



Institute for International Legal Studies
NATIONAL RESEARCH COUNCIL

BENE SALUTE COME CIFRA DELLA RESPONSABILITA' POLITICA

Ilja Richard Pavone

Istituto di Studi Giuridici Internazionali
ISGI-CNR

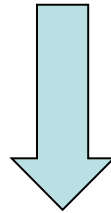
28°Congresso Aniarti 2009

PAROLE CHIAVE:

- **BENE SALUTE**
- **SCELTE DEI POLICY-MAKERS**
- **RUOLO DEL PERSONALE
INFERMIERISTICO**

(1) Introduzione:

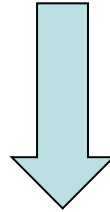
❖ **Lo stato di salute della popolazione dei Paesi industrializzati migliora → è aumentata l'aspettativa di vita: cronicizzazione di patologie prima mortali (HIV, alcune forme di tumori), ma, allo stesso tempo:**



sono aumentati i costi dell'assistenza sanitaria

(1) Introduzione: (segue)

**tuttavia, si registra un utilizzo
inappropriato dei livelli di
assistenza:**



**vi è un' asintonia tra le risorse
per diagnosi e terapie e quelle
(poche) per l'assistenza**

(1) Introduzione (segue)

- L'allungamento dell'aspettativa di vita grazie all'avanzamento della medicina e lo sviluppo di nuove tecnologie e tecniche aumenta drasticamente i costi dell'assistenza sanitaria a carico dello Stato.
- Una delle caratteristiche delle nuove tecnologie mediche che si rendono disponibili è il fatto che il costo aumenta in misura superiore all'incremento dei benefici associati con il loro uso (misurati, per esempio, in termini di aumento di sopravvivenza).
- Questo è il caso delle terapie antitumorali, che apportano benefici (in termini di aspettativa e qualità della vita) che crescono in modo più contenuto di quanto aumentino i costi.

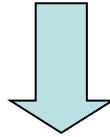
L'importanza della figura dell' infermiere in un sistema salute che sta vivendo grandi trasformazioni.

Si registra un progressivo invecchiamento della popolazione, un fenomeno che comporta la necessità di allocare risorse per assistere gli anziani: a chi è demandato questo compito? Agli infermieri.

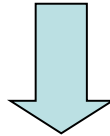
“L'età media dei pazienti dimessi dai reparti del Policlinico di Roma è di 81 anni e tutti necessitano di assistenza infermieristica”.

Ma all'aumento delle necessità corrisponde una diminuzione delle risorse” (tagli alla sanità nella Regione Lazio).

***Le strategie dei policy-makers
devono valorizzare la centralità
della figura dell'infermiere***



***È colui che ha una relazione con il
paziente “reale”***



***Gli infermieri sono uno dei pilastri del
servizio per la salute e attraverso la
loro rappresentanza professionale
possono connotarsi come un **valore
aggiunto** dell'intero sistema salute***

(2) Il diritto alla salute nel diritto internazionale

- ❖ Il diritto alla salute rientra nella categoria dei diritti economici, sociali e culturali, che richiedono ai fini della loro attuazione azioni positive da parte dei governi.**
- ❖ La prima espressione di questo diritto in uno strumento giuridico internazionale si è avuta nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Salute del 1946, che stabilisce: “The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being”.**

(2) Il diritto alla salute nel diritto internazionale (segue)

- ❖ Questa prima affermazione dell'esistenza di un diritto alla salute è stata seguita da numerose dichiarazioni e trattati che ne proclamano l'esistenza.
- ❖ Il diritto alla salute è infatti previsto nella maggior parte degli strumenti giuridici internazionali adottati in materia di diritti umani, come, ad esempio, la Carta sociale europea del 1961 (art. 11), il Patto dell'ONU sui diritti economici, sociali e culturali del 1966 (art. 12.1).
- ❖ Il diritto alla salute delle persone disabili – già enunciato nelle Regole standard per le pari opportunità dei disabili del 1993 (norma 2) – è sancito in forma esaustiva nel Preambolo e al punto v dell'art 25 della Convenzione dell'ONU sulla disabilità del 2006, in stretta connessione con il successivo art. 26 (Abilitazione e Riabilitazione).

2) Il diritto alla salute nel diritto internazionale (segue)

Il diritto alla salute viene configurato come **un diritto individuale** e **un diritto collettivo**: attiene all'individuo-paziente cui sono attribuiti una serie di diritti (integrità, *privacy*), ed è allo stesso tempo goduto dalla collettività a seconda del livello di sviluppo economico della società .

(2) Il diritto alla salute nel diritto internazionale (segue)

- ❖ **La Convenzione sulla bioetica del Consiglio d'Europa del 1998 stabilisce due principi cardine:**
 - ▶ **il diritto all'equo accesso ai servizi sanitari primari (art. 3)**
 - ▶ **il diritto alla qualità del servizio offerto (art. 4)**
- ❖ **Il concetto di assistenza sanitaria espresso nella Convenzione riprende i principi della Risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità del 19 maggio 1977 intitolata: “Salute per tutti” (WHA 30.43). L'assistenza sanitaria racchiude un'ampia gamma di servizi comprendenti la promozione e la protezione della salute, la prevenzione delle malattie, la diagnosi, il trattamento, la cura e la riabilitazione.**

2) Il diritto alla salute nel diritto internazionale (segue)

- L'art. 3 della Convenzione sancisce un preciso obbligo a carico dello Stato nei confronti dei cittadini: “Parties, **taking into account health needs and available resources**, shall take appropriate measures with a view to providing, within their jurisdiction, equitable access to health care **of appropriate** quality”.
- Della portata di questo articolo si occupa anche il Commentario, secondo il quale l'accesso all'assistenza sanitaria deve essere equo, nel senso tale di evitare discriminazioni ingiustificate. Anche se la nozione di “equità” non è sinonimo di “uguaglianza assoluta”; tuttavia, non si può parlare di “accesso equo” se non in presenza di un livello soddisfacente di assistenza sanitaria.

2) Il diritto alla salute nel diritto internazionale (segue)

- ❑ Il requisito della non-discriminazione contenuto nella Convenzione europea dei diritti umani è perciò formalmente esteso all'accesso ai servizi sanitari.
- ❑ questa è un'importante affermazione di principio in una società guidata dalle leggi del mercato contro trattamenti preferenziali e disuguaglianze nella gestione delle liste di attesa nelle cliniche e negli ospedali.

(2) Il diritto alla salute nel diritto interno

- ❖ **I principi basilari del diritto alla salute sono espressi all'art. 32 della Costituzione: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti”.**
- ❖ **La revisione costituzionale del 2001 ha confermato il legame tra organizzazione e funzioni, sottolineando che la “tutela della salute” è compito della Repubblica e della potestà legislativa.**
- ❖ **La legge n. 833 del 23 dicembre 1978, *Istituzione del servizio sanitario nazionale* ha espresso un modello di sistema sanitario che si fonda sui principi dell'universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari e della globalità di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza.**

(3) Obblighi dello Stato e scelte dei policy-makers

- ❖ Il diritto sociale all'assistenza sanitaria si riferisce all'obbligo a carico dei governi e di altri organi pubblici o privati (ospedali, cliniche, case di cura) di garantire un livello adeguato di assistenza sanitaria all'intera popolazione .
- ❖ Il volume e la gamma dei servizi disponibili, il grado di sofisticazione della tecnologia e la specializzazione dipenderà da fattori politici, sociali, culturali ed economici.
- ❖ La dimensione sociale di tale diritto si riferisce inoltre all'equo accesso all'assistenza sanitaria sia per coloro che vivono in un dato Stato, sia per coloro che provengono da un'altra area geopolitica (gli immigrati) e all'eliminazione di ingiustificate barriere discriminatorie, siano esse finanziarie, geografiche, culturali, sociali e psicologiche.

(4) Modelli sanitari e scelte politiche

E' in uso nei Paesi occidentali fare ricorso a due o più delle seguenti fonti di finanziamento monetario:

- imposte sul reddito;**
- contributi previdenziali;**
- premi assicurativi di gestione privata;**
- ticket.**

- ❖ Nei diversi Stati che compongono il nostro modello sociale sussistono differenze notevoli sia nel metodo di prelievo sia nell'importanza relativa di ciascuna fonte di finanziamento.**
- ❖ Per il finanziamento dei Servizi Sanitari si applicano diversi tipi di imposte sia dirette (in tal caso il prelievo di norma è proporzionale alla capacità reddituale del cittadino – vedi art. 53 della Costituzione per quanto concerne la Repubblica italiana), che indirette (imposte legate al potere di acquisto – vedi l'Imposta sul Valore Aggiunto, sempre per quanto concerne il nostro Paese).**
- ❖ Per il modello previdenziale di solito l'impegno è specifico e prevede il versamento di contributi (Olanda). Tali contributi costituiscono momento coattivo obbligatorio, nei pochi casi in cui è previsto l'esonero riguarda le categorie a reddito più elevato. Anche in questo caso il valore del contributo è proporzionale al reddito prodotto dal singolo cittadino con percentuale di incidenza fra lavoratore e datore di lavoro.**
- ❖ E' fondamentale, comunque, la distinzione fra sistemi di finanziamento prevalentemente pubblici e quelli prevalentemente privati. Stati Uniti e Svizzera sono gli unici paesi a trarre la maggioranza degli introiti dagli esborsi dei pazienti nonché dai premi di assicurazione privata.**

(4) Modelli sanitari e scelte politiche (segue)

- ❖ Anche il ruolo delle assicurazioni private varia da Paese a Paese:**
- ❖ In alcuni casi (Olanda e Stati Uniti), le assicurazioni private prestano servizi sanitari (acquisto delle prestazioni) a quei cittadini che non usufruiscono dell'assistenza pubblica.**
- ❖ In altri forniscono una copertura integrativa (Italia, Portogallo, Spagna, Regno Unito) a cittadini che già usufruiscono di un'assistenza pubblica.**

(4) Modelli sanitari e scelte politiche (segue)

- ❖ In altre ancora (Danimarca e Francia) assicurano la copertura sanitaria a fronte di ticket del settore pubblico per farmaci o protesi.**
- ❖ In molti Paesi, poi, alla copertura totale dell'assistenza sanitaria attraverso l'imposizione fiscale ordinaria, si aggiunge la partecipazione del cittadino con una quota (ticket) sul costo della singola prestazione.**

(5) Il ruolo della professione infermieristica

Il nuovo Codice deontologico degli Infermieri italiani

- ❖ **L'infermiere non è più “l'operatore sanitario” dotato di un diploma abilitante ma il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica”.**
- ❖ **Un professionista che, in quanto tale e anche nella sua individualità, assiste la persona e la collettività attraverso l'atto infermieristico inteso come il complesso dei saperi, delle prerogative, delle attività, delle competenze e delle responsabilità dell'infermiere in tutti gli ambiti professionali e nelle diverse situazioni assistenziali.**
- ❖ **Una svolta significativa per la professione infermieristica che si delinea con nettezza nel rapporto “infermiere-persona/assistito” che racchiude due soggetti autonomi nella relazione e reciprocamente responsabili del patto assistenziale.**
- ❖ **Un patto di per sé valido e operante senza mediazioni da parte di altre professionalità e che acquisisce una sua specificità all'interno dei percorsi terapeutici e clinico assistenziali.**

Quali scelte da parte dei policy-makers?

- ❖ **1. Adottare legislazioni per cui gli infermieri e l'infermieristica siano centrali nello sviluppo della politica relativa allo Stato Sociale ed alla Salute e della loro implementazione nell'Unione Europea e in Europa;**
- ❖ **2. Supportare e facilitare di un servizio sanitario equo e di qualità, e contribuire strategicamente allo sviluppo di un efficiente, competente e motivato professionista sanitario;**
- ❖ **3. Sostenere la rappresentativa degli infermieri nello Stato italiano;**
- ❖ **4. Aumentare la consapevolezza nella Società Civile del “ruolo” degli infermieri;**
- ❖ **5. Aumentare i “poteri” del personale infermieristico nelle scelte di fine vita (es. Sospensione Cure).**