, riconoscendo il valore della sua conoscenza scientifica che è l'altro pilastro dell'esercizio della sua funzione di garante della salute.

Le ricerche del Censis sulla comunicazione sanitaria mettono in luce che il medico di medicina generale mantiene e anzi rafforza il suo ruolo di fonte principale di informazione, pur a fronte del significativo incremento di cittadini che indicano la rilevanza di altre fonti informative, come la televisione e soprattutto internet (fig.2).



**Fig. 2 - Principali fonti di informazione in materia sanitaria: confronto 2008 - 2016 (val. %)**



Fonte: indagine Censis, 2018

A partire dal suo sapere esperto, il medico è da sempre il riferimento fiduciario dei cittadini e questo gli dà la responsabilità e la legittimità di pensarsi come garante del diritto alla salute, anche grazie alla sua capacità di valutazione e selezione delle cure e di presa in carico attenta alla specificità del paziente.

### **3.5. Il medico che vorrei**

La rilevanza dell'aspetto della personalizzazione e del rapporto fiduciario ritorna anche nella descrizione che i pazienti fanno del proprio medico di riferimento (fig. 3): l'elemento maggiormente sottolineato, indicato dal 45,5% degli intervistati, è l'attenzione per la dimensione psicologica e relazionale, segno di un rapporto caratterizzato dalla personalizzazione. Una percentuale simile (42,3%) ne afferma il valore professionale riconoscendogli la conoscenza tecnica e l'aggiornamento sotto il profilo scientifico. Il 40,9% lo considera disponibile e facilmente reperibile anche grazie all'utilizzo delle tecnologie che lo rendono una figura di riferimento

vicina. Una percentuale simile (39,6%) ne riconosce proprio il ruolo di garante dell'esercizio del diritto alla salute del paziente, perché pronto a difenderne l'interesse anche quando questo comporta scelte al di fuori delle indicazioni predefinite (protocolli, linee guida, vincoli di budget), mentre il 37,5% lo ritiene meno attento agli aspetti burocratici (fare ricette, certificati ecc.) rispetto al passato. Infine, il 35,7% afferma che è disponibile ad accettare che il paziente ne sappia di più e voglia avere voce in capitolo nelle decisioni che riguardano la sua salute.

**Fig. 3 – Caratteristiche attuali ed auspiccate del proprio medico di riferimento**  
(val. %)



Fonte: indagine Censis, 2018

Per apprezzare l'importanza dei diversi aspetti indicati è fondamentale il confronto con il dover essere e la graduatoria delle aspettative nei confronti del proprio medico appare caratterizzata dal prevalere di quelle relative ad una maggiore disponibilità di tempo: circa la metà del campione vorrebbe un medico più disponibile e facilmente reperibile (orari di studio più lunghi, visite a domicilio, contatti telefonici e via mail, ecc.) ed una percentuale sovrapponibile, con più tempo a disposizione e meno attento solo agli aspetti burocratici.

Ed ancora circa il 50% sottolinea il bisogno di trovare nel proprio medico il punto di riferimento esperto ed aggiornato sul sapere medico, un interlocutore affidabile per antonomasia.

Al quarto posto di questa graduatoria sulle aspettative nei confronti del proprio medico, i pazienti (45,3% del campione) pongono la disponibilità del medico a garantire l'interesse del paziente anche quando questo comporta scelte al di fuori delle indicazioni predefinite (protocolli, linee guida, vincoli di budget). Ciò che ancora una volta viene ribadito è l'importanza che il paziente assegna alla funzione del medico come riferimento fiduciario dei cittadini, che riesce a svolgere la sua funzione di garante della tutela della salute del paziente a condizione di godere di piena e totale autonomia, e di non essere un puro esecutore di scelte e decisioni prese altrove, impersonalmente rispetto alla specificità del paziente. In tal senso il medico è il garante della libertà di cura del cittadino ed proprio tramite l'autonomia del medico che si esprime anche la sovranità dei cittadini contro ogni potere che vuol limitare o razionare il diritto alla cura.

L'attenzione alla dimensione psicologica e relazionale è poi richiamata dal 44,4% dei pazienti che sottolineano l'importanza della personalizzazione del rapporto e della relazione di cura, nell'ambito di una concezione della salute complessa in cui la condizione del benessere psicologico ha da tempo assunto centralità.

Circa un terzo del campione, infine vorrebbe che il proprio medico fosse disponibile ad una gestione più paritaria del rapporto medico paziente accettando che il paziente ne sappia di più e voglia avere voce in capitolo nelle decisioni che riguardano la sua salute.

Questa aspettativa va dunque valutata alla luce di quanto già emerso rispetto al nuovo assetto della relazione medico- paziente, in cui si ribadisce l'importanza del dialogo collaborativo tra le due parti, senza preclusioni reciproche.

La questione degli effetti dell'accesso all'informazione sanitaria è oggi al centro del dibattito sulla comunicazione sanitaria. Se essa ha certamente rappresentato, infatti, un aspetto centrale dell'evoluzione della relazione medico paziente verso un modello più paritario, proprio perché meno contrassegnato dalla asimmetria informativa, oggi, a fronte di una disponibilità di flussi informativi così rilevante ed immediatamente accessibile, insieme alla sempre più ampia diffusione di informazioni non corrette o fuorvianti, si pone il tema della diversa capacità dei cittadini e dei pazienti di selezionare e valutare tali flussi per elaborare un proprio punto di vista.

Non è un caso che rispetto all'opinione sull'accesso diretto all'informazione sanitaria gli italiani esprimano una valutazione differenziata: se è vero che è la maggioranza (55,9%) a ritenere che sia opportuno procurarsi il maggior numero di informazioni per decidere autonomamente della propria salute, la quota di favorevoli a questa opzione appare variabile in relazione all'età e al titolo di studio (tab. 6). I laureati sono ancora più marcatamente favorevoli alla ricerca autonoma di informazioni sanitarie (61,7% a fronte del fronte del 48,4% di chi ha al massimo la licenza media) ma le posizioni si invertono tra i più anziani ed è il 60,9% a ritenere che troppe informazioni rischiano di confondere chi non è esperto e che sulla salute debbano decidere i medici.

**Tab. 6 – Opinioni sull’accesso diretto all’informazione sanitaria, per titolo di studio (val.%)**

Lei rispetto alla salute ritiene...	Titolo di studio			Totale
	Al più la licenza media	Diploma	Laurea o superiore	
Sia opportuno procurarsi il maggior numero di informazioni per decidere autonomamente della propria salute	48,4	54,5	61,7	55,9
Troppe informazioni rischiano di confondere chi non è esperto, sulla salute devono decidere i medici	51,6	45,5	38,3	44,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2018

Quel che è importante sottolineare dunque è che la maggiore consapevolezza del paziente non si traduce in una contrapposizione tra il punto di vista del paziente e le sue convinzioni, magari frutto di una ricerca diretta su internet, e le indicazioni che il medico vuole imporre dall’alto, anche se altamente qualificate, ma richiede di trovare un punto di incontro e di promuovere una strategia collaborativa che non può che avere un obiettivo comune, quello della salute del paziente.