

“Nuove strategie per la sanità e il benessere dei cittadini”

Nei grandi processi di riforma che hanno segnato le fasi di sviluppo ed evoluzione del Servizio Sanitario nazionale (segnatamente quelle del 1978 e del 1992), **la Regione Emilia-Romagna, insieme solo a Veneto e, in parte, a Friuli e Toscana**, ha avuto un **ruolo decisivo** nella elaborazione dei progetti riformatori e nella concreta anticipazione degli stessi sul proprio territorio. E in entrambe le occasioni **il risultato riformatore fu possibile solo grazie a una grande mobilitazione delle migliori competenze tecniche e a una grande determinazione politica.**

Oggi il sistema è chiamato allo stesso sforzo e, anche **di fronte alle esigenze di ulteriori innovazioni necessarie**, proprio in forza della buona capacità dimostrata nel fronteggiare l'emergenza Covid-19, **risulta evidente che ci sia ancora bisogno del protagonismo di quelle regioni, in primis l'Emilia-Romagna, che hanno saputo in passato tenere insieme affidabilità dei propri servizi e sostenibilità finanziaria**, senza aver dovuto subire commissariamenti e piani di rientro dai disavanzi, con gli inevitabili blocchi di assunzioni e di investimenti, che hanno invece caratterizzato negativamente molte realtà specie del centro sud, non senza loro responsabilità.

Al momento, **però, non sembrano ancora emergere idee, e proposte di intervento declinati in progetti di leggi e atti amministrativi all'altezza della epocalità della situazione da fronteggiare**, sui quali pianificare anche l'utilizzazione delle risorse che potrebbero derivare dal MES, e dai piani europei Recovery Fund - Next Generation EU.

Scopo delle valutazioni e linee di azione qui suggerite è suscitare un dibattito di mobilitazione propositiva, con l'intento di contribuire ad arrivare alla giusta consapevolezza delle criticità da affrontare, così che la politica metta i piedi nel piatto, a partire da ciò che l'emergenza Covid-19 ci ha insegnato, **e non si trascurino quei problemi strutturali, su cui è necessario incidere efficacemente, pur nella loro complessità**, pena il rischio di esprimere giuste intenzioni, non però in grado di concretizzarsi. Le difficoltà incontrate nella criticità Covid-19 in tema di rafforzamento della medicina territoriale sono proprio lì a confermarlo. **Con l'auspicio che ancora una volta, la Regione Emilia-Romagna sia capace di svolgere un ruolo nazionale** di attore trainante dei processi di qualità e innovazione, nell'interesse della salute degli emiliano romagnoli, e incidere sul livello nazionale.

Al momento si dice che occorre potenziare la medicina territoriale, ottimizzare la

presa in carico del cittadino nei suoi problemi di salute, investire sul ruolo del medico di medicina generale e dei pediatri, “drenare h. 24” la domanda di cura

nell'ambito di residenza delle persone, per evitare di intasare pronto soccorso e ospedali, se non per interventi e prestazioni appropriate, importanti e necessari. **Ma poi, nella pratica concreta, i percorsi non sono fluidi**, al netto dell'impegno di tanti, medici, sanitari, operatori, amministrativi: non solo per motivi burocratici, piuttosto **per nodi e carenze strutturali che occorre riconoscere e poi superare. La prova che ci attende è un modello di ricostruzione della medicina territoriale.**

Primo tema su cui interrogarsi: la figura del medico che opera individualmente, o anche in un gruppo, di medici di analoga professionalità, è idonea, o deve essa stessa cambiare? Si può **concepire una nuova sanità territoriale** che sappia far gradualmente evolvere il rapporto di fiducia fra cittadino e medico di famiglia, in un rapporto di fiducia fra cittadino e **Casa della Salute** di appartenenza, della quale gli attuali medici di famiglia siano componente organica e nella quale operino specialisti, medici e professionisti della salute, delle diverse discipline e specialità?

Perché questo accada occorre dare visibilità e riconoscibilità agli operatori, rendere possibile la fidelizzazione degli stessi alla struttura, **garantire operatività h.24** con triage affidato non a centralinisti telefonici ma a operatori sanitari, organizzare l'iscrizione degli assistiti alla stessa come se gli iscritti fossero "soci" della "loro" Casa della Salute, far vivere la massima collaborazione con il volontariato locale, digitalizzare processi e percorsi a partire dalla massima diffusione, fino alla obbligatorietà, del fascicolo sanitario elettronico. Si può sviluppare una riflessione e sperimentare un'innovazione di modello funzionale in tal senso?

È del tutto evidente che **la nuova configurazione** sopra accennata **comporta una totale riscrittura degli attuali ordinamenti in materia di rapporti di lavoro e collaborazione fra professionisti sanitari e sistema. L'attuale frammentazione** fra dipendenti, liberi professionisti convenzionati delle diverse aree, libera professione intra moenia, contrattisti vari, specializzandi, **non permette di conseguire i risultati di efficacia e qualità necessari** e coerenti con il complesso delle risorse impiegate.

Occorre che venga subito aperto un tavolo nazionale, anche a livello di confronto sindacale e professionale, con tutte le categorie di operatori, per riscrivere i contenuti giuridici ed economici dei rapporti di lavoro, a partire dall'accesso/reclutamento, per giungere ai requisiti dei percorsi di carriera, da non basare sulle anzianità, ma sulle concrete competenze.

Si tratta anche di **metter mano ai processi formativi e di svecchiamento degli organici** (la tanto auspicata "digitalizzazione" resterà una chimera se affidata a professionalità inadeguate), alla **ridefinizione di responsabilità, autonomie e poteri dei dirigenti, alla definizione quali-quantitativa di organici da riempire e non solo**

da scrivere sulla carta, ai trattamenti economici. Senza questo sforzo, le migliaia di assunzioni promesse e probabilmente fra poco finanziariamente possibili, rischieranno di disperdersi e rimanere in parte improduttive.

Inoltre, **le Case della Salute possono essere una valida risposta all'obiettivo di una reale integrazione socio sanitaria**, soprattutto se esse sono appunto intese non solo come luoghi in cui il cittadino trova risposte o informazioni rispetto ai propri bisogni di salute o di assistenza sociale, **ma anche contesti in cui si può sviluppare una nuova cultura della presa in carico del cittadini e delle famiglie, un nuovo modo di progettare interventi, non più frammentato ma che sia in grado di accogliere la singola persona per l'insieme dei bisogni che porta.**

Un **"Punto unico di accesso"** per accedere alle prestazioni e ai servizi che attengono alla assistenza domiciliare per bimbi, soggetti fragili, minori e anziani, interventi a carattere residenziale per le fragilità (centri di aggregazione, centri diurni, residenze protette, ecc.), misure, nazionali e locali, per l'inclusione sociale e di sostegno al reddito, sostegni per gli affidi e le adozioni di minori, e prestazioni di pronto intervento sociale per i casi di emergenza. **Insomma, tutto quanto oggi trova, quando lo trova, risposte frammentarie in relazione alle complessità dei bisogni dei cittadini e delle famiglie**, anche da noi, dove pure il livello di risposta è elevato.

Ripensare a un sistema socio sanitario integrato (tutte le prestazioni atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione, attraverso una stretta sinergia tra interventi di tipo sanitario e interventi di tipo sociale e riabilitativo al fine di promuovere una qualità della vita dei cittadini che contempla aspetti sanitari, assistenziali, psicologici, relazionali e sociali) **porta necessariamente a mettere a fuoco, e prendere in considerazione, alcune questioni rilevanti.**

Ad oggi la **legislazione nazionale che norma la spesa sanitaria non consente che con i fondi sanitari siano finanziate spese attinenti a interventi e servizi sociali.** I comparti di spesa sono rigidamente separati e con vincoli che non consentono nessuna transazione tra loro. Ad esempio, sappiamo che per molti pazienti ospedalizzati i tempi di ricovero vengono prolungati in attesa che si possano creare delle situazioni adatte ad accoglierli nella loro abitazione o che possano essere inseriti in altra struttura. **Ad oggi il risparmio della spesa sanitaria che potrebbe derivare da una dimissione anticipata non potrebbe finanziare una progettazione integrata post ricovero di assistenza domiciliare o familiare.** Questo vale per varie tipologie di utenza, certamente gli anziani, ma anche le persone affette da patologia

psichiatrica o persone con disabilità temporanea che non hanno famigliari che possano aiutarli.

Mentre **per le prestazioni sanitarie l'accesso è universale, per le prestazioni e i servizi sociali, l'accesso avviene in base al reddito e pertanto molte persone ne sono escluse.** Da anni si parla appunto di **welfare residuale** e ne consegue che **la maggior parte della spesa sociale è a carico dei cittadini e delle famiglie**, che ha determinato negli ultimi vent'anni un mercato sommerso e in nero (si pensi ad esempio alle badanti, alle colf, alle babysitter), composto prevalentemente da donne, spesso dequalificate, sottopagate, a cui non viene proposto nessun percorso di emersione o professionalizzazione.

È necessario pertanto procedere a livello nazionale a una ridefinizione dei livelli essenziali degli interventi e dei servizi sociali. Salute come diritto esigibile per tutti i cittadini e welfare universale. L'emergenza Covid-19 ha determinato diversi interventi sociali in forma di bonus, ma questa non può essere la visione sul sistema sociosanitario del futuro. La risposta monetaria ripropone un modello che lascia soli i cittadini, le famiglie e soprattutto le donne. Oggi i cittadini chiedono servizi sociali, sociosanitari, di istruzione, di formazione, di avvio al lavoro, servizi per la casa e la mobilità. **E la priorità, nell'ambito di questi Livelli Essenziali dovrebbe essere quella di LES che consentano una reale fruizione dell'assistenza domiciliare.**

La definizione dei livelli essenziali sociali come diritto esigibile per il cittadino è un interesse per la collettività e l'inclusione sociale, che può determinare ricadute occupazionali e di sviluppo delle imprese sociali.

Occorre promuovere l'integrazione tra il sistema dei servizi sociali e sanitari regolato dal pubblico e gli interventi e i servizi realizzati con risorse pubbliche nel welfare aziendale. Le aziende, infatti, molto spesso agiscono anch'esse in forma di bonus monetari, nell'ottica esclusiva dell'integrazione della retribuzione del lavoratore; è necessario promuovere l'intercettazione di queste risorse, perché esse rientrino nella programmazione e nelle politiche di un sistema sociosanitario integrato, attraverso protocolli di intesa tra sindacati, imprese, enti locali e terzo settore.

Nella proposta del Ministro Speranza si parla di "Sanità di prossimità"; in quest'ottica proviamo a pensare ad un sistema integrato sociosanitario di prossimità.

Come è noto l'esperienza dei servizi sociali di prossimità è risultata efficace anche in termini di intervento preventivo: aiutano una presa in carico precoce laddove si manifesti la necessità, riducendo il rischio di cronicizzazione e istituzionalizzazione

del disagio della persona interessata. A titolo di esempio gli interventi di educativa di strada rivolti ai giovani agiscono sull'individuazione di problemi sia legati alla salute mentale che alle dipendenze patologiche, sia di comportamenti a rischio delinquenziali, con evidenti benefici per la persona che per la collettività. Eppure, sono servizi a cui oggi vengono destinate risorse in misura minima. **Parlare di prossimità significa parlare di interventi territoriali, di un sistema sociosanitario che entra in osmosi con il territorio**, con tutte le sue componenti. **E significa anche per la nostra Regione ridurre gli investimenti in strutture "contenitori", sbloccare i cosiddetti budget garantiti alla sanità privata per co-progettare nuovi servizi di territorio** che si adattino ai bisogni vecchi e nuovi dei cittadini e non viceversa, per destinare più risorse alle competenze degli operatori, allo studio del territorio, alla creazione di reti formali e informali che siano da antenna e contenitore del disagio. Significa parlare di budget di salute individuale sulla base dei bisogni espressi del cittadino.

La rivisitazione di un sistema sociosanitario integrato deve prevedere un ruolo da protagonista, oltre che delle Regioni, anche degli Enti Locali e un dialogo di coprogettazione con tutte le forze del territorio, sindacati, imprese e terzo settore.

Ed è qui che si apre un **grande tema di forte spessore politico**, che, è alla base dell'impianto di considerazioni per cui si intende aprire una riflessione e suscitare dibattito: perché è indubbio che la **gestione dell'emergenza pandemica ha conosciuto esperienze virtuose**, che hanno saputo, al netto di difficoltà e possibili manchevolezze, reggere l'urto grazie a buoni ed efficaci sistemi sanitari regionali. **Ma, d'altra parte, ha anche, purtroppo messo in luce gravi limiti, lacune ed inefficienze di altri sistemi sanitari regionali**, non solo delle Regioni meridionali, ma anche di sistemi come quello lombardo, troppo squilibrati sulla rete dei presidi ospedalieri, pubblici e privati, e molto carente dal versante della medicina territoriale. **Questa disarmonia** di dotazioni funzionali e livelli prestazionali, unitamente alle conflittualità emerse per ragioni di schieramento politico, **ha aperto spazi** (e ne aprirà ancor più quando si sarà usciti dall'emergenza) **per una messa in discussione dell'attuale assetto delle competenze in tema di sanità**, come definite dalla Costituzione, nel Titolo V. Si tratta di un **aspetto molto insidioso, coerente con la spinta ormai ben delineata a "ricentralizzare" le competenze, per una malintesa illusione di semplificazione della complessità dei processi decisionali e gestionali**, di cui sono segno anche lo **svilimento del Parlamento, e le suggestioni presidenzialiste**, mentre il sistema delle autonomie resta confinato in processi di trasformazione lasciati confusi e incompiuti. **Il sistema sanitario del paese sarebbe più omologato a un livello più basso, se non ci fosse stata la competenza**

riconosciuta alle Regioni nell'organizzazione dei sistemi di salute, che ha appunto esercitato, là dove si sono sviluppati modelli virtuosi e performanti, un **ruolo di "traino" verso profili di migliore qualità**, con buoni risultati di tutela dei cittadini. È lo Stato che ha mancato nel garantire omogeneità di livelli essenziali esigibili da tutti.

Questo riflusso arriverà, e ad esso si potrà rispondere, per contrastarlo con successo, se Regioni come l'Emilia-Romagna, in asse con altre, sapranno contrastarlo non solo rivendicando un'autonomia differenziata in nome di una migliore efficienza, ma **rilanciando un processo di grande respiro per più democrazia e maggiore vicinanza e controllo dei cittadini sui bisogni primari di benessere e della salute**. Anche questa è la grande lezione che viene dalle conseguenze del Covid-19.

Soprattutto, **è ora di pensare a una nuova governance del sistema, nella sanità, e anche nella prospettiva di una effettiva attuazione dell'integrazione sociosanitaria**. Occorre realizzare una **nuova sintesi tra le prerogative della rappresentanza politico-istituzionale nei territori e le prerogative delle competenze tecniche sanitarie e gestionali**. Si tratta di **trovare un nuovo equilibrio, distribuendo diversamente poteri e responsabilità anche sui risultati finanziari della gestione, in modo proporzionale fra Comuni e Regione**. Le **comunità locali e attraverso di loro i cittadini, devono riappropriarsi della loro sanità e devono usufruire e rispondere pro quota dei risultati**, superando i limiti di politicismo del vecchio assetto ex legge del 1978 ed i limiti di dirigismo tecnocratico dell'aziendalizzazione del sistema. (A tal proposito, si rinvia alla bozza di legge **"Una governance rinnovata e più aderente ai territori per il Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna"**, elaborata pensando a una proposta di legge di iniziativa popolare ai sensi dell'art. 18 dello Statuto della Regione).

Se questi sono i nodi principali, e imprescindibili, per impostare un rinnovamento che realizzi un miglioramento qualitativo e di efficienza per la risposta ai cittadini, ci sono anche altri aspetti che vanno messi in cantiere: la **riforma degli accessi alle facoltà universitarie sanitarie e alle scuole di specializzazione**, nel senso di un rapporto stretto fra pianificazione sanitaria e pianificazione universitaria, cosa da sempre proclamata e auspicata, ma mai praticata. Inoltre, **la possibilità di inserire, nel processo di rivisitazione del codice degli appalti, una sezione specifica e speciale per gli approvvigionamenti del sistema sanitario**, così come già previsto per altri settori. Gli **investimenti aggiuntivi in strutture e tecnologie**, preso atto degli sforzi fatti e certamente da consolidare per fronteggiare la pandemia, **dovranno essere rigorosamente selezionati, sulla base di oggettivi criteri di**

necessità, urgenza e mancanza di alternative meno costose. Ove invece muri e attrezzature diventassero il facile ed appariscente rifugio della politica per non affrontare i temi sopra elencati, politicamente e tecnicamente molto più impegnativi, ma non scavalcabili, **rappresenterebbero soltanto un'occasione persa** e non riproducibile di rendere il nostro sistema sanitario, così prezioso e delicato, ancora più in grado di valorizzare le capacità e la dedizione degli operatori e quindi ancora più performante e apprezzato dai cittadini utenti.

In conclusione, **questo insieme di temi può a buon diritto configurarsi come una piattaforma per rafforzare e rilanciare le politiche di salute e welfare nel Paese.** Come richiamato in premessa, **l'Emilia-Romagna ha saputo già in passato e anche recentemente svolgere un ruolo nazionale** di elaborazione di progetti riformatori e di concreta anticipazione degli stessi nel suo territorio, a beneficio della qualità dei servizi resi, e del benessere, dei cittadini emiliano romagnoli. L'auspicio è che **proprio la stessa Regione, unitamente ai Sindaci e al sistema delle autonomie, possa voler e saper raccogliere e sollecitare,** col protagonismo della società civile, valorizzando saperi e competenze largamente presenti e diffusi, **la spinta** per costruire e sviluppare, in un processo partecipativo diffuso – aperto a tutte le componenti di rappresentanza sociale, culturale ed economica – **azioni e proposte, volte ad anticipare** con concreti progetti per il territorio, **quel processo** che tarda da lungo tempo, e non è più rinviabile, **per una trasformazione ed ampliamento di qualità del sistema sanitario e di integrazione socio sanitaria a livello nazionale.**