

Taranto e la gestione comune di salute e territorio

Taranto and the joint health and territory management

Carlo Romagnoli

L'Associazione Italiana di Epidemiologia ha documentato con le proprie pubblicazioni sia la serietà della perizia epidemiologica condotta per i giudici a Taranto, sia il ruolo insostituibile svolto dai comitati territoriali, (<http://www.epiprev.it/attualit%C3%A0/ilva-di-taranto-cosa-ne-dicono-gli-epidemiologi>) con una presa di posizione che non offre alcuna copertura "scientifica" nell'occultare quanto avvenuto.

Le dimensioni dei danni e dei rischi per la salute verificatisi a Taranto ci suggeriscono una serie di considerazioni, che presentiamo al fine di sollecitare dibattito e soprattutto modificazioni nella operatività dei servizi di prevenzione, in quanto ci dicono che:

- 1) li si è compiuta per anni ed è ancora in atto una strage;
- 2) è scientificamente inaccettabile e triste sul piano della valorizzazione delle conoscenze prodotte da anni e anni di ricerca scientifica, che nel 2012, nonostante la disponibilità di evidenze come la preziosa e documentatissima classificazione IARC del-

le sostanze ad effetto cancerogeno, a Taranto – e temo purtroppo non solo a Taranto – non siano stati evitati danni alla salute di cui era certo il verificarsi sulla base delle conoscenze disponibili;

- 3) le rilevazioni sulle esposizioni a cancerogeni (o a teratogeni, mutageni, ecc.) non sono valorizzate adeguatamente nella attività di prevenzione primaria (dove esistono e sono utilizzati i registri delle esposizioni?) mentre l'epidemiologia investigativa, volta ad identificare nuovi fattori di rischio languisce;

- 4) se l'intervento della Magistratura non avesse "valorizzato" le morti e le malattie subite da un numero così ampio di persone, la Sanità pubblica e/o il Ministero dell'Ambiente avrebbero continuato a tacere?

- 5) sono stati messi in campo ed operano, a Taranto come altrove – dispositivi di governance che hanno espulso gli esposti (cioè *coloro che subiscono il danno dell'essere esposti ad un rischio evitabile*) dalla possibilità di definire le politiche dei servizi di prevenzione per sostituirli con i "portatori di interesse"

dell'industria, della finanza, di alcuni sindacati, di molte forze politiche insediate nei vari livelli istituzionali, delle burocrazie amministrative di ASL, ARPA e Ministero dell'Ambiente; alcuni modelli di progettazione, tra cui il Project Cycle Management, includono i portatori di interesse o stakeholder nel ciclo programmatico, assumendo l'equivalenza tra gli esposti e altri attori sociali coinvolti nel problema di salute. Ma se gli esiti catastrofici misurati a Taranto sono l'effetto del sovracoinvolgimento degli stakeholder e del mancato coinvolgimento degli esposti, diventa *vitale* d'ora in poi distinguere i ruoli:

- a. gli esposti, in quanto pagano con la loro vita gli effetti delle esposizioni a rischi noti, hanno il diritto di intervenire nella scelta delle priorità, indicando interventi di abbattimento dei rischi evitabili e nella valutazione dei risultati ottenuti;
 - b. i portatori di interesse, in quanto spesso beneficiano del prolungarsi delle esposizioni a rischio, da cui si tengono a debita distanza (quanti industriali, banchieri, sindacalisti, burocrati hanno scelto di vivere nel quartiere Tamburri?) devono essere coinvolti nella fasi applicative, ma guai a dare loro, attraverso i sistemi di governance, diritto di scelta su priorità e valutazione risultati;
- 6) è emerso con chiarezza un nuovo tipo di conflitto di interessi, quello creato dall'appartenere a ruoli istituzionali. C'è un accordo scontato, ancorché poco applicato visto quanto accaduto anche nel panel OMS che ha decretato la pandemia per l'influenza H1N1, che vi sia conflitto di interessi quando si utilizzano esperti che ricevono a vario titolo emolumenti dal "privato". Ma è esperienza sempre più condivisa tra quanti oggi

lavorano alla difesa della salute e dell'ambiente – come è emerso nell'assemblea dei soci ISDE tenutasi ad Arezzo il 23 e 24 settembre scorsi – che nelle società postfordiste "il pubblico" ha sostituito i propri fini e svolge politiche di servizio al privato: sia i responsabili politici che i burocrati attivi nel "pubblico" assumono sempre più spesso la difesa degli interessi privati come vincolo e ne tengono conto nello svolgere la propria attività lavorativa. Le performance del Ministro dell'Ambiente, i limiti metodologici in molte relazioni svolte da istituti di consulenza del Ministero della Salute, il ruolo avuto dai servizi di prevenzione e di epidemiologia attivi a Taranto e in Puglia ci parlano di questo nuovo conflitto di interessi e della necessità di fare i conti con esso. So con questo di procurare un dispiacere a quanti si sono impegnati, anche su questa rivista, in favore di una "nuova sanità pubblica", ma credo che sia proprio il caso di parlare dei limiti oggettivi della sanità "pubblica" oggi e di riflettere su possibilità e vincoli che le politiche di servizio al privato creano all'azione delle istituzioni che la legge 833/78 ha voluto per tutelare la salute.

Dato che tutto questo è accaduto, Taranto deve rappresentare uno spartiacque tra un *prima* aberrante ed un *dopo* centrato su un nuovo modo di fare promozione della salute, epidemiologia e prevenzione primaria. Al riguardo avanzo almeno tre proposte:

- a) non diamo ancora per perduta la battaglia sul completo smottamento dei ruoli istituzionali: nel caso di specie è importante realizzare uno studio di caso (lasciando alla magistratura gli aspetti giudiziari) insieme alle società scientifiche (AIE, SITI, ISDE, ecc.) sul complesso degli interventi effettuati nel corso degli anni dai servizi di pre-

venzione sanitari (leggi dipartimenti di prevenzione) e ambientali (ARPA) in modo da acquisire elementi di conoscenza rispetto ad una situazione complessa quale quella di Taranto;

b) rafforziamo e qualificiamo la posizione e le lotte che gli esposti producono per affermare il loro diritto a vivere in un ambiente senza esposizioni evitabili a cancerogeni (mutageni, teratogeni, ecc.) noti; ciò può essere ottenuto in primo luogo promuovendo eventi che mettano in contatto, rompendone l'isolamento, le collettività esposte a rischi ambientali evitabili e creando le condizioni in cui gli esposti possono cooperare per migliorare la qualità della loro vita;

c) prepariamoci al nuovo, andando oltre il privato e la delega ad istituzioni troppo sensibili ai suoi interessi e iniziamo a sperimentare "il comune" in sanità. In Umbria, la Coalizione "Come democratizzare il nostro servizio sanitario?" nata per contrastare l'uso privato del servizio sanitario da parte di partiti politici (nel 2010 in Italia almeno 6 assessori regionali su 21 si sono dovuti dimettere per tale motivo) sta lavorando per dare concretezza alla gestione comune della sanità; le inchieste e le assemblee realizzate hanno individuato nella attivazione di un sistema di finanziamento che dia potere alle collettività territoriali, un dispositivo importante per soggettivare chi risiede nei territori e metterlo in condizione di avere voce in capitolo sullo svolgimento dei programmi di prevenzione – e non solo di quelli – sulla qualità e soprattutto sui risultati da questi prodotti. La proposta nasce dalla constatazione che, pur prevedendo il finanziamento del servizio sanitario la attribuzione di una quota pro capite per ogni cittadino pari a circa 2600 euro all'anno (prima della

spending review!), questi soldi, che provengono per lo più dalla fiscalità generale (e quindi dalla ricchezza prodotta in comune) e servono per promuovere la nostra salute e garantirci l'assistenza sanitaria in caso di malattia, vengono gestiti da una serie di istituzioni che, come nel caso di Taranto, sono *proattive* con i portatori di interessi ma "sorde e grigie" verso le ragioni di esposti ed assistiti.

Ora il procedimento di assegnazione delle (nostre) quote capitarie ai servizi vede l'intervento, in sede di ripartizione nazionale, regionale e locale di rappresentanti di partiti e dei tecnici da loro cooptati in quanto affidabili ed in sede di azienda sanitaria, di burocrazie e di professionisti, non della popolazione cui sono destinati i servizi, che con il voto esprime una generica delega alla tutela della salute; anche nelle fasi di programmazione, quando vengono scelte le priorità, ancora una volta troviamo rappresentanti di partiti e di sindacati, burocrazie aziendali e professionisti, mai i cittadini o nel caso dei servizi di prevenzione, gli esposti a rischio.

Dunque l'attuale sistema di finanziamento non solo non prevede alcun ruolo di assistiti ed esposti, ma ne esclude completamente l'intervento, un po' come avviene nel caso dell'istituto giuridico dell'*interdizione*, in cui vista la attestata incapacità di intendere e di volere, l'uso del patrimonio viene inibito al soggetto interdetto, mentre la gestione dei suoi beni passa ad un tutore.

Su queste basi riteniamo che una battaglia volta a modificare l'attuale sistema di finanziamento della sanità possa rappresentare l'ossatura della sua nuova gestione comune in quanto, garantendo equità tra territori nella distribuzione delle risorse, non solo si dà di più a chi sta peggio ma si dà anche a chi sta peggio il potere di interve-

nire sulle azioni di quanti concorrono a farlo stare peggio, peraltro responsabilizzandolo rispetto all'uso appropriato delle risorse.

Pertanto, se si definiscono delle aree territoriali che convergono in un "distretto" sulla base di caratteristiche demografico epidemiologiche, socio-economiche e storico culturali, si ottiene una allocazione delle risorse equa, appropriata e responsabilizzante per tutto il sistema:

- assegnando al distretto il totale delle quote capitarie spettanti a ciascun residente, consistente nell'intera quota procapite assegnata al SSR, opportunamente pesata per i principali fattori che determinano l'uso dei servizi (demografia, epidemiologia, accessibilità, ecc);

- ripartendo, su percentuali di riferimento stabilite a livello regionale, delle quote di risorse per:

- a. i servizi di prevenzione e di assistenza territoriali (es.: valore minimo pari al 51%);

- b. la funzione ospedaliera destinata al territorio, alla emergenza urgenza ed alle alte specialità;

- c. le funzioni che ha senso assegnare ad un livello centrale (es.: diagnostica strumentale e di laboratorio, gestione personale, beni e servizi, funzioni di staff (formazione, epidemiologia, qualità, controllo di gestione, ecc.), negoziazione fornitori esterni, ecc.);

- trasformando il distretto, per effetto della presenza organizzata dai cittadini nei passaggi centrali almeno della programmazio-

ne e valutazione (Comitati per la gestione comune della salute), in un primo prototipo di "istituzione del comune" e in un presidio in cui il territorio e chi ci vive può riconquistare potere a partire dalla autonoma determinazione della attività di promozione della salute e di prevenzione, nonché di uno svolgimento accessibile ed appropriato ai contesti locali dei processi di assistenza socio sanitaria. L'insistenza posta nel descrivere non solo gli interventi preventivi ma il funzionamento possibile dell'intero sistema socio sanitario territoriale deriva dalle necessità di pensare gli interventi di potenziamento dell'autonomia territoriale in termini globali.

In tal modo:

1. la responsabilità politica di come spendere i soldi destinati alla salute e soprattutto di chiedere conto della qualità dei servizi e dei risultati ottenuti dagli interventi in cui sono stati investite le risorse va a cittadini ed esposti;

2. i finanziamenti ai vari livelli dei servizi sono assicurati (nessun investimento demagogico nei servizi ospedalieri!) ma i loro dirigenti devono tenere conto dei bisogni di salute e di assistenza di esposti e cittadini, contrariamente ad oggi;

3. la collettività, beneficiaria dei servizi, è responsabilizzata sull'uso, ovunque avvenga, delle sue risorse;

4. si creano i presupposti per contrastare il "furto" del comune (o uso privato che dir si voglia) tramite le verifiche indipendenti operate dalle collettività territoriali.