



LABORATORIO VALORI IDENTITÀ NUOVI PROGETTI A SINISTRA

Verso una governance dei sistemi sanitari più democratica, partecipata e responsabile

Le innegabili difficoltà incontrate dalle Istituzioni nel contrasto alla pandemia hanno evidenziato la necessità di ridefinire terreni e confini nelle relazioni interistituzionali fra Autonomie Locali, Regioni e Stato. Questa riflessione andrà affrontata senza cedimenti a pulsioni neocentralistiche, favorendo il nascente processo di identificazione dei cittadini nelle "comunità regionali" e superando gli elementi di confusione e incompiutezza nei quali si trovano i processi di trasformazione delle Autonomie Locali.

Se questo è il contesto generale, la pandemia ha chiarito che in sanità è tempo di lezioni da trarre e di opportunità da cogliere.

Abbiamo imparato che le emergenze sanitarie sono eventi possibili e che, quando si abbattono su un sistema sanitario già debole, i rischi si moltiplicano. Abbiamo constatato che la sanità è avvertita dalla generalità della popolazione come la priorità delle priorità e che quindi la pianificazione finanziaria deve adeguarsi agli standard della pianificazione sanitaria e non viceversa, pur tenendo ferma la necessità che le risorse destinate vengano utilizzate con il massimo di efficienza ed efficacia. Ci siamo accorti che il principio di uguaglianza nell'accesso alle opportunità di assistenza e cura non si concretizza sull'intero territorio nazionale, ma questo ci ha anche consentito di individuare i punti di forza e di debolezza del sistema, sia in termini di funzioni e settori, che di assetti di governance, nei rapporti fra istituzioni decentrate e centrali.

In poche parole, ora sappiamo cosa fare, possiamo avere le risorse per farlo e siamo obbligati a farlo nel più breve tempo possibile. Sarà allora il caso di avere molto chiaro "chi deve fare che cosa". È questa una consapevolezza che si va diffondendo e che il Laboratorio Moltiplica intende rilanciare, auspicando di trovare ascolto, oltre che nella società civile, anche nelle Istituzioni coinvolte.

Il Recovery Plan dovrà essere la cornice di tutto ciò che andrà pianificato, finanziariamente sostenuto con i fondi resi disponibili e realizzato.

Il protagonismo delle Regioni nel processo di attuazione del Piano dovrà costituire un valore aggiunto e le esperienze più avanzate potranno costituire utile confronto, in un quadro di coordinamento statale che, nell'occasione, potrà essere esercitato, in termini di competenze e relazioni con le Regioni stesse, all'insegna di quella "autonomia differenziata", ma non "divisiva", che la Regione Emilia-Romagna propugna.

Innanzitutto, andrà riaffermato il primato della "medicina di prossimità" e della "medicina delle differenze" da incardinare in luoghi fisici - le Case della salute (*o delle Comunità*) - ove la professionalità degli operatori e la partecipazione dei cittadini-utenti possano sentirsi "comproprietarie" di queste nuove strutture, mediante forme innovative di rappresentanza e di gestione.

Nelle Case della salute e, ancor prima, nel domicilio dei cittadini, i professionisti della sanità e del sociale e fra essi in primis il medico, dovranno trovare sede stabile di esercizio integrato ed interdisciplinare del loro operato, con la consapevolezza che, per favorire la stessa integrazione, le attuali differenze nei rapporti contrattuali e la stessa configurazione libero professionale del ruolo del medico di base, costituiscono un limite da superare.

La proiezione territoriale delle equipe mediche ospedaliere renderà necessario anche uno sforzo di elaborazione innovativa delle modalità di misurazione e finanziamento delle performance ospedaliere, sia pubbliche che private accreditate, correggendo e integrando la valorizzazione della prestazione, con la misurazione e la valorizzazione dei risultati di salute indotti nel bacino di utenza dal complesso dei servizi sanitari e ospedalieri.

Tutto ciò dovrà camminare sulle gambe e sull'impegno di una nuova (e auspicabilmente più giovane) leva di operatori della sanità e del sociale, da

formare e assumere nelle quantità necessarie e su un enorme sforzo innovativo nel ridisegnare modelli, protocolli, procedure, digitalizzazione di percorsi relazionali, anche fra operatori e cittadini utenti.

Dovrà aver luogo uno sforzo analogo a quello che la ricerca scientifica ha saputo mettere in campo per realizzare, in tempi mai visti prima, il vaccino anti Covid. La storia del nostro SSN ha già conosciuto, ai tempi dell'incubazione della grande riforma del 1978, straordinarie pagine di protagonismo di operatori e cittadini-utenti che hanno elaborato modelli, inventato forme di partecipazione, garantito estensione delle tutele. Oggi la politica fatica a ricreare sedi di raccolta di bisogni e di volontà di partecipare che tuttavia, anche in tempi recenti, si sono manifestate con piazze piene di giovani e meno giovani. Le istituzioni hanno il dovere, e ora l'occasione, di valorizzare queste disponibilità e pulsioni positive.

È chiaro che, se la governance del nuovo SSN, a valle dei decisori istituzionali, dovrà fondarsi sul coinvolgimento di operatori, cittadini, associazioni e comunità, anche le Istituzioni dovranno ridisegnare il proprio ruolo e ripensare la propria cultura di governo del sociosanitario, con un salto di paradigma rispetto agli ultimi decenni, che sono stati innegabilmente più orientati verso il primato della tecnocrazia, che verso la partecipazione e la redistribuzione di poteri e responsabilità.

Il punto di vista della tecnocrazia, nelle regioni più virtuose, ha pervaso anche l'istituzione regionale e ha contribuito a salvaguardare i bilanci delle ASL ma, per converso, non sempre ha consentito di fare le scelte più opportune nei diversi territori e ancor meno, per propria caratterizzazione strutturale, ha potuto tener viva quella tensione alla partecipazione democratica che era patrimonio del SSN ex legge 833/78.

Questo processo si è svolto in un contesto per il quale gli stessi Comuni si sono via via ricondotti a un ruolo per lo più rivendicativo nei confronti di Regione e DD.GG, spesso basato sul peso politico e demografico del singolo territorio, con conseguente rischio di marginalizzazione delle istanze provenienti dalle aree extraurbane. Va riconosciuto che le pur rispettabili ragioni di carattere tecnico sanitario, portate a fondamento di scelte di "razionalizzazione" del sistema, non possono essere utilizzate strumentalmente a sostegno di altre motivazioni, ma vanno temperate con le ragioni e i bisogni che le comunità interessate avanzano, affidando alle stesse la possibilità di scegliere fra opzioni diversamente sostenibili.

Le Conferenze dei Sindaci variamente configurate negli ultimi 25 anni non bastano più: occorre che il ruolo dei Comuni si trasformi da consultivo in deliberante. Si tratta certamente di mantenere saldo il principio "chi spende, paga", perciò i Comuni devono diventare contitolari, insieme a Regione e, ove necessario, Università, dei poteri di pianificazione, indirizzo, controllo della gestione e valutazione dei risultati, rispondendone pro quota.

Occorre elaborare rapidamente una strumentazione tecnico-giuridica che garantisca questo obiettivo, assumendo eventualmente la quota capitaria di finanziamento alle ASL come base per determinare le quote di partecipazione dei Comuni al governo delle stesse, al netto della (ovviamente sempre prevalente) quota riservata alla Regione e, eventualmente, di una quota riservata all'Università.

L'organo di governo della nuova ASL - assembleare o, più ristretto, di nomina da parte della generalità dei Comuni, della Regione e delle Università - avrà poteri di alta amministrazione e controllo. La rappresentanza legale e la quotidianità della gestione saranno come ora affidate alla figura tecnica monocratica e ai suoi strumenti di supporto, per la gestione di strutture, distretti e presidi. A tal proposito dovrà essere trovata la soluzione istituzionale più coerente con l'obiettivo di rappresentare nell'organismo di governo collegiale, direttamente o per delega, ogni singolo Comune e di definirne la responsabilità pro quota, insieme alla componente (e quota) regionale e universitaria. Va da sé che l'organo di governo dovrà poter usufruire di un proprio supporto tecnico, del tutto autonomo rispetto alla ASL governata, dimensionato per qualità e quantità sull'esercizio dei propri limitati, ma fondamentali, poteri. Questa contitolarità di poteri e responsabilità favorirà, anche tramite l'articolazione distrettuale (pur anch'essa da riformulare) e le innovative forme di gestione delle Case della salute e degli stessi Presidi ospedalieri, sia l'integrazione ospedale-territorio, sia l'integrazione fra sanitario e sociale, sempre propugnate, ma scarsamente realizzate.

Vi è piena consapevolezza che la nuova governance, così riadeguata alle incombenti esigenze, presuppone e si intreccia anche con altri percorsi di riforma: dalle auspiccate unioni fra Comuni, alla fiscalità locale, ai criteri di finanziamento della sanità e del sociale, alla stessa grande riforma dell'assistenza sociale a livello nazionale, oltre che a tutte le normative e strumentazioni tecnico operative che ne derivano, in termini di procedure

gestionali. Senza considerare i passaggi che saranno necessari, con le rappresentanze dei lavoratori della sanità, gli ordini professionali, le Università, il volontariato sanitario e sociale, al fine di ridisegnare contenuti e obiettivi della formazione universitaria, rivedere le modalità di reclutamento e lo status degli operatori della sanità, gli organici, le gerarchie interne, i percorsi di carriera, i trattamenti economici comprensivi dei meccanismi incentivanti, le troppo diverse vigenti fattispecie di rapporto contrattuale con il SSN che vanno dal lavoro subordinato, alle convenzioni nazionali con liberi professionisti sui generis quali sono i medici di base, ai contratti a termine o ai pagamenti a prestazione, alla sempre discussa libera professione intra moenia dei dipendenti, più o meno allargata.

Il ministero della Sanità, con le sue Direzioni e i suoi organi consultivi, la Conferenza Stato -Regioni, gli assessorati regionali, le ASL di nuova configurazione dovranno continuare ad affrontare un impegno mai riscontrato prima della pandemia. Questa volta però non solo per gestire un'emergenza, ma anche per costruire un futuro nel quale anche le emergenze possano essere risolte in sicurezza.

La politica è chiamata a una prova formidabile. Dovrà avere innanzitutto una visione olistica della riforma del settore sociosanitario. Dovrà aprire contemporaneamente molti tavoli di confronto e gestire diversi dossier. Dovrà essere in grado di comprendere e governare le relazioni fra le diverse iniziative riformatrici, sapendo valorizzare, sia a livello centrale che delle Regioni, le migliori competenze a sostegno della propria azione, come in passato è stata in grado di fare e sapendo suscitare nel Paese e nelle comunità regionali e locali il grande movimento di partecipazione e sostegno che l'impresa richiede.

Quanto sopra è ciò che vorremmo leggere nel capitolo riservato alla Sanità del Recovery Plan da presentare in Europa e al Paese. Per quanto riguarda la "Missione Salute", nella bozza approvata in Consiglio dei Ministri, va apprezzato lo sforzo di concretezza, perfino temerario, nell'esplicitare in termini quantitativi e quindi misurabili, sia cenni di cronoprogramma e strumenti (gli *action plan*), che di risultati attesi dagli investimenti stabiliti. Ciò che invece tuttora manca (non è dato sapere se per implicito rinvio o scelta consapevole) è l'indicazione delle riforme correlate (nuove governance del sistema e dei suoi sottosistemi, convenzioni di medicina generale, status e contratti degli operatori fra tutte) e l'esplicitazione dei soggetti attuatori che non potranno che essere Regioni e ASL, con tutte le conseguenze che ciò comporterà in termini di assegnazione delle risorse su basi di partenza regionali fra loro del tutto differenti.

Vi è un'ultima consapevolezza: a monte di tutto sta la valutazione dei decisori politici e istituzionali circa il fatto che un percorso di riforme, come qui accennate e fra loro interconnesse, sia o meno necessario e urgente e circa l'opportunità di perseguirlo per portarlo a compimento. È a questi decisori, e innanzitutto a quelli del nostro territorio regionale emiliano-romagnolo, che il Laboratorio Moltiplica sottopone il proprio contributo di elaborazione e sollecitazione.