

Un modo diverso di accostarsi ai problemi grazie alle lotte dei pensionati e delle loro organizzazioni sindacali

ENTE LOCALE cardine della politica sociale per gli anziani

GIANFRANCO FILIPPINI *

Un modo diverso di accostarsi al problema

C'è oggi una attenzione abbastanza diffusa verso il cosiddetto «fenomeno anziani». Questo risultato è merito anche di una premura non passiva, nei riguardi di moltissimi anziani. Però, così come non esiste un problema anziani, ma esistono molti problemi degli anziani, dobbiamo considerare il fatto che esistono diversi modi di prestare attenzione a queste realtà, che finiscono poi per incidere profondamente sulla vita delle persone.

Situazioni di disagio sociale

Esiste quel modo, purtroppo prevalente nella cultura politica e nell'immaginario collettivo, che associa quasi sempre al termine anziano immagini negative: persone da assistere, persone abbandonate, bisognose di assistenza sociale e sanitaria. Non si vuol riconoscere né le situazioni di disagio sociale che sono presenti in questa fascia di popolazione, né le gravi patologie che incidono sulla età matura. Ma perché considerare la crescita della quota di popolazione anziana, l'allungamento della vita media pressoché esclusivamente in termini di crescente peso per i bilanci della sanità, dell'assistenza, della previdenza, come se questa longevità sempre più diffusa fosse una jattura per la comunità?

Per nostra fortuna, e soprattutto per fortuna degli anziani, in una parte importante delle forze politiche, tra gli studiosi e gli operatori sociali, tra gli amministratori degli enti locali va facendosi strada anche un modo diverso di accostarsi a questi problemi; grazie alle lotte dei pensionati e delle loro organizzazioni sindacali si è fatta strada una idea nuova dell'anziano protagonista, soggetto di diritti, una risorsa.

Il protagonismo di questi anni, e l'azione rivendicativa tesa ad arginare le conseguenze disastrose delle politiche sociali espresse dal pentapartito con le varie leggi finanziarie, hanno fatto emergere l'attualità di una diversa politica sociale basata sul trinomio emergenza, prevenzione, partecipazione.

L'emergenza Prevenzione Partecipazione

Emergenza, perché una parte degli anziani di ambo i sessi non sono autonomi, sia sotto il profilo della salute, sia sotto quello del reddito, né sono capaci di governarsi da soli, altri sono solo parzialmente autosufficienti, altri ancora sono autoficienti, ma lo sono se sostenuti in modo non saltuario dai servizi socio-sanitari. E troppo poco viene fatto per rimuovere questo stato di cose.

Prevenzione, in quanto la perdita di autosufficienza può esse-

re ritardata e per moltissimi evitata e quindi è possibile «costruire una salute in vecchiaia».

Partecipazione, perché questo è un modo per fare prevenzione, per costruire salute, ma anche perché in questo modo l'anziano diviene risorsa per sé e per gli altri.

Costruire un intervento a rete

Cioè questa idea dell'anziano reclama una molteplicità di riferimenti capaci di costruire un intervento «a rete», con il quale affrontare allo stesso tempo le situazioni di emarginazione e di autosufficienza; di dispiegare iniziative per la prevenzione dei processi invalidanti che colpiscono più frequentemente le persone oltre una certa fascia di età; di raccogliere il desiderio di partecipazione presente in quote consistenti di popolazione anziana.

Nuove forme di solidarietà

Le nuove forme di solidarietà e di aggregazione sociale, di autogestione dei servizi con cui desiderano esprimersi un grande numero di anziani, costituiscono un potenziale importante per risolvere le contraddizioni che caratterizzano il sistema di sicurezza sociale che si è storicamente affermato nel nostro paese e che sono alla base della sua crisi.

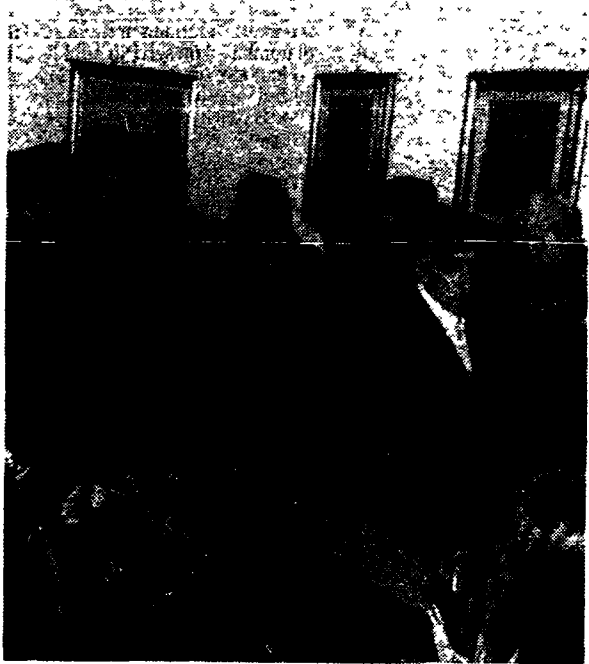
Sono una grande opportunità per riqualificare lo Stato sociale all'insegna dei diritti.

Interlocutori essenziali nei Comuni

La gestione della legge 142 di riforma degli Enti locali, offre una grande opportunità. Gli anziani possono divenire interlocutori essenziali per definire negli Statuti dei Comuni le modalità e le forme di partecipazione dei cittadini nella organizzazione dei servizi, includendo in esse il confronto con le organizzazioni sindacali dei pensionati, e quindi la contrattazione, come strumento per la definizione di accordi relativi alle politiche sociali dirette agli anziani.

E in questo modo, non solo verrebbe conseguito l'obiettivo di attivare una delle energie interessate a che la legge 142 non venga svuotata delle sue potenzialità innovative, come è accaduto con la 833, ma si preparerebbe un terreno sicuro sul quale, riprendendo l'intervento di A. Ardigo al Forum dello Spi-Cgil per l'autonomia della persona anziana, possa vittoriosamente svilupparsi l'azione di liberazione della condizione anziana dal peso di sofferenze sociali, personali e psichiche.

* segretario nazionale Spi-Cgil



A CURA UFFICIO INIZIATIVE SPECIALI

La «questione anziana» tra emergenza, prevenzione e partecipazione

Costituire un sistema «a rete» dei servizi sociali

Negli statuti dei Comuni definire le forme di partecipazione e di controllo sociale

Liberare la condizione anziana dal peso di sofferenze sociali, personali e psichiche

nire un nuovo patto tra il cittadino e lo Stato che chiami in causa un impianto sempre più democratico dei poteri, trasparenza di ruoli e di livelli di decisione, nuovi percorsi giuridici e pratici nell'esercizio dei diritti, nuovi rapporti di riconoscimento e di rispetto dei diritti sociali e di cittadinanza. Passa di qui la necessità di ripensare, vincoli, metodi di lavoro, indirizzi dell'azione pubblica, di riformare l'intervento dello Stato e del suo decentramento, avendo come concreto referente i diritti più maturi dei cittadini e come criterio ispiratore quello della piena responsabilità delle decisioni politiche, nel dettare indirizzi e obiettivi, ma anche la piena responsabilità della burocrazia e della professionalità nella gestione delle risorse per conseguirla.

Strumenti fondamentali per l'emersione dei conflitti e delle violazioni dei microdiritti sono stati i tribunali per i diritti del malato e le «carte».

Esperienze più recenti formalizzano non solo il diritto alla conoscenza sui percorsi, gli accessi e i diritti del cittadino, ma costituiscono, presso i Comuni o nelle Usl, un vero e proprio «ufficio diritti», quale referente per la pubblica amministrazione dell'ascolto e della proposta sui diritti violati. Nasce dunque il bisogno di sperimentare la costruzione di una vera e propria strategia conciliativa tra pubblici poteri, figure professionali e diritti dei cittadini. Tutto ciò fa muovere, se pur in mille contraddizioni, il quadro di riferimento, propone non già la pacificazione del conflitto e la sinergia dell'azione dei pubblici poteri, con l'espressione più matura non solo dei diritti violati, ma della loro piena agibilità.

Il dibattito che ha percorso in questi anni la sinistra ha sottovalutato la questione dell'organizzazione dei servizi, quasi mai impostata in termini di simmetria fra domanda ed offerta.

Un altro elemento da considerare è la sottovalutazione della complessità, la congestione, la fruibilità nell'accesso e nei percorsi d'uso ai servizi sanitari, soprattutto nelle aree metropolitane, che costituiscono un punto critico del Servizio Sanitario Nazionale. Sicuramente si è sottovalutata la complessità e la capacità di attrazione della domanda nelle strutture sanitarie delle aree metropolitane, così come si è sottovalutato, qui più che altrove, la domanda di salute e servizi di popolazioni concentrate fisicamente in spazi ristretti e portatrici di un bisogno di salute peculiare, legato alle condizioni di vita e di lavoro, tipiche di questa area (inquinamento, stress, disagio psichico, emarginazione).

Il dato che occorre mutare rapidamente è tuttavia il proposi di modelli gestionali dell'intera offerta di servizi, più aderenti allo schema operativo della Pubblica Amministrazione che, come è noto, pone in essere la propria attività, attraverso una cultura e una pratica per atti amministrativi, più che essere rivolta a ricercare modelli gestionali efficienti ed efficaci rispetto alla peculiare attività sanitaria, intrinsecamente determinata dal tipo di bisogno salute da soddisfare, dalla qualità delle prestazioni da erogare, nonché dall'elevato grado di professionalità di coloro che all'interno del sistema sono gli effettivi erogatori delle prestazioni.

La seconda questione riguarda l'atteggiamento della sinistra e del nostro partito sull'aspetto dell'organizzazione dei servizi. Nel clima di appagamento succeduto all'approvazione della legge 833, che chiudeva lunghi anni di mobilitazione e di lotta anche di massa, si è sottovalutata la necessità del proseguimento e dell'approfondimento della riflessione culturale e progettuale sulla sanità. La convinzione che la legge 833, affidata nella sua concretizzazione alle autonomie locali, in un momento di grande vivacità e cambiamento di queste, si sarebbe tradotta automaticamente in servizi e prestazioni è stata radicata a lungo. La sottovalutazione della capacità di resistenza al cambiamento di un insieme di servizi estranei per cultura e per rapporti di potere allo spirito e alla cultura della programmazione e del decentramento (Regioni e Comuni) ha fatto sì che una forza inerziale dominasse il percorso di cambiamento.

Un approccio ideologico, spesso rigido, che in qualche modo ha guardato alla sanità in maniera manichea (bene-terrore, male-ospedale), a cui si è legata una pratica politica in cui la sinistra si mostrava più «realista del re», rischiosa dalle problematiche enormi di un sistema ospedaliero perennemente in crisi, dai tagli della spesa, dalla difficoltà a programmare e a far decollare il nuovo. La questione è da cogliere come l'espressione di una difficoltà reale di un processo, che spesso ha portato ad una delega agli addetti ai lavori, impedendo una maturazione collettiva di idee ed esperienze, scontando per troppo tempo incoerenze ed incomprensioni sul ruolo che la sanità può svolgere come settore propulsivo per l'intero sviluppo economico-sociale-culturale del paese.

Va fatta crescere una nuova concezione del Servizio sanitario nazionale. Una concezione che ribalti l'immagine parassitaria e di sfascio della sanità pubblica, ma individui in questa grande impresa una risorsa reale per il paese, che produca un bene individuale e collettivo di grande valore — la salute — nel quale investire uomini e mezzi. L'affermazione che la produzione di un bene come la salute non è marginale rispetto all'intero sistema produttivo del nostro paese, ma che può essere, al pari di altri settori, un momento di crescita per un nuovo sviluppo economico e democratico, è per noi lo schema per una rilettura complessiva della necessità del mantenimento di un Servizio sanitario nazionale pubblico a base universalistica.

Proporre una riorganizzazione dei servizi all'interno di questa nuova concezione del Servi-

zio sanitario nazionale significa partire dallo stato di salute dei cittadini, impiegare produttivamente il livello tecnico-scientifico raggiunto, rivedere i meccanismi di funzionamento della Pubblica Amministrazione, renderli consoni a moderni criteri di gestione.

Superare la frammentarietà e la separazione/incomunicabilità dei servizi e delle prestazioni è il dato unificante per affermare una nuova centralità del cittadino e dei suoi bisogni, e quindi la valutazione dell'efficacia o meno del rispondere quale unico metro di verifica della funzionalità e della economicità del servizio pubblico.

Due innovazioni organizzative sono perciò di grande rilevanza: la riorganizzazione dell'ospedale attraverso la dipartimentalizzazione e la sua qualificazione in termini di strutture e attrezzature, nonché l'istituzione dei distretti di base.

IL RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO

Questo rapporto è estremamente complesso perché si stabilisce in diversi momenti e su diversi livelli.

C'è un intreccio fra pubblico e privato per la presenza contemporanea nei due ambiti di molti operatori sanitari.

C'è un intreccio nel fatto che, una gran parte delle strutture private, cliniche e laboratori, traggono i loro vantaggi attraverso convenzioni del Ssn, senza un'adeguata azione di controllo e verifica del loro operato, da parte del pubblico.

C'è un intreccio dal punto di vista della politica farmaceutica, che oggi incide per circa il 18% sul Ssn.

C'è un intreccio, anche se indiretto, fra il mercato direttamente privato, quello non assistito e il servizio pubblico.

L'elemento di fondo che è possibile estrapolare è lo sviluppo nel corso di questi anni di una concorrenza senza leggi e senza limiti seri, fra un privato assistito che sottraeva le migliori energie in termini di risorse e di uomini ad un servizio pubblico in continuo declino per i tagli della spesa, per il blocco delle assunzioni, per le procedure sempre più farraginose.

Non si tratta di negare l'utilità e la necessità di una sanità privata, occorre individuare però nuove regole nel rapporto pubblico-privato, più aderenti alla realtà odierna e alle leggi che regolano il mercato della domanda e dell'offerta, facendo sì che se un privato si avvale del rapporto con il Ssn è tenuto ad adeguarsi agli indirizzi e alla progettazione complessiva di questo e a concorrere al raggiungimento dei risultati prefissati. Un «pubblico» quindi, che fissa indirizzi e scelte, che gestisce il Ssn, ma con una visione non stitizante, che si apre e libera energie private chiamandole a concorrere alle finalità ed agli obiettivi salute che si prefigge.

UNA NUOVA ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

La riorganizzazione del lavoro sanitario è punto di passaggio

gio obbligato rispetto alla qualità dei servizi. Risponde ad una esigenza di riqualificazione della spesa, di valorizzazione economica e professionale degli operatori.

Ciò significa superare l'errata concezione di una organizzazione del lavoro che, anche se riferita a servizi tra loro diversi (ospedali, distretti, ambulatori, servizi alla persona), si prospetti come separazione o contraddizione.

È dunque possibile costruire un'organizzazione del lavoro che privilegi le relazioni nelle strutture, tra le strutture, tra i soggetti. Ciò si ottiene lavorando su tre piani.

1. Ridefinizione oggettiva dell'organizzazione dei servizi (spazi, tempi di lavoro, modello di gestione per centri di costo e budget, metodiche di intervento basate sui Drgs e sulla Vrq, nel senso di ripensare in modo sistematico tutti i fattori principali di organizzazione del lavoro).

2. Ridefinizione della dimensione soggettiva dei servizi, cioè il problema degli operatori in termini di organici, contenuti culturali e professionali, loro organizzazione funzionale.

3. Ridefinizione della filosofia contrattuale in funzione della nuova organizzazione, secondo una logica per la quale non si ha nessuna vera valorizzazione economica e professionale, senza una organizzazione del lavoro valorizzante, in grado di esaltare capacità e autonomie professionali, nei loro aspetti di lavoro singolo e di lavoro di gruppo e, di conseguenza, del salario.

È in questo quadro che occorre ripensare a tutte le figure professionali (medici, infermieri, medici di base, figure laureate non mediche, tecnici, figure sociali, ecc.) al fine di individuare rispetto a tutte le questioni i comuni denominatori politici, quali riferimenti per una vera e propria riforma del lavoro.

Essi sono:

1) La necessità da tutti avvertita, a partire dai cittadini, di una profonda riumanizzazione del lavoro sanitario in grado di costruire un nuovo rapporto tra umanizzazione ed efficacia dei servizi, quindi tra etica e professionalità.

2) Il bisogno comune a tutti gli operatori sanitari di una riforma giuridica delle qualifiche e delle professioni: superamento dei ruoli, rifacimento dei profili professionali, nuova normativa concorsuale, revisione degli assetti gerarchici, quindi revisione delle responsabilità titolarità ed autonomie professionali.

3) La necessità da tutti avvertita di ripensare la propria attività, i contenuti, le metodologie, la riorganizzazione dei servizi, i curricula formativi, le specializzazioni, in una parola il tema comune a tutte le professioni della efficacia professionale in rapporto alla crescita del valore sociale del lavoro e quindi in rapporto alla crescita di un vero salario di professionalità.

Tutto ciò si incardina:

a) Sulla definizione di un nuovo rapporto di lavoro dentro le norme del diritto comune e

