

La società che invecchia chiede "nuova" salute

Negrotti a pagina 19

Dal forum ecclesiale un confronto schietto tra le istituzioni pubbliche e del privato non profit, interrogate dalla Chiesa nel nome del diritto alla cura Per vincere la tentazione davanti alla complessità di «non cambiare nulla»

Cambia la società. E anche la salute

ENRICO NEGROTTI

Inviato a Falerna (Catanzaro)

Calare nella concretezza dell'assistenza sanitaria i principi etici che devono caratterizzare le attività di cura è compito impegnativo. Un confronto tra esponenti politici e amministrativi sulla "dimensione strutturale e comunitaria della salute" si è svolto ieri al XXVII convegno nazionale di Pastorale della salute, che si chiude oggi a Falerna (Catanzaro), organizzato dall'Ufficio nazionale di Pastorale della salute della Conferenza episcopale italiana (Cei) diretto da don Massimo Angelelli.

Accanto al presidente della Regione Calabria, Roberto Occhiuto, che ha riferito dei risultati faticosamente ottenuti (la Regione è uscita da un commissariamento durato 12 anni), l'assessore alla Sanità della Regione Piemonte Federico Riboldi ha messo in guardia dal rimanere immobili mentre la società cambia, e il presidente dell'Istituto Auxologico Italiano Mario Colombo ha invitato a valutare in modo appropriato le risorse della sussidiarietà, mentre il direttore del Dipartimento della prevenzione del Ministero della Salute, Maria Rosaria Campitiello, in un collegamento a distanza, ha invitato a ricostruire fiducia nel Servizio sanitario nazionale (Ssn). Infine alcune indicazioni su come intendere correttamente la sussidiarietà sono venute da monsignor Francesco Savino, vicepresidente della Cei e vescovo di Casano all'Jonio (Cosenza).

A moderare gli interventi lo psichiatra Andrea Casadio, il quale pur riconoscendo che le mutate condizioni sociali ed epidemiologiche, con invecchiamento e solitudini (nel 2025 in Italia le famiglie composte da un solo individuo erano il 37,1%, solo nel 2005 erano al 25,9%), impongono cambiamenti profondi al Ssn, ha ricordato che se in Italia c'è un'aspettativa di vita di 84 anni, seconda solo al Giappone, il merito non sarà solo della dieta mediterranea ma anche di un sistema di cura efficace. Di fronte alle richieste spesso ripetute di maggiori risorse da destinare al Ssn, Occhiuto ha però precisato che «è certo necessario, ma non è sufficiente. Se un motore non funziona bene non

basta mettergli più benzina, va anche riparato: si parla troppo poco delle riforme necessarie». Tra le difficoltà che hanno ostacolato l'evolversi della sanità Occhiuto ha indicato «lo scontro ideologico tra sanità pubblica e sanità privata convenzionata, che pure contribuisce a realizzare i Livelli essenziali di assistenza (Lea), quindi aiuta i cittadini». Con la conseguenza, ha proseguito, che «si è privatizzato il mercato del lavoro nella sanità e sono nate le cooperative di gettonisti, che costavano moltissimo alla Regione e inducevano i medici ad abbandonare la sanità pubblica». La soluzione dei medici cubani che la Calabria ha assunto «è stata molto osteggiata, ma ero sicuro che fosse la strada giusta, e il tempo mi ha dato ragione», ha detto il presidente, rivendicando al tempo stesso il diritto a proporre riforme «guardando ai bisogni dei cittadini, non sotto dettatura degli Ordini dei medici o dei sindacati», con chiara allusione alle opposizioni che sta incontrando la riforma della medicina generale annunciata dal ministro della Salute Orazio Schillaci. Proprio su questo tema, dall'altro capo della Penisola, l'assessore piemontese Riboldi ha invitato a vincere la tentazione «di non cambiare mai nulla, come mi aveva suggerito un anziano sindaco quando sono stato eletto. Ma noi amministratori dobbiamo dare risposte a una società che si evolve: stare fermi non risolve il problema degli anziani che aumentano, per questo occorrono riforme strutturali». Dal punto di vista sociale, ancor prima che sanitario, Riboldi ha riferito di avere proposto al suo collega all'Urbanistica di studiare nei piani regolatori la costruzione di quartieri o condomini



Peso: 1-1%, 19-37%

“protetti”, adatti ad accogliere anziani ancora autosufficienti ma ai quali serve non essere isolati, avendo a disposizione un minimo controllo o accompagnamento (per esempio un infermiere che li visita periodicamente): «Una soluzione che può apparire costosa, ma lo è meno di una Rsa per persone non autosufficienti». Infine, Riboldi ha invitato a «dividere in maniera significativa il privato lucrativo dal privato sociale. Non va demonizzato chi vuole arricchire un investitore, e si convenziona a prezzi onesti con lo Stato, ma ci deve essere una relazione diversa - che oggi non c'è - rispetto a chi reinveste le risorse per curare».

Un esempio di questo investimento “virtuoso” è stato illustrato da Mario Colombo: «Stiamo completando le pratiche con la Regione Calabria per aprire in una struttura già di nostra proprietà un centro residenziale per i disturbi alimentari, anoressia e bulimia, a Limbadi (Vibo Valentia). Una realtà non profit di tipo scientifico, radicata nel Nord, fa con coraggio la scelta di non fare l'ennesima struttura per Tac o visite specialistiche in una zona remunerativa,

ma di essere presente in terra di Calabria, per occuparsi di chi non ha cura. Per queste patologie sarà il centro più importante del Sud Italia». Colombo ha anche chiesto di rivalutare opportunamente il tema della sussidiarietà e «uscire dall'ipocrisia di rimborsi riconosciuti alle strutture private convenzionate che non coprono i costi delle prestazioni, mentre nelle strutture statali i debiti vengono ripianati. Non siamo un'impresa della sanità, non abbiamo padroni, ma lavoriamo per il paziente».

Da parte sua il direttore del Dipartimento Salute e servizi sanitari della Regione Calabria, Ernesto Esposito, ha acceso un faro sul grande tema delle liste d'attesa e della appropriatezza delle cure: «Dalla mia esperienza trentennale non credo che aumentando l'offerta si riducono le liste d'attesa, anzi, si genera più domanda: il vero problema è come gestire e

governare la domanda». E ha auspicato che si possa concordare una alleanza con i medici di medicina generale (mmg): «Occorre che seguano le regole di appropriatezza, perché il paziente non è del medico ma del Servizio sanitario regionale. Dobbiamo sapere se i mmg sono vicini a noi a governare la domanda».

Quanto all'interazione tra comunità civile e comunità ecclesiale, il vescovo Savino ha chiesto di essere chiari nel sapere chi fa cosa: «Altrimenti c'è una grande confusione e facciamo danni. La comunità ecclesiale non deve sostituirsi allo Stato, né la pastorale della salute può diventare surrogato povero di ciò che le istituzioni pubbliche non riescono a garantire. Non lasciamoci strumentalizzare». Infine ha invitato a “scoperchiare” alcuni tetti: «La frammentazione (separazione tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio), la burocrazia, la solitudine (in ospedale occorre mettersi accanto al malato), lo stigma (nella malattia mentale), le disuguaglianze territoriali».

Invecchiamento, assistenza e cure ormai insufficienti, isolamento: al convegno nazionale Cei di Pastorale della salute, in Calabria, i “tetti da scoperchiare” nella sanità italiana



Un momento del confronto ieri al convegno nazionale di Pastorale della salute in Calabria



Peso:1-1%,19-37%