

Democrazia, partecipazione e salute

Giancarlo Biasini
Direttore di Quaderni acp

Parole chiave Democrazia. Partecipazione. Salute

Uno dei problemi che vengono posti periodicamente all'attenzione dei cittadini riguarda la partecipazione delle popolazioni alle scelte di politica sanitaria.

Ci si può chiedere se porsi un problema di questo genere non sia un poco retrò e francamente inutile.

Può sembrare un inutile richiamo ai tempi in cui la vecchia legge istitutiva del Servizio Sanitario, la 833/1979, si riferiva al distretto come entità elementare in cui valutare le richieste della popolazione, giungere ai bisogni, strutturare e valutare i servizi. A chi scrive, comunque, affrontare il problema non sembra del tutto superfluo.

Ai tempi dei vecchi comitati di gestione controllati dai partiti della prima Repubblica non ci si pose il problema della partecipazione dei cittadini; si ritenne, con supponenza, che la presenza dei partiti fosse sufficiente a dare alla sanità un aspetto compatibile con una presunta partecipazione. E naturalmente, come poi dimostrò la storia di quella gestione, non era così. Si giunse così al capitolo dell' aziendalizzazione e di tutto ci si occupò meno che di questo aspetto del problema. Le "aziende" non abbisognano di democrazia per le loro scelte. L'enfasi a quel tempo era sull'efficienza delle direzioni strategiche, ma va subito detto che la partecipazione dei cittadini non è funzione da richiedere alle direzioni strategiche delle ASL. Queste hanno, semmai, il compito di favorire e gestire la partecipazione degli operatori.

Anche se i documenti che definiscono le strutture del SSN sono, su questo tema, abbastanza equivoci, è certo che la partecipazione democratica è un compito che spetta alle conferenze territoriali, al sindaco o ai sindaci dei Comuni il cui ambito costituisce il territorio della ASL.

A chi spetti sembra chiaro, ma la realtà è che oggi i processi decisionali veri e propri stanno al loro livello più elevato nella conferenza Stato-Regioni. Qui vengono assunte le vere decisioni. Qui si giocano le partite ai livelli politici e compromissori più alti. Qui il gioco è condotto, con le migliori intenzioni, esclusivamente dagli

attori politici. Si può dire, un po' grossolanamente, che tipologie, anche semplici, di concertazione con le parti sociali sono rimandate ai puri momenti del voto.

Ci sono stati sporadici tentativi di coinvolgere i cittadini nel momento della lettura dei bisogni, ad esempio nei Piani di zona o nei Piani per la salute ai quali chi scrive ha molto creduto e per i quali si è impegnato. E questi tentativi dimostrano che, in certi ambiti, vi è la percezione dell'importanza del problema. Ma si deve prendere atto che queste iniziative sono diventate strumenti modesti di partecipazione. Hanno ampliato la base partecipativa di poche decine di unità, con il contributo di poche associazioni di volontariato cui il SSN riconosce, già da alcuni anni, la possibilità di avere voce nella programmazione dei servizi. In sostanza, i cittadini e le comunità sono ancora considerati come semplici ricevitori dei servizi pubblici e non come protagonisti attivi nella programmazione che dovrebbe discendere da una lettura/valutazione dei bisogni. Semmai si riconosce loro la possibilità di protestare.

Ci si può chiedere: sarebbe utile questa partecipazione? Forse sì. Recentemente uno studio pubblicato sul BMJ, pur fra mille difficoltà, dimostra che esiste un rapporto fra la democrazia e la salute riguardo a tre parametri: mortalità materna, mortalità infantile, attesa di vita (1).

Il rapporto è più stretto fra partecipazione democratica e salute che fra prodotto interno lordo (cioè ricchezza) e salute. Secondo gli Autori, questo rapporto non è legato semplicemente alle libertà civili, ma agli spazi che in democrazia sono riservati al capitale sociale, alla possibilità che le reti sociali hanno di interferire con le decisioni nel campo della salute e quindi di accettarle, a un più adeguato riconoscimento dei bisogni sanitari da parte dei governi locali (2). Qualcuno penserà che queste siano elucubrazioni parafilosofiche, ma può confortare il fatto che, se la "novità" culturale della *Evidence Based Medicine* ha come regola "la integrazione delle migliori evidenze con la esperienza clinica del medico e con i valori del malato", la programmazione sanitaria non può non essere definita come "il processo di

integrazione fra la evidenza scientifica e le preferenze della comunità per accrescere la salute della popolazione" (3).

In questa sostanziale assenza di partecipazione dei cittadini, il Servizio Sanitario italiano è così illuminato da rispecchiare comunque i bisogni del cittadino? La lettura dei bisogni è corretta?

Occorrerebbe chiedersi se in un Paese in cui i problemi più rilevanti sono costituiti dalla cronicità (si pensi agli anziani, ai malati cronici di tutte le età, ai problemi di salute mentale, ai problemi degli adolescenti e si veda a tale proposito il Rapporto 2005 sulla salute del bambino in Italia a pag. 181) la risposta giusta sia quella di rincorrere i problemi delle acuzie, e della gara ipertecnologica delle aziende sanitarie tese a conquistare notorietà nella stampa provinciale.

In pratica la risposta è quella di cercare soluzioni per i pronti soccorsi, di incrementare vaccinazioni di poco peso sulla salute globale dell'infanzia e dell'adolescenza e di fare girare a vuoto la conquistata ipertecnologia: il 70% delle persone che giungono alla fase terminale ha subito un accanimento terapeutico di documentata inefficacia e del costo di 1 miliardo di euro l'anno (4,5,6).

Che soluzione dare al problema della partecipazione? O si pensa che non sia un problema? Ma come si può allora chiedere ai cittadini di essere capaci di scelte coerenti sulla salute se la coerenza manca dove dovrebbe essere massima? ♦

Bibliografia

- (1) Franco A, Alvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effect of democracy on health: ecological study BMJ 2004; 329:1421.
- (2) Baum FE. Just imagine politicians working for health equity. J Epidemiol Community Health 2001;55:290.
- (3) Kohatsu ND, Robinson JG, Torner JC. Evidence based Public health. An evolving concept. Am J Prev Med 2004;27:417.
- (4) When a colleague and I reviewed the records of children on waiting list for MR of the brain we found that half had not had their head circumference measured (Essex C. Ulysses syndrome. BMJ 2005;330:1268).
- (5) The upper and lower 2.5% of the normal distribution of results are usually deemed to be abnormal; so 5% of the population are labelled "abnormal" even though they are probably healthy. Ibidem.
- (6) Dati Antea 2005. Sole24ore Sanità 7-13 giugno 2005.

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini
e-mail: gcbias@tin.it

editoriale