

Livelli di governo nella gestione nelle pandemie

di Emanuele Davide Ruffino e Germana Zolles

Il principio secondo cui le decisioni devono essere prese laddove è maggiore il livello di conoscenze è tanto semplice, quanto di difficile attuazione. La crisi cagionata dal Covid-19 ha riproposto la tematica in forme urgenti e concrete, ma il problema si ripropone anche per tutte le democrazie occidentali allo scoppio di tumulti o nelle grandi aziende nell'individuare il processo più efficiente.

Per capire l'attuale situazione occorre identificare i soggetti legittimati a emanare le "norme" che regolano il sistema. Dove si prendono le decisioni è sempre un enigma che ha caratterizzato molti passaggi della storia presente e passata (e lo rimarrà anche nel futuro). Lo spostare il livello decisionale al punto più opportuno non è garanzia del risoluzione corretta del problema, ma ne costituisce un indispensabile presupposto. Negli ultimi decenni si è parlato tanto di separazioni dei poteri, poco nel definire chi è chiamato a decidere e così, in pieno corona virus, il problema delle competenze non sono mai state più confuse (e il moltiplicare le task force non sembra aver risolto la questione). Se, ad esempio, il problema è planetario, il livello decisionale dovrebbe coincidere con le dimensioni del problema stesso. In prima approssimazione, i poteri in ambito sanitario, presentano la seguente successione:

livello planetario **OMS**

livello sovrazonale **Unione europea**

livello governativo **Ministero della salute**

livello regionale **Assessorato alla sanità**

livello aziendale **Direzione generale delle strutture sanitarie**

livello di struttura **Reparto / distretto**

livello di unità operativa **Singolo operatore**

La semplificazione proposta permette di evidenziare come il governo della sanità riflette necessità di interventi di diversa natura e ampiezza, con parziali sovrapposizioni che richiedono costantemente di rimanere interconnessi e integrati, in quanto un loro disallineamento comporta l'inefficacia della loro azione. L'identificazione dei rispettivi ambiti di competenza comporterebbe una trattazione specifica con una costante (quasi quotidiana) revisione per fornire una specie di atlante volto ad identificare gli ambiti di competenza: già individuare qual è il livello corretto cui assegnare la potestà normativa di un aspetto sanitario, costituirebbe un'azione chiarificatrice delle problematiche attualmente presenti nel settore. Per le caratteristiche della sanità tutti i livelli sono chiamati a prendere decisioni, non sempre riconducibili a protocolli prestabiliti, per cui

ognuno detiene un certo ambito di manovra. Il coronavirus ha rimesso in discussione tutto l'impianto così faticosamente costruito: dall'Oms al singolo virologo che non hanno dimostrato di costruire una società scientifica in grado di sintetizzare tutto il sapere acquisito. Anzi è sembrato che il dissidio che sicuramente dava importanza al singolo, andava esponenzialmente a scapito della comprensione dei fenomeni.

Se la cosa è accettabile a livello dei singoli, più preoccupante è la confusione generata intorno all'O.M.S. (ossia W.H.O. - World Health Organization) non perché questa istituzione detenga la verità assoluta, ma perché la sua messa in crisi, senza prospettare una valida alternativa, riporterebbe indietro le lancette della storia di alcuni decenni. Piacciono o meno, gli unici organismi predisposti per affrontare i problemi planetari sono le Nazioni Unite e le sue ramificazioni. Per quanto riguarda la sanità, l'organismo deputato è l'O.M.S. ma il suo operato è stato oggetto di critiche, al punto che il suo maggiore finanziatore ha voluto dissociarsi, ma peggio ancora, per i sempre più provati tentativi di condizionarne l'operato.

Abbiamo avuto decenni per organizzarci: l'O.M.S. fu fondata nel 1948, con sede a Ginevra, allo scopo di promuovere la cooperazione internazionale nell'ambito della sanità pubblica. Già la Lega delle Nazioni (1923) aveva disposto la formazione di un Ufficio Internazionale di Salute Pubblica, ma nel secondo dopoguerra si è voluto attribuire a questa organizzazione un compito più vasto e ambizioso, consistente nel promuovere "il livello di salute più alto possibile": obiettivo cui il mondo civile non può rinunciare. Ma ora, con il Coronavirus, il problema è di non farlo regredire.

Le attività che fanno capo all'O.M.S. possono così sintetizzarsi: ricerca, informazioni e divulgazione delle innovazioni tecnico-scientifiche in campo sanitario; definizione di criteri e regolamenti sanitari; promozione di campagne per la prevenzione di massa; consulenza per l'istituzione e la gestione di strutture sanitarie. L'O.M.S. è finanziata tramite i contributi dei Paesi membri e con i fondi messi a disposizione direttamente dall'O.N.U. per l'assistenza sanitaria ai paesi sottosviluppati.

Per la sua natura di Organizzazione con competenze su tutto il pianeta, all'O.M.S. compete predisporre norme ed interventi che riguardano tutti i Paesi e che ovviamente tutti i Paesi sono chiamati a rispettare, con l'obiettivo dichiarato del "raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute". È quindi compito dell'O.M.S. fornire una guida sulle questioni sanitarie globali, indirizzare la ricerca sanitaria, stabilire norme, standard e formulare scelte di politica sanitaria basate sull'evidenza scientifica; inoltre, è chiamato a garantire assistenza tecnica agli Stati Membri, monitorare e valutare le tendenze in ambito sanitario, finanziare la ricerca medica e fornire aiuti di emergenza in caso di calamità.

Ma se la fiducia verso quest'istituzione viene a mancare, occorre predisporre velocemente un'alternativa in grado di supportare l'integrazione internazionale, perché obiettivi connessi alla sanità e alle epidemie, sopra elencate, non possono essere lasciati ai capricci dei singoli Stati o ad interessi non proprio etici.

Una tabella può sintetizzare i ruoli i poteri all'interno della sanità

<u>Soggetto</u>	Obiettivo perseguito	Obbligatorietà e natura del	Campi di applicazione e	Controlli e modalità di
-----------------	---------------------------------	--	------------------------------------	------------------------------------

<i>istituzionale i</i>		degli interventi	tipologia di rilevazioni	verifiche attuative
<i>Organismi internazionali (OMS)</i>	Tutela della salute intesa come problema planetario connesso allo sviluppo di tutti i popoli	Possibile adesione ai trattati internazionali e/o rispetto degli indirizzi formulati dall'OMS (eventualmente utilizzando la forza)	Studi di tipo Epidemiologico (indicatori di salute e di efficacia del sistema sanitario valutato su tutta la popolazione)	Rilevazione del mancato rispetto delle raccomandazioni e conseguente rilevazione del non allineamento alle politiche internazionali
<i>Unione Europea</i>	Garantire il maggior livello di integrazione quale presupposto di una maggiore coesione (e garantire effettivamente la libera circolazione delle persone)	Sottoscrizione degli impegni comunitari (non solo riguardanti la libera circolazione, ma orientati a realizzare una comunità integrata)	Disposizioni comunitarie sull'adeguamento o alle direttive europee in tema di miglioramento del benessere e dell'interscambi o commerciale e sociale	Corrispondenza al dettato delle direttive dell'UE con la Corte di giustizia europea chiamata ad irrogare sanzioni a chi non si adegua
<i>Ministero salute</i>	Obbligo costituzionale di tutela della salute e obiettivi stabiliti con le leggi di riforma del servizio sanitario e dei piani sanitari nazionali	Leggi nazionali che, dopo il trasferimento delle competenze alle regioni, mirano a garantire un sufficiente livello di equità distributiva e di efficacia operativa Attraverso l'adozione di un piano sanitario Nazionale	Obbligo di rispondenza alle richieste stabilite dalla legge o da disposizioni specifiche (Ministero, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Sanitario Nazionale). E' a questo livello su cui, normalmente, vengono definiti i principali parametri di	La non ottemperanza alle disposizioni emanate dall'autorità centrale può provocare) nonché irrogare sanzioni civilistiche o penali in caso di violazione delle norme.

			riferimento socio economico ed epidemiologici	
<i>Regione</i>	Programmazione sanitaria attribuita alle regioni, attraverso specifiche legge quadro per il raggiungimento di adeguati livelli di assistenza	Leggi e provvedimenti regionali che devono definire le regole e le modalità operative con cui si erogano i servizi sanitari attraverso l'adozione di un piano sanitario regionale	Informazioni programmatiche sia di carattere contabile che gestionale per governare la realtà sanitaria	Verifica della veridicità dei bilanci (aspetto contabile) e dell'appropriatezza degli interventi (aspetto clinico)
<i>Aziendali</i>	Attuare le indicazioni regionali e predisporre le singole strutture per la cura dei pazienti	Necessità di azioni manageriali per garantire efficacia ed efficienza in attuazione al piano sanitario regionale	Obblighi connessi a tutte le strutture produttive-erogative (contabilità, civilistiche, fiscale e analitica)	Controlli civilistici (comuni ad ogni altra impresa) e di equità/eticità connessi con la natura del bene salute (bilancio etico)
<i>Singola unità operativa</i>	Elemento base per fornire le cure al paziente, in base a specifici protocolli scientifici di comprovata efficacia	Obbligo etico di migliorare la funzionalità e di rispondere alle esigenze dei pazienti	Rilevazioni connesse alle esigenze operative e gestionali specifiche per valutare l'appropriatezza delle prestazioni	Attività di benchmark , in collaborazione con le società scientifiche (nazionali e internazionali)

Oltre alle istituzioni citate, altri soggetti possono elaborare norme e regole che, specie nei processi avanzati di specializzazione, possono significativamente condizionare il comportamento degli operatori nel settore sanitario, tra cui:

1. *Le società scientifiche*: cioè quell'insieme non sempre codificato di conoscenze che

dettano le linee guida e la cosiddetta *good practice* cui necessariamente un operatore sanitario deve attenersi;

2. *la giurisprudenza in materia*: in Italia, pur non costituendo automaticamente “norma” (come invece accade ad esempio negli USA), il consolidato comportamento della giurisprudenza (ossia le sentenze dei tribunali sono unanimi nel trattare una determinata fattispecie) può/deve costituire un costante riferimento per gli operatori;
3. *norme deontologiche*: principi etici che devono guidare l’azione dei singoli professionisti e che il loro non rispetto può comportare sanzioni, compresa l’espulsione dall’ordine;
4. *Le regole non scritte* : gli usi e le consuetudini (cd. *fonti “extra ordinem”*): in sanità, se non suffragate da comprovate evidenze scientifiche, tale fonte ricopre un valore assolutamente residuale.