

Mi riferirò esclusivamente al capitolo del bilancio sociosanitario, ma dovrei riferirmi a tutte le altre voci parlando di salute e sanità; forse più degli altri mi trovo in sintonia e mi sembra fortunatamente anche il prodotto di un'opportunità di scelte e di programmi espressi nel miglior modo per tempi complessi come questi.

Da quando fu approvata la legge che istituì il sistema sanitario nazionale sono mutate in modo significativo parecchie situazioni fra le quali il quadro nosografico e quello demografico. La gestione pubblica della sanità rappresenta tuttora una conquista irrinunciabile, un punto di non ritorno, malgrado politiche di privatizzazione di compiti e di servizi e, soprattutto, a fronte del palese fallimento delle politiche neo-liberiste di delega al "privato" dove queste sono state effettivamente attuate.

La speranza di vita si è in effetti allungata e tuttavia persiste uno scarto preoccupante tra le varie fasce sociali, sia rispetto ai fattori di rischio sia rispetto al reale accesso ai servizi.

A causa di molteplici fattori ma anche, largamente, in correlazione con il cosiddetto invecchiamento della popolazione, è aumentato il peso delle patologie di lungo periodo e dei fenomeni di cronicizzazione, una vita più lunga ma segnata da infermità e disagi, con la conseguenza di un carico finanziario crescente con un enorme incremento di accesso ai servizi sanitari. S'impone, in maniera ormai irrimandabile, uno spostamento dell'attenzione e dell'allocazione di risorse verso i momenti della prevenzione e della medicina di base e verso il coinvolgimento "competente" degli utenti e di tutti i cittadini nella gestione dei fattori di rischio e delle stesse patologie in atto.

Talvolta penso, proprio per questo, che ascolterei più volentieri, se fosse possibile, un bilancio che prevedesse investimenti in prevenzione sotto forma di promozione della salute, contraddicendo i carenti programmi nazionali o regionali e dunque che non si occupasse necessariamente di infermità.

In ogni modo parlare del sociale mi fa respirare con sollievo, malgrado la vulnerabilità contingente, perché nella mia idea non si tratta in questo caso di dover fare i conti con mistificazioni, imbrogli, snodi cruciali, fraintendimenti di un percorso a ostacoli della sanità legato all'impalcatura della diagnosi, precoce o no, e della cura. Ci si trova già a valle, superate le rapide si naviga in acque tranquille seppure non più integri. Si tratta di accudire persone che hanno sopportato ferite fisiche e mentali, contusioni e fratture, in senso lato, che hanno più o meno lasciato il segno. Ci si occupa di popolazioni intaccate dalla cronicità e dal disagio.

La "spesa sociale" dei Comuni non sembra essere la priorità nell'attenzione di tanti, vista la sottovalutazione del ruolo sociale e della considerazione assegnate ai maggiori destinatari di interventi e servizi sociali, appunto le persone fragili. Si tratta di prestazioni socio-sanitarie rivolte, con percorsi assistenziali integrati, ai bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie, e questo è una fortuna per i bilanci locali, e azioni di protezione sociale

in grado di garantire anche nel lungo periodo la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Eppure si tratta di tutti quei servizi che in una scala di valori occupano posizioni di rilievo. Insomma i comuni hanno diretta gestione su un bene comune e non è un gioco di parole casuale.

Il bene comune è quanto è necessario alla vita degli individui, siamo abituati a inserire nell'elenco dei beni comuni la salute come bene supremo, ma in questo registro di beni comuni dobbiamo inserire anche i presidi che sono essenziali per tutelare questo bene comune e cioè strutture sanitarie, servizi territoriali e ospedalieri, e le politiche per la salute e gli stessi operatori e strutture messi a disposizione dai comuni. Per questo sto apprezzando che i nostri servizi si riferiscano a strategie di lavoro che partendo dalla concretezza delle situazioni e dei bisogni locali cerchino di riferirsi a un orizzonte più ampio e tengano anche in conto la progressiva multiculturalità dell'utenza.

L'invecchiamento della popolazione, i danni da malattie croniche rappresentano un carico talvolta insopportabile soprattutto per le famiglie sottili cioè quelle costituite da pochi individui, in questo senso un passo determinante riguarderà l'organizzazione e l'affermazione del cohousing. La condivisione materiale ed emozionale ha da sempre comportato vantaggi individuali e sociali.

Apprezzo l'enfasi sulla soggettività sociale sottolineato dalle politiche del welfare di comunità, dal centro per le famiglie, da iniziative lodevoli come le settimane del sollievo.

Mi auguro si realizzi la promessa di una maggiore e attiva comunicazione che identifichi chiaramente il know how dei servizi come d'altra parte la partecipazione collettiva ai vari processi decisionali e operativi concernenti la salute: cioè l'utilizzazione e la pratica della soggettività dei cittadini, delle loro varie forme di organizzazione e di rappresentanza locale, dei movimenti per la riduzione delle disuguaglianze, di opportunità per la creazione di contesti ambientali più vivibili.

Sono state citate alcune preminenze che definirei distintive nel programma di bilancio: il prossimo care residence, residenza psichiatrica, l'indubbio interesse concreto alla realizzazione dell'hospice, la casa della salute.

Casi della salute per esempio come prodotto coerente con il bene comune, in cui c'è condivisione ampia fra operatori, condivisione di idee, di proposte e di ottimizzazione della tecnologia, perché si occupa di salute, così come l'ospedale di malattia. Possono essere uno strumento potente per diffondere l'idea di salute formando cittadini competenti. Luogo possibile di programmazione sanitaria centrato sulle esigenze del territorio.

Non avevo bisogno di sentire l'elenco dell'impegno comunale sul sociale, ne ho contatto quotidiano e continuo per questo a manifestare una soddisfazione netta e già affermata in precedenza ritenendo che l'efficienza e l'efficacia dimostrata nella gestione, ancor più che in altri settori, ha raro riscontro in altre realtà, anche virtuose. Servirà quel collegamento con gli altri settori e discipline perché

possa perfezionarsi e completarsi un quadro che sia al passo con la logica delle intricate interconnessioni che determinano i processi di salute, malattia e guarigione.

Già mi pare si tenga conto che l'esperienza viva dei pazienti, dei caregiver e di tutti i cittadini, con le acquisizioni e i punti di vista che ne conseguono, costituiscono un sapere prezioso e insostituibile che deve entrare a far parte, a pieno titolo, dell'ampiezza culturale dei servizi socio assistenziali come per altro dei presupposti operativi del sistema sanitario.

Immagino comunque difficoltà crescenti perché se è vero che la grossa rivoluzione parte dal 78 col sistema sanitario nazionale, grande conquista

operaia, in un certo senso si accompagna non a caso con l'era del consumismo. Essere curato e accudito è diventato un diritto, non era così prima. Negli anni 60 c'era necessità di essere previdenti e mettere da parte dei quattrini perché non si poteva mai sapere. Non esisteva alcuna struttura efficiente che si prendesse cura delle fragilità se non la famiglia, spesso senza competenze, contando su un'istintiva e naturale affettuosa protezione.

Oggi si va in ospedale e non c'è bisogno d'aver risparmiato. Si pretendono prestazioni per altro avvallate dai medici svuotati dalla loro arte per una sudditanza che la medicina difensiva ha determinato all'inizio in modo sotterraneo dopo sempre più esplicitamente e rappresenta uno dei mali peggiori. Oltre a tutte le altre forme di degrado della professione, non ultima per esempio l'ecm usato come fosse il manuale delle giovani marmotte.

Ma bisogna fare i conti con una recessione pericolosa e nulla toglie che si possa tornare indietro. Il mercato per esempio non può sostenere il costo delle terapie croniche per farmaci che non guariscono. Prolungano la vita con costi pro capite anche di un milione all'anno, ammalarsi di meno è l'obiettivo da perseguire.

L'importante è che amministrazioni locali consapevoli adottino giuste contromisure agli errori di programmazione per un sistema per nulla votato alla prevenzione.

Dunque il diritto alla salute è stato e resta un rapporto di forza fra utenti e il resto del sistema sociale, cioè gli altri poteri, con connotazioni ricattatorie.

La salute, abbiamo capito, ha determinanti diversi e per questo probabilmente ogni voce di bilancio nella sua multidimensionalità ha una sua incidenza diretta sulla salute dei cittadini: dobbiamo capire non solo l'offerta e la fruizione dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri ma non di meno osservare l'ambiente e comprenderne le dinamiche.

Questo sistema sanitario è privo di una lungimirante programmazione e per nulla orientato alla prevenzione. Manca un impegno strutturale cioè capacità di riorganizzare i sistemi sanitari universali come il nostro in relazione alle risorse disponibili.

Manca di capacità culturale cioè la disposizione all'informazione e alla comunicazione. Dovremmo davvero mettere in atto un piano B cioè cominciare da noi, prendendoci cura di noi stessi.

In questi anni abbiamo assistito a un processo di verticalizzazione della sanità e a una riduzione dei sistemi di controllo dal basso

Appare peraltro sempre più chiara la complessità dei determinanti che entrano in gioco, interagendo sinergicamente, nel prodursi di ogni tipo di patologie: fattori oggettivi e soggettivi in cui intervengono pesantemente condizioni e dinamiche sociali o socialmente prodotte (come nel caso di numerose situazioni ambientali), le quali si intrecciano, in forma "sistemica", con le condizioni e le dinamiche di matrice biologico-naturalistica

Il che allarga di molto, e ben al di là dei compiti dei servizi e delle professioni strettamente sanitarie, l'orizzonte strategico – e dunque anche politico – in cui va promossa e costruita giorno per giorno in una prospettiva di medio e lungo periodo la difesa e la promozione della salute.

L'ambizione è che tutte le istituzioni e strutture, a respiro generale o solo anche locale adoperati nei processi di difesa e promozione della salute ma anche di sostegno alla fragilità che vanno molto al di là dell'ambito di lavoro delle professioni sanitarie, dovranno fondarsi su saperi e su pratiche che superano largamente il campo della biomedicina, e investono i più diversi orizzonti del vivere sociale e dei contesti ambientali: ciò significa non solo superare il vecchio modello bio-medico per adottarne uno di tipo bio-psico-sociale, e dunque di più ampia portata.

Politica sanitaria

L'altro paradigma di comprensione è legato all'affermazione che la salute va oltre il lavoro delle professioni e della biomedicina ma abbraccia anche in questo caso un vasto campo ambientale e sociale.

Il quarto paradigma è che siamo di fronte a una tale complessità da richiedere progettazioni altrettanto complesse e probabilmente desuete, per chi ha da sempre guardato il dito e non la luna.

Lo stato e la collettività dovrà prendersene cura per trovare risposte efficaci. Insomma siamo sul punto di dover programmare globalmente interessando istituzioni trasversali e che abbracciano competenze diverse.