volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

No all’ipocrisia: proposte per la sanità nel PNRR

Autore: Gianni Tognoni

Un sintetico e preciso articolo di Gianluigi Trianni (https://vll.staging.19.coop/in-primo-piano/2021/10/07/come-ti-demolisco-il-sistema-sanitario-nazionale/) indica i punti di **più profonda dissociazione tra le indicazioni concrete contenute nel PNRR per l’ambito salute-sanità e le affermazioni di principio che lo vorrebbero schierato, senza se senza ma, a favore dei “valori” costituzionalmente garantiti**. Suggerito senza enfasi, e perciò con la chiarezza di una constatazione, il termine “ipocrisia” è evocato per qualificare questa dissociazione, che interessa trasversalmente (come una vera e propria cultura) tutti gli ambiti critici per poter considerare l’ormai mitica colonna 6 del PNRR ? e le altre più o meno direttamente collegate ? un efficace quadro di riferimento e strumento operativo per il sempre più invisibile cambio di paradigma post Covid-19 (che dovrebbe consistere nel ritrovare una sanità al servizio del diritto alla salute, inteso come diritto universale alla dignità della vita, sempre *in progress*, come la democrazia) e per lasciarsi alle spalle gli scenari che la pandemia ha posto in evidenza (una salute degradata a variabile marginal-clientelare di un sistema economico-politico che risponde solo a predefinite compatibilità di bilancio, sulla base di dati che prescindono dalla vita delle persone, nel silenzio-connivenza delle autorità centrali o regionali, sanitarie o meno).

Nella sua apparente indefinitezza etica il termine ipocrisia è quanto mai appropriato. Esplicita e indica un meccanismo di fondo che vorrebbe rendere *digeribile* la dissociazione: il travestimento-trasformazione di realtà dure in astrazioni suggestive. Il decentramento regionale diventa un passo verso “la prossimità”. La telemedicina e la digitalizzazione si presentano come realtà già presenti ed efficienti-efficaci (risolutive di tutte le assenze) per le lontananze fisiche, culturali, di età, di problemi. Il personale medico e infermieristico si immagina in stretta continuità con la dedizione eroica della pandemia, dimenticando-nascondendo la situazione di conflitto su tutto: contratti, salari, competitività tra pubblico e privato, formazione che richiede anni per colmare i vuoti. Gli investimenti sono su tecnologie ed edifici di comunità, perché le persone sono “costi”. Il privato che è parte centrale (e spesso dominante) della sanità non è neppure nominato (un eccesso di ipocrisia?), quasi fosse una brutta parola. E le popolazioni fragili (dalla salute mentale, agli anziani, ai disabili) restano nel loro limbo (con porte aperte sull’inferno…) di competenze tra pubblico, privato, terzo settore. E le promesse del PNRR sono così importanti da chiedere fiducia in stime del bilancio per la sanità (la salute non c’entra più, anche se ogni tanto la parola ricorre) che lo dichiarano, contro ogni evidenza, in aumento e in recupero, insieme alla ricerca, rispetto a quelli degli altri paesi europei.

L’ipocrisia, come cultura e metodologia, è ovviamente un problema politico generale, e non ci sono vaccini. Constatare, con più o meno dettagli, l’esistente, non può che creare una situazione di più forte dipendenza e passività. Tra le tante proposte che da più parti emergono è ragionevolmente necessario concentrarsi su alcuni snodi, culturali e di

metodo, per i quali creare, politicamente, uno spazio anche nella opinione pubblica (che è la più esposta e intossicata dai due anni di dis-informazione programmata sulla pandemia). Può essere utile lavorare a due livelli: quello della trasparenza informativa e quello del “territorio” (con la sua sequela di termini suggestivi: prossimità, continuità, cura, domiciliarità, infermieri di famiglia etc.).

1.

Comincio dalla **trasparenza informativa sui dati che stanno dietro le decisioni e la comprensibilità-diffusione delle informazioni**. Salvo ciò che ogni tanto compare in documenti più o meno riservati, le informazioni che circolano sono sulle macro divisioni-distribuzioni dei fondi che si dichiarano disponibili per l’una o l’altra area di intervento e per le classiche macro regioni (Nord, Centro, Sud). L’invisibilità delle popolazioni che sono i soggetti e i titolari dei bisogni e degli interventi coincide con la loro inesistenza di fatto. **I dati ci sono, ma sono trattati come la proprietà privata di un’azienda. Si comunica quel che serve a rendere credibile ciò che coincide con decisioni già prese**: l’occultamento sistematico dei dati reali, non globali, mirati a rendere visibili le diversità di bisogni e di risposte coincide con una clandestinità che riesce a non fare entrare nella politica, e nella cultura della “gente”, nemmeno i dati ufficiali dell’Istat o di Agenas, o delle regioni o delle Strutture sanitarie. Tutta la letteratura più accreditata, medica o meno, in Europa o in Usa, sottolinea che la malattia-pandemia più pericolosa e pervasiva è la diseguaglianza, ancor più quando si fa povertà: come è possibile che l’incrocio di questi dati (che obbligherebbero a un confronto tra responsabili sanitari e civili e a un’epidemiologia che non si limita a descrivere le tante e diverse comunità) non sia considerato concretamente in nessuna pianificazione-valutazione? Un riferimento chiaro, esplicito per quanto riguarda certezze e incertezze conoscitive alla vita reale dei “soggetti di diritto” non è facoltativo. È giuridicamente obbligatorio ? ben più delle liturgie etiche sul “consenso informato” nelle sperimentazioni e della firma per rendere valido un contratto ? e deve essere esigibile, come indicatore minimo di legittimità e come strumento di informazione/alfabetizzazione sulla salute come diritto fondamentale, e sulla sanità come uno dei suoi indicatori di attribuibilità.
Una trasparenza complementare, altrettanto imprescindibile, è quella che riguarda quei capitoli della “salute” (cioè del diritto alla dignità della vita) che non hanno risposte sanitarie ma solo, e parzialmente, sociali o simili. Sono tanti, e spesso i più dolorosi e pesanti. C’è un lavoro urgente per dare visibilità specifica ? non marginale, non lasciata alla casualità degli “amministratori di risorse” ? a queste situazioni, che sono i veri indicatori del grado di lontananza dall’accesso al diritto umano all’autonomia del vivere: che corrisponde, quando il “non so” è chiaro, alla promozione-investimento in progetti di ricerca, non necessariamente sanitaria, ma abitativa, di riabilitazione, lavorativa etc. Solo così la salute diventa strumento fortemente didattico di una democrazia che investe sui più deboli. È di pochi giorni fa la ripetizione, da parte dell’OMS, che la salute mentale è un modello di fallimento delle nostre società. Ed è di tutti i giorni la richiesta, senza risposta, di una epidemiologia dell’età anziana che sia in grado di restituire a questa popolazione la

priorità di attenzione e investimenti.
Un accenno, breve ma fondamentale, è necessario a un aspetto diverso di una politica di contrasto della ipocrisia. **Nulla è credibile del PNRR se non si fanno passi concreti di trasparenza, con dati verificabili, sul rapporto tra pubblico e privato**. La dissociazione tra le dichiarazioni di rispetto del SSN e i bilanci che vanno al privato (da parte delle istituzioni e dei singoli) è talmente grande da tradursi in un esercizio programmato per far perdere fiducia in qualsiasi cosa venga detta sui costi e la sostenibilità sanitaria. Anche qui, i dati ci sono. Più o meno affidabili, secondo le fonti, ma rimangono oggetto di dibattito (quando va bene) generale, che non permette di far entrare nella coscienza politica e culturale del paese la visione-coscienza di quanto il diritto umano alla salute è un indicatore-garante di democrazia. All'ipocrisia del PNNR, che ha alle spalle una situazione politica di cui sono note le contraddizioni, dovrebbe corrispondere una presenza molto più intensa di ricerca e di prese di posizione esplicite da parte del mondo non-sanitario della salute: costituzionalisti, economisti, terzo settore. Non è più tempo di mimare il dibattito nei *talk-show*, di dire si/no, o bravo/cattivo al pubblico o al privato. La sanità-salute è un'area modello per un problema che tocca allo stesso tempo i "massimi sistemi" e il quotidiano di ciascuno, delle comunità, del paese.

2.

Fin dalla prima ondata della pandemia (che aveva visto nelle RSA e nelle terapie intensive i luoghi delle morti senza fine e il simbolo dell'impotenza di un sistema sanitario non in grado di gestire la prevenzione e la medicina generale) **la parola d'ordine maggiormente riassuntiva delle strategie da promuovere e adottare in un post-pandemia radicalmente innovativo è stata quella di porre in primo piano il territorio**. Il PNRR sembrerebbe, a prima vista, essere la traduzione coerente di quella esigenza. Il territorio è lo scenario dove devono essere costruite le 1296 "case di salute-comunità", dove sono previsti ospedali di primo livello, dove operano infermieri di famiglia, dove è garantita una presenza integrata medico infermieristica accessibile 24 ore per tutti i 7 giorni della settimana, dove si attivano centri di coordinamento. Tutto ciò che serve per far sì che gli obiettivi rassicuranti associati al termine territorio si realizzino soprattutto per le popolazioni fragili destinatarie anche di un monitoraggio ordinato e tempestivo dei bisogni presenti ed emergenti.
Ma la realtà con cui questi scenari promettenti devono confrontarsi è molto differente. Le risorse economiche previste nel PNRR appaiono preferenzialmente destinate alla costruzione di nuove strutture che si immaginano da distribuire per territori e popolazioni considerate come contesti omogenei, in termini di popolazioni, condizioni socioeconomiche e culturali, situazioni sanitarie con pari accessibilità e risorse. Non è così. "Comunità" è un termine astratto quando la si deve considerare in contesti urbani (centrali o marginali) o in contesti non urbani (intensamente abitati o isolati) o nelle diverse regioni. Le "case di comunità" hanno senso se vengono costruite come opportunità per ri-definire le mappe dei bisogni e delle risposte a partire da una epidemiologia *locale* che trasforma la "prossimità" da parola affascinante in piani precisi, flessibili, condivisi per

adeguare risorse e interventi sulla base di dati concreti, da monitorare con il supporto di tecnologie informatiche che non si attivano dall'oggi al domani. In questo percorso, che ha contenuti e tempi di realizzazione molto diversi, il fattore determinante è la disponibilità di personale da formare, cui assicurare ruoli e retribuzioni con caratteristiche di stabilità che permettano loro di essere attraenti e motivanti. Tanto più quando si riconosce che la grande sfida ? finora affrontata, con esiti molto differenziati, in tante situazioni pilota o esemplari ? è quella di rendere integrabili competenze e responsabilità appartenenti ad amministrazioni (più ancora che a discipline) a tutt'oggi separate, quando non antagoniste. Basta pensare ai rapporti tra diversi ruoli e organizzazioni di medici e infermieri, di assistenti sociali, di *caregiver*. Nella logica *top-down* del PNRR queste realtà concrete sono immaginate come perfettamente funzionanti in modo collaborativo. Con un'ulteriore, e determinante, carenza-ipocrisia. Mentre alle risorse per costruire reti di "case", di ospedali gestiti da infermieri, di centri di coordinamento informatizzati corrispondono nel PNRR capitoli di spesa, il problema del personale è sostanzialmente scoperto: anche in questo caso immaginando che le risorse arrivino da non si sa dove. E, ancora una volta, non toccando in modo concreto l'interazione, che spesso è interferenza o competizione, tra privato, pubblico, attori e competenze del terzo settore, in una logica tutta da sperimentare di "cura" (cioè di presa in carico di un modello che non è assistenziale-sanitario, ma responsabile della autonomia di vita degli individui e della comunità).
Il "territorio" definisce in questo senso una strategia di pianificazione, monitoraggio, valutazione che mirano alla realizzazione della "prossimità" con indicatori che hanno come punto di partenza la variabilità delle comunità concrete e come misura dei diritti accessibili e attribuibili la riduzione dei bisogni, soprattutto quelli inevasi delle popolazioni più fragili. Visibilità epidemiologica delle tante e diverse comunità significa confrontare il modello economico e *top-down* del PNRR con una logica che restituisce alle persone-comunità l'identità costituzionale di soggetti della propria salute, e non di destinatari-oggetto di interventi sanitari: comunità che si parlano, si confrontano, apprendono reciprocamente perché si sentono parte e protagonisti di un progetto, di lungo periodo, di democrazia-uguaglianza.

Un piano di sviluppo-realizzazione degli obiettivi sopra indicati è quello che manca completamente per la credibilità delle promesse del PNRR: la formulazione "trasparente", progressiva, sperimentale di questo piano (non la definizione a tavolino di un futuro che finge di essere altro dal presente da parte di una o dell'altra autorità, come ha fatto la Regione Lombardia) è la *conditio sine qua non* perché l'opportunità economica del PNRR non sia la riproduzione del passato.