

Ivan Cavicchi

LA QUARTA RIFORMA



Qse

**Quotidiano
Sanità**
edizioni

**COLLANA
MEDICINA
E SOCIETÀ**

I diritti di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i Paesi.

Roma, novembre 2016

Isbn: 978-88-940522-3-7

www.qsedizioni.it

QSe **Quotidiano**
Sanità
edizioni

Ivan Cavicchi

La quarta riforma

Indice

Introduzione

La sanità pubblica sta morendo cosa facciamo?

La storia dell'autobus farlocco

La “quarta riforma”

PRIMA PARTE. PERCHÉ BISOGNA FARE UNA QUARTA RIFORMA?

Capitolo 1. Il grande inganno della sostenibilità

Introduzione alla sostenibilità

Come e dove nasce la questione sostenibilità

La sostenibilità economica, una indebita riduzione

Capitolo 2. Le inconcludenti indagini sulla sostenibilità

La commissione di indagine congiunta Bilancio e Affari sociali della Camera sulla sostenibilità (Giugno 2013)

La sostenibilità indefinibile (Camera maggio 2014)

La sostenibilità vaga (Senato marzo 2015)

Capitolo 3. Gli economisti e la sostenibilità

Sostenibilità contro universalismo

I luoghi comuni sulla sostenibilità

Contro riformare: rendere sostenibile ad ogni costo

Sprechi e sostenibilità

Capitolo 4. La goffa guerra contro-riformatrice all'insostenibilità

Un meccanismo ingenuo e irrealistico

Incapacità quale insostenibilità

Tutela sotto tutela

“Gestione sanitaria accentrata” (GSA)

Monitoraggio, gestione panottica e disavanzi

Tra vizi e virtù a pagare sono i cittadini

La tragedia dei piani di rientro

Piani di rientro lacrime e sangue

Patti per la salute

Capitolo 5. Revisione della spesa, tagli lineari e de-finanziamento

Revisione della spesa: cenni storici

Spending review e sprechi

Problemi di moralità pubblica

Revisione della spesa o tagli lineari?

Il significato di lineare

Il de-finanziamento relativo

Numeri relativi e finanziamenti condizionati

Scompensi finanziari

LEA: il minimo, l'essenziale, il salvavita

Capitolo 6. Invarianza regressività anti-economicità (de-quantificare senza de-finanziare)

Anti-economie

La decadenza come anti-economicità

Il “*reformista che non c'è*” e il problema della regressività

Ottimizzazione e marginalismo

Capitolo 7. Costi standard

Introduzione (Le buone intenzioni)

Una metodologia difficile e pericolosa per la sanità

Cosa non cambia

Standardizzazione contro ponderazione

Capitolo 8. Riordini

Mettere ordine

Dal territorio all'area vasta

Ospedalectomia

L'azienda zero ovvero la logica panottica

Capitolo 9. Mutue

Ritorno al passato

Contro l'universalismo

Il welfare aziendale

Epidemiologia neoliberista

Oltre la mutua, il terzo settore

Capitolo 10. La questione istituzionale principale causa di insostenibilità

Una nuova questione istituzionale

Regionismo

Spending power

Capitolo 11. Programmazione come metodo di governo

La programmazione è morta

Fine di un metodo di governo

Programmazione chiusa

Capitolo 12. De-capitalizzazione del lavoro

La de-capitalizzazione del lavoro tra diritti e interessi

I modi della decapitalizzazione

Ricapitalizzare il lavoro

La prassi invariante

Un altro genere di lavoro

Capitolo 13. La medicina “contro tempo”. I problemi dell'evidenza scientifica

La medicina contro tempo

Medicina tra complicazione e complessità
I problemi inediti dell'evidenza scientifica
Evidenza clinica verità e limiti
Evidenza clinica e le verità del malato
Evidenza e relazione

Capitolo 14. Medicina “contro tempo”. I problemi della necessità

I nuovi problemi della necessità
Necessità tra ciò che si fa e ciò che si dovrebbe fare
Necessità clinica quale impensabilità
I problemi del giudizio di necessità
Il giudizio condizionato del medico
Necessità e autonomia delle professioni a rischio
De-finanziamento delle necessità

Capitolo 15. Medicina “contro tempo”. La medicina amministrata

Può essere appropriata una medicina inadeguata?
Quale medicina? Quale medico?
Medicina amministrata
Medicina amministrata e self interested
I lineaguidari
Scientismo medico
Medicina ippocratica contro medicina amministrata
Choosing wisely
La medicina dei precetti
Il paradosso dell'appropriatezza inadeguata

PARTE SECONDA. LA QUARTA RIFORMA

Capitolo 1. Come si pensa una riforma?

Contro-prospettiva
Contro fattuali
Mondi possibili
Modalità
Condizionali

Capitolo 2. Verso la quarta riforma

Riformare e innovare
De-quantificare la spesa per uscire dal de-finanziamento

Capitolo 3. Riformare per essere sostenibili

Chi sarà contro la *quarta riforma*?
Rifinanziamento in cambio di sostenibilità

Capitolo 4. Riformare quello che non abbiamo mai riformato

Tutto nasce dal default delle mutue
La super mutua

Omissioni, errori e scelte poco ponderate

Le grandi invarianze: domicilio, medicina di base, specialistica, ospedalità

Due enclave: medicina di base e medicina ospedaliera

Un diabolico combinato disposto

Standardizzare l'invarianza

Medicina discreta o medicina continua

Capitolo 5. Proposte di riforma

Prima proposta. Ridefinire il concetto di tutela

Seconda proposta. Riconoscere il nuovo ruolo del cittadino

Terza proposta. Ripensare la medicina

Quarta proposta. Ripensare il distretto

Quinta proposta. Ripensare l'ospedale

Sesta proposta. Ripensare la medicina di base e la specialistica ambulatoriale

Settima proposta. Riformare il lavoro in sanità

Ottava proposta. Riformare il governo e la gestione della sanità

Nona proposta. Ripensare il sistema di finanziamento

Decima proposta. Riformare la programmazione come metodo di governo

Conclusione (Parlando in prima persona e rivolgendomi alla sanità, alla politica, alle istituzioni e soprattutto ai giovani)

Introduzione

La sanità pubblica sta morendo cosa facciamo?

È arrivato il momento per ciascuno di noi, cioè per tutti coloro che a vario titolo credono nella sanità pubblica, nei suoi valori morali, nelle sue utilità sociali, nei suoi significati costituzionali, di prendersi le proprie responsabilità.

Quali? Quelle di fare un'analisi disincantata della realtà, di guardare bene in faccia i problemi che ci sono, e di farsi un esame di coscienza, per decidere molto semplicemente cosa fare e cosa sia meglio fare.

La sanità pubblica sta morendo e questo governo, che pur dice di credere nei suoi valori, non ha politiche plausibili e convincenti per salvarla, anzi le sue politiche di de-finanziamento la stanno mettendo in pericolo.

Vi risparmio il *cahier de doléances* sulla sanità, sappiamo tutti come stanno effettivamente le cose. Andiamo al sodo: la sanità pubblica *a condizioni non impedita* sta morendo è inutile negarlo ed è vano sperare che domani andrà meglio. Se non cambiano le cose domani andrà peggio.

De-finanziamento, decadenza, scontenti di ogni tipo, interessi speculativi, operatori frustrati, incapacità politiche ad ogni livello, giovani senza futuro, rischiano di fare una miscela tanto corrosiva da compromettere la tenuta del sistema.

Per evitare il peggio c'è una possibilità: mettere in campo una “*quarta riforma*” che abbassi i costi complessivi del sistema per renderli compossibili con la spesa pubblica e con i diritti delle persone.

Ma cosa vuol dire fare una “*quarta riforma*”? Prima di ogni cosa non fare gli errori del passato. Quindi evitare “*riforme delle riforme*” cioè la solita strada dell'adeguamento ordinamentale. E quindi? Riformare quello che ne noi ne altri hanno mai riformato... almeno sino ad ora.

La storia dell'autobus farlocco

Molto tempo fa le persone che andavano a piedi decisero di mettersi insieme per comprarsi una corriera. Le corriere erano tante quante erano le persone che si erano unite per comprarsele. Erano piuttosto pesanti, non molto veloci, consumavano molto e andavano piuttosto piano e nel tempo diventarono sempre più macilente sferraglianti e costose. Quando le corriere nel tempo diventarono una totale remissione si pensò che era giunto il momento di comprare un autobus nuovo, unico per tutti, più veloce, più leggero, meno costoso.

Ingegneri meccanici, elettricisti, gommisti, carrozzieri si misero all'opera per costruire il grande autobus multipiano per tutti. La carrozzeria fu completamente cambiata, nell'interno i posti a sedere erano davvero tanti, disposti su piani diversi, ma quando

arrivarono a montare il motore si accorsero che nessuno di loro aveva pensato di progettare uno nuovo. Il rischio era di avere un *autobus farlocco* cioè grande come un transatlantico e lento come una caccavella.

Fu così che i meccanici e gli ingegneri decisero di smontare i motori delle vecchie corriere e di costruire, con i loro pezzi, il motore che serviva.

Quando il grande autobus fu pronto, erano tutti molto felici. Finalmente ciascuno poteva viaggiare comodamente secondo le sue necessità. Ma come si sa le magagne vengono fuori con il tempo.

A un certo punto ci si accorse che il grande autobus andava piano e costava un sacco di soldi. Il suo motore si sfiancò molto presto. Era senza ombra di dubbio un autobus farlocco.

Si decise di correre ai ripari arrangiandosi alla meno peggio: si cominciò ad imporre crescenti limiti di velocità, poi si pensò di razionare la benzina e di far pagare il biglietto. Ma i costi non diminuivano e l'autobus andava sempre più piano. Allora si pensò di alleggerirlo un po', eliminando qualche pezzo, come gli sportelli, i parafanghi, i fari, e persino i posti a sedere. Ma così l'autobus farlocco si ridusse all'essenziale diventando ancor più farlocco.

La gente cominciava ad essere scontenta ma soprattutto le persone restavano sempre più a piedi.

Oggi per risolvere questa incresciosa situazione, cioè per mettere d'accordo le necessità delle persone e le disponibilità economiche servirebbe un autobus sostenibile, più leggero, che consumi poco e più veloce, ma senza un motore nuovo un autobus del genere non sarebbe possibile.

Il governo di turno e tutti i consiglieri che a proposito di corriere, lo assistono, di motori, da quello che abbiamo capito, non sa molto ed ha lasciato chiaramente intendere che di rifinanziare la grande corriera sgangherata non ci pensa proprio, e che semmai bisognerà decidere di sostituirla con dei tricicli o qualcosa di altro, rassegnandosi al fatto che molti resteranno a piedi.

Ma il governo e soprattutto i suoi esperti di corriere, sbagliano. Oggi per risolvere tutti i problemi, senza lasciare nessuno per strada, basterebbe costruire un nuovo motore. Con un motore nuovo si potrebbe andare ovunque, portare chiunque e spendere molto meno di quello che si è speso sino ad ora con la corriera farlocca. Il triciclo certamente consumerebbe poco ma costerebbe a tutto il paese tutta la sua arretratezza perché alla fine, in questo mondo ad alta velocità, con il triciclo, si resta a piedi e non si va da nessuna parte

La “quarta riforma”

La “quarta riforma” si preoccupa di dare alla sanità un “motore nuovo”.

Inventare un motore nuovo non è proprio facile. La difficoltà più grande per gli ingegneri meccanici, è trovare delle soluzioni originali, ad hoc specifiche dedotte direttamente dai nostri problemi e dalle nostre esperienze, rispetto alle quali neanche gli

altri in Europa hanno ancora trovato soluzioni soddisfacenti. Oggi se vogliamo un motore nuovo non possiamo più copiare le soluzioni dagli altri come abbiamo sempre fatto, dal '78 in poi, con 40 anni di ritardo.

Quindi la difficoltà vera è mettere mano ad un *riformismo originale* del quale prenderci interamente la responsabilità.

Non si ha un motore nuovo assemblando pezzi di vecchi motori. Cioè non si riforma un bel niente se a modelli invariati ci limitiamo a cambiare gli ordinamenti, e cornici, i contenitori. Oggi:

- si riduce il numero delle usl ma in nessun caso la usl è ripensata;
- si blocca il turn over e il salario ma in nessun caso si ripensa il lavoro;
- si dà la stura alla “*guerra delle competenze*” ma in nessun caso si ripensa la “*competenza*”;
- si riducono i posti letto ma in nessun caso si riforma l'ospedale;
- si limitano le decisioni del medico ma in nessun caso si ripensa il medico.

Dobbiamo essere onesti con noi stessi: prima ancora delle grandi crisi economiche, dei pesanti problemi di spesa pubblica, i problemi della sanità nascono principalmente da clamorose omissioni riformatrici rispetto alle quali il governo di turno ancora non ha saputo porre rimedio. Queste omissioni senza accorgercene le abbiamo rimosse, non ne parliamo mai, vittime di strane amnesie... forse perché nei confronti dei problemi dei giovani ci fanno sentire un po' colpevoli e corresponsabili

Rispondere ai problemi finanziari lasciando i cittadini a piedi cioè mettendo in atto restrizioni di ogni genere è la cosa più facile del mondo, rispondere agli stessi problemi riformando quello che non è mai stato riformato, è la cosa più difficile da fare ma anche quella che serve.

La “*quarta riforma*” vuole cambiare il motore al sistema. O si cambia o si resta a piedi.

Ivan Cavicchi

PRIMA PARTE
PERCHÉ BISOGNA FARE UNA QUARTA RIFORMA?

Capitolo 1

Il grande inganno della sostenibilità

Introduzione alla sostenibilità

In sanità tutte le cose, soprattutto le più sgradevoli, che si decidono di fare sono fatte in nome della sostenibilità. Ma l'uso del termine *sostenibilità* è molto equivoco. Il suo significato è deciso di fatto dal suo impiego cioè *de-finanziare il sistema per scopi di compatibilità* con la spesa pubblica. De-finanziamento, sostenibilità, compatibilità sono la stessa roba. Per cui per prima cosa ciò che si deve riformare è l'*idea strategica di sostenibilità*.

La sostenibilità di un sistema complesso come la sanità intesa in modo corretto è la condizione o attitudine che a partire da certe *condizioni iniziali* gli consente di *mantenere i suoi equilibri* nel tempo e quindi di *durare*.

La sostenibilità, se intesa in modo corretto, è quindi una questione di *condizioni iniziali di equilibri e di tempo*. Gli equilibri in qualsiasi sistema complesso sono suscettibili di comprometersi perché nel tempo inevitabilmente accadono delle cose. Quando ciò avviene si hanno problemi di *relativa insostenibilità* e quindi:

- in un primo momento laddove è possibile si tratta di ritardare il sistema cioè di aggiustare lo stato delle cose;
- in un secondo momento quando ritardare non basta più si tratta di creare equilibri nuovi.

Tutta la storia della sanità del 900 va letta come storia prima di tutto di equilibri e di squilibri tra:

- il soddisfacimento storico dei bisogni di salute (storico vuol dire in rapporto alle possibilità di cura scientificamente disponibili in una determinata epoca);
- le risorse necessarie a garantirlo.

La storia della sanità ci insegna che il rapporto tra bisogni/risorse, nel medio lungo periodo, non è mai stabile e duraturo nel senso che si parte sempre da certe *condizioni iniziali* che nel tempo cambiano perché:

- i bisogni di salute tendono a crescere;
- le risorse necessarie a soddisfarli tendono ad essere relativamente insufficienti;
- il sistema sanitario tende nel tempo ad indebitarsi cioè a squilibrarsi.

La conseguenza è che:

- il sistema sanitario periodicamente andrebbe riequilibrato;
- nel breve periodo il lavoro di riequilibrio è sempre un lavoro di razionalizzazione nel medio lungo periodo è sempre un lavoro di riforma

In realtà per mettere in equilibrio un sistema complesso come la sanità non basta un lavoro di mera riorganizzazione o di mera manutenzione o di razionalizzazione.

Questo vuol dire che:

- il sistema sanitario è sostenibile fino a quando è in equilibrio;
- nel lungo periodo esso tende inevitabilmente ad essere relativamente insostenibile;
- la sostenibilità di un sistema complesso come la sanità può essere garantita solo da riforme successive;
- qualunque sistema sanitario se non è periodicamente riformato nel lungo periodo ha problemi di insostenibilità.

In una visione corretta della sostenibilità, quindi, *l'indebitamento di un sistema* sta ad indicare non solo un problema di bilancio o un semplice problema contabile ma un equilibrio complesso che viene meno per tanti motivi.

È solo quando degli equilibri vengono meno che la sostenibilità diventa un problema.

Come e dove nasce la questione sostenibilità

Mettiamo in fila i fatti storici:

- nel 1942 nasce il sistema mutualistico fondato sul principio di corrispondenza prestazioni/contributi;
- esso nel tempo va in disavanzo strutturale perché aumentano le prestazioni in ragione della crescita della domanda di salute ma non i finanziamenti;
- alla radice del disavanzo strutturale c'è un modo di concepire la cura e l'assistenza tutto imperniato sulla prestazione cioè su una offerta di servizi mirati a riparare i danni della malattia (*prestazionismo*);
- un sistema basato solo sulle prestazioni di cura per sua natura è inevitabilmente a costi crescenti.

Per risolvere i problemi di sostenibilità delle mutue viene fatta nel 1978 la riforma sanitaria. L'obiettivo è riformare l'offerta e rimettere il sistema in equilibrio. All'indomani del suo varo la spesa sanitaria per tante ragioni aumenta in modo considerevole dando luogo a imprevisti problemi di sostenibilità. Come risposta i governi adottano le prime politiche di de-finanziamento del sistema (contenimento, contingentamento, misure

urgenti in tema di spesa sanitaria). La questione sostenibilità ereditata dal precedente sistema mutualistico passa quindi nell'attuale sanità pubblica fino ad arrivare ai giorni nostri assumendo la forma dei tagli lineari e del de-finanziamento programmato

Oggi dopo anni di ritardi e di errori la questione sostenibilità si sta esasperando fino ad avvicinarsi ad un punto di rottura. La causa è duplice:

- tre riforme che non hanno riformato il *motore del sistema* (mancata riforma della domanda di salute e dell'offerta di servizi);
- la crisi economica e i problemi della spesa pubblica.

Cioè la riforma del '78 pur dando luogo ad un sistema sanitario nazionale inedito è stata applicata sostanzialmente a "tutela" invariante quindi a "motore invariante", assemblando tra loro pezzi di vecchi motori (assistenza ospedaliera, specialistica, di base, farmaceutica ecc). Questa è la prima ragione per la quale essa non è riuscita a rimettere in equilibrio la domanda con l'offerta cioè a creare nuove condizioni di sostenibilità. I problemi economico-finanziari del paese poi hanno fatto il resto. Cioè come si dice "*hanno messo il carico da dodici*".

Per assicurare al sistema un maggior grado di sostenibilità dopo il varo della riforma del '78 si decise di mettere in campo due riforme correttive (502/1992;229/1999):

- la prima puntava le sue carte *sull'azienda* considerandola la strada giusta per raggiungere sostenibilità, cioè per ridurre i costi dell'offerta;
- la seconda invece con gli stessi scopi della precedente puntava le sue carte sulla *razionalizzazione* dei costi riconducibili all'offerta di servizi e quindi sulla qualificazione dei consumi.

Ma entrambi, sempre a tutela invariante, cioè a motore invariante.

Ma queste due riforme anche se introducono importanti cambiamenti, rispetto al problema sostenibilità, non riescono nei loro scopi:

- l'azienda nel tempo si mostra al disotto delle aspettative anzi un vero fallimento sul piano della gestione;
- la razionalizzazione dei costi insufficiente a garantire nuove condizioni di sostenibilità.

Il de-finanziamento programmato in essere non è altro che la risposta al fallimento o all'insufficienza di queste due riforme. Se esse avessero funzionato cioè avessero fatto "sostenibilità" rimettendo il sistema in equilibrio il de-finanziamento non sarebbe stato necessario.

Oggi siamo sempre più lontani dal trovare un equilibrio tra domanda e offerta e probabilmente siamo alla vigilia di una rottura con il sistema pubblico. Il de-finanziamento accentua gli squilibri anzi li esaspera. In esso troviamo i tagli lineari, i tetti,

i piani di rientro, i commissariamenti, le politiche contro il lavoro, il contenimento dei consumi, i riordini regionali ecc. cioè tutte misure che pensano solo ed esclusivamente a contenere la spesa.

In sintesi: la “*questione sostenibilità*” nasce perché:

- le riforme fatte a partire dal default delle mutue non sono riuscite sino ad ora a mettere in equilibrio la domanda con l’offerta;
- lo squilibrio nel tempo confligge sempre di più con i problemi della spesa pubblica e del disavanzo pubblico.

La sostenibilità economica, una indebita riduzione

Oggi il concetto di *sostenibilità* nell’uso ordinario del termine coincide con quello di *compatibilità economica*, quindi il suo *uso politico* rispetto al problema degli equilibri, è un uso riduttivo e distorto.

In genere si considera insostenibile *una spesa sanitaria alta* in rapporto a due parametri:

- l’andamento del Pil;
- la situazione della spesa pubblica.

Questa visione è scorretta da ogni punto di vista perché implica che la spesa sanitaria:

- come *fenomeno* possa essere scorporata dai processi che la determinano e quindi isolabile;
- in termini di fabbisogno finanziario una volta isolata essa diventi facilmente la controparte di crescenti politiche di risparmio;
- diventi il bersaglio di ogni def e di ogni legge di stabilità o in certi casi l’oggetto di negoziati (patti per la salute) o il parametro di dolorose operazioni di contingentamento (piani di rientro).

Se la sostenibilità è una questione di equilibri allora le sue letture solo economicistiche sono sbagliate e inadeguate e ci portano fuori strada, perché:

- il grado di sostenibilità o di insostenibilità è sempre un parametro che definisce lo stato di un sistema e più esattamente lo stato dei rapporti tra bisogni e risorse allocate per soddisfarli... non solo i suoi conti economici;
- la sostenibilità è sempre un problema di relazioni tra domanda e offerta;
- in sanità per ristabilire degli equilibri compromessi, le misure economiche da sole non bastano mai. Anzi da sole fanno solo dei danni;
- tutte le misure finanziarie fini a se stesse hanno tutte fatalmente delle implicazioni contro riformatrici.

Una visione solo *economicistica* della sostenibilità condanna quindi il sistema pubblico ad essere prima o poi controriformato per de-finanziamento progressivo cioè ad essere messo in discussione come fabbisogno. In questo caso il problema non è più la riforma di un equilibrio tra bisogni e risorse per creare condizioni di sostenibilità, quindi la ricerca di un equilibrio più avanzato, ma è la quantità brutale del fabbisogno in quanto tale giudicato semplicemente incompatibile con le risorse assegnabili.

Quando il fabbisogno è giudicato “*insostenibile*”, per estensione, il sistema sanitario, in quanto tale viene considerato “*insostenibile*” al punto da rischiare di essere liquidato e sostituito da un altro sistema ritenuto non tanto “*più sostenibile*” e neanche semplicemente “*meno costoso*” ma semplicemente scaricabile sui redditi privati.

In questa *visione economicistica* della sostenibilità:

- la spesa sanitaria come spesa pubblica deve essere semplicemente la più bassa possibile, cioè la più compatibile con le politiche economiche del governo;
- l'idea di sostenibilità perde il suo significato di durata degli equilibri per cui il sistema pubblico non deve tanto durare nel tempo ma, costare semplicemente di meno.

In assenza di riforme efficaci l'unico modo per chi governa è far costare di meno il sistema pubblico facendolo diventare meno pubblico, cioè meno a carico dello Stato. Per cui si comincia a parlare di universalismo selettivo, di priorità, e quindi di de-finanziamento ecc.

Oggi ribadiamo al punto in cui siamo arrivati definire cosa sia la sostenibilità cioè riformare il suo significato distorto, è diventata una scelta strategica.

Le alternative non sono molte:

- o la intendiamo come *riforma* per sostituire equilibri vecchi con equilibri nuovi;
- o la intendiamo come *controriforma* che ignora il problema degli equilibri e si concentra su quello dei costi e della loro redistribuzione, nel senso che data la loro relativa comprimibilità l'unica strada che resta è ripartirli in modo diseguale, per dare ai poveri di meno ai ricchi di più.

Dicano la sanità, la politica, le istituzioni e il governo quale strategia?

Capitolo 2

Le inconcludenti indagini sulla sostenibilità

La commissione di indagine congiunta Bilancio e Affari sociali della Camera sulla sostenibilità (Giugno 2013)

Nel giugno 2013 alla Camera si istituisce una commissione di indagine congiunta Bilancio e Affari sociali sui problemi della sostenibilità. La sanità torna come è giusto in parlamento cioè nel luogo elettivo della politica rispetto al quale il governo viene sentito al pari di altre istituzioni come parte che concorre alla definizione di un giudizio, senza per questo negargli nessuna delle sue prerogative.

È una cosa importante che testimonia il momento di crisi che vive la sanità e che antepone alle definizioni delle politiche, la stesura di un bilancio delle cose fatte e non fatte. Come ci insegna l'esperienza inglese (rapporti Griffith, Korney) non si possono prendere decisioni sulla sanità senza una puntuale conoscenza della sua complessità

Questa commissione di indagine, si dice, è per la “sostenibilità” del sistema. Nel '92 (502) la parola chiave era “coerenza” tra tutele e finanziamento, nel '99 (229) le parole erano due “contestualità” “compatibilità” tra sanità e finanzia pubblica.

Oggi è “sostenibilità”, parola che viene declinata in funzione di ogni legge di stabilità, in linea con quanto dichiarato dal governo di turno sulla necessità di ridurre ulteriormente la spesa sanitaria, con la differenza, si dice, che stavolta anziché fare tagli lineari si farà la *spending review*, la spesa sarà “rimodulata” e comunque “ridotta”.

Il punto è cosa vuol dire *sostenibile*?

A tutti è chiaro ad esempio che non si può dare sostenibilità senza moralità cioè che un sistema sanitario corrotto, disorganizzato, malgovernato, regressivo, è automaticamente insostenibile. La sostenibilità non può né essere un argomento assoluto come sostengono coloro che teorizzano la fine dell'universalismo, né un modo per imputare al sistema la colpa di essere pubblico, come se pubblico fosse sinonimo di insostenibilità. Questa è la ragione per cui i tagli lineari o le mutue non rendono più sostenibile il sistema ma semplicemente meno pubblico e quindi meno giusto. Che poi lo Stato abbia pochi soldi da dare alla sanità è un altro paio di maniche per cui è possibile che la sanità sia relativamente sostenibile ma che non ci siano soldi abbastanza per finanziarla. In questo caso non è onesto dire che la sanità è insostenibile.

Il termine che troverei più adatto al lavoro di indagine della commissione non è sostenibilità ma “*compossibilità*” cioè chiedersi come sia possibile, anche in recessione, fare in modo che diritti e risorse siano senza contraddizioni e in ragione di ciò entrambi possibili. Cioè come la domanda sia un equilibrio con l'offerta e viceversa. Quali sono le

principali contraddizioni che creano problemi di sostenibilità e che sono da rimuovere? Le contraddizioni, anomalie, paradossi, antinomie che esistono nel sistema sanitario sono innumerevoli. Siccome le contraddizioni hanno un costo, il solo rimuoverle della metà permetterebbe al nostro sistema di essere “*low cost*” cioè leggero, funzionale e moderno e persino più giusto, diventando perché no, più pubblico di quello che è ora.

In questo caso *sostenibilità* vale come *compossibilità*.

Oggi per rendere sostenibile il nostro sistema pubblico, ovvero per metterlo in equilibrio dovremmo rimuovere tutte le sue più importanti contraddizioni ma per rimuovere delle contraddizioni dobbiamo necessariamente riformare.

La sostenibilità indefinibile (Camera maggio 2014)

Sulla sostenibilità i documenti che sono usciti dalla commissione della Camera non hanno dato nessuna definizione di “sostenibilità”. Essi ci ripropongono il solito “*sensus commune*” quello della compatibilità con la spesa pubblica questa volta organizzato come un pacchetto di giustificazioni offerte alle politiche del governo. Quasi fosse un via libera. La sostenibilità per la Camera è in pratica una lista della spesa: titolo V, sanità territoriale, deospedalizzazione, ticket a franchigia calcolata in percentuale del reddito, defiscalizzazione dei fondi integrativi e delle polizze assicurative. Il tutto immerso nella retorica del valore insostituibile del Servizio sanitario nazionale, della spesa sanitaria bassa rispetto l’Europa, del rischio di compromettere la qualità delle prestazioni se si taglia troppo, della governance garantita a suon di standard ecc.

Alla fine ciò che di concreto è venuto fuori da questi documenti è una sostenibilità ridotta alla franchigia sui ticket (proposta Agenas), e la defiscalizzazione dell’assistenza integrativa. In pratica la commissione della Camera ci dice che la sanità è “*relativamente insostenibile*” (senza che si sappia cosa sia la sostenibilità) per cui bisogna integrare i finanziamenti pubblici con quelli privati e quindi con un nuovo sistema di ticket e di mutue integrative. Evidentemente la commissione ignora che defiscalizzare le mutue significa togliere soldi al sistema pubblico cioè incentivare con i soldi pubblici dei sistemi sanitari corporativi che si sostituiranno per certe tutele a quelle pubbliche lasciando indietro i più deboli. È quantomeno ambiguo, sostenere che “*si potrebbe incentivare la sanità integrativa, con il vantaggio di diminuire il numero di prestazioni erogabili dal sistema*” e nello stesso tempo avvertirci che bisogna tenere conto dei “*diversi profili problematici, atteso che i fondi, per come attualmente composti, potrebbero dar luogo ad una segmentazione della popolazione protetta, determinando una differenziazione delle tutele offerte dal sistema*”.

Ma se prima si inneggia all’universalismo della sanità pubblica e gli “effetti collaterali” dei fondi integrativi sono così nefasti proprio per l’universalismo, perché mai non si dice chiaramente, una volta tanto, che sono sconsigliati?

Ma a parte questa non marginale contraddizione come si fa a risolvere i problemi della

sostenibilità senza prima definire che cosa essa sia?

Perché non dire che:

- i sistemi sanitari pubblici oggi tendono ad essere strutturalmente “*quasi sostenibili*” perché tendenzialmente hanno un andamento inevitabilmente incrementale;
- la sostenibilità è una idea relativa non alla quantità della spesa sanitaria ma alle difficoltà di quella pubblica;
- la sostenibilità è relativa al sistema che si ha cioè se non vi fosse la corruzione, la disorganizzazione, le diseconomie, la sanità sarebbe a parità di risorse super sostenibile.

Si dice che:

- senza cambiamento e innovazione il sistema va a fondo ma si riduce il cambiamento al solito marginalismo, alla solita appropriatezza, alla solita razionalizzazione, quindi ad una idea di cambiamento leggero;
- l'epoca dei tagli lineari è finita... come se a decidere se farli o no fosse il Parlamento, ma si introducono “oneri lineari” a carico del cittadino come le franchigie per i ticket e “incentivi lineari” per fare le mutue integrative che ridurranno il grado di universalismo del sistema;
- bisogna dare più potere al ministero della Salute togliere potere al Mef e alle Regioni come se il governo della sanità fosse un problema solo di competenze istituzionali da spartire;
- abbiamo un sistema a due velocità e 21 sistemi sanitari diversi, come se fosse il federalismo fasullo a creare diversità e non una classe politica per lo più incapace, fino a convincersi che se si ricentralizzasse tutto sarebbe tutto risolto... dimenticando però che prima della riforma del titolo V, quindi quando il ministero era potente, le cose non erano tanto diverse. Anche allora esisteva un decentramento, il divario nord/sud e 21 sanità diverse.

Insomma la commissione della Camera a proposito di sostenibilità si è limitata a recensire il senso comune, nulla di più. E il senso comune non dice ne cosa sia la sostenibilità ne quali politiche eventualmente servirebbero per farla. Ciò che viene fuori è una vaga necessità contro riformatrice per superare l'insufficienza delle politiche marginaliste della 229 continuando ad intingere in quella generosa e inesauribile acquasantiera dell'appropriatezza, della qualità, della economicità, della razionalizzazione, dell'integrazione ospedale/territorio e a fare l'occholino al neo-mutualismo e alle assicurazioni.

La sostenibilità vaga (Senato marzo 2015)

Il documento finale del Senato sulla sostenibilità è diverso dal quello della Camera. La più importante diversità è considerare la sostenibilità non come un postulato economico assoluto e imperativo ma semplicemente come una categoria di pensiero *“relativa al sistema che si ha cioè se non vi fosse la corruzione, la disorganizzazione, le diseconomie, la sanità sarebbe a parità di risorse super sostenibile”*.

La ridefinizione del concetto di sostenibilità del Senato ha molte conseguenze importanti:

- cade la pretesa che fino ad ora ha giustificato e continua a giustificare i tagli lineari del governo;
- si afferma l'idea che la sostenibilità, (che se presa alla lettera vuol dire altro tipo di sanità altro equilibrio tra domanda e offerta), è una funzione che varia in relazione ai suoi argomenti $f(x...)$;
- finalmente si mettono al centro delle politiche i legami che esistono tra la sostenibilità e tutte le tante variabili costitutive ed interdipendenti del sistema sanitario (governabilità, organizzazione dei servizi, allocazione delle risorse, politiche del lavoro ecc.).

Ma se questa è l'idea corretta di sostenibilità cambia, anche, il ruolo e la responsabilità di chi governa le sue variabili, cioè dei veri determinanti di sostenibilità, e che in ragione di ciò possono decidere che un sistema sanitario sia relativamente sostenibile o relativamente insostenibile.

Cioè cambia il tipo di responsabilità politica delle Regioni e delle aziende:

- se la sostenibilità è una questione solo economica Regioni e aziende sono le vittime dei tagli lineari;
- se la sostenibilità è una qualità relativa che co-emerge da come si governa un sistema, in questo caso i limiti delle Regioni e delle aziende diventano la causa implicita dei tagli lineari (si veda il dossier Agenas sulla spesa sanitaria regionale).

Alla fine la commissione del senato libera finalmente la sostenibilità dal fardello economicistico riconducendola nei fatti alla vecchia definizione Romanow (*Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002*) che definisce la sostenibilità di un sistema sanitario come *“la garanzia che siano disponibili risorse sufficienti nel lungo periodo, tali da fornire un accesso tempestivo a servizi sanitari di qualità, improntati sui bisogni dei cittadini”*. La sostenibilità quindi è un problema di equilibri nel caso del rapporto Romanow tra bisogni servizi e risorse. Romanow, afferma che *“non vi è alcuna mano invisibile che silenziosamente e discretamente mantiene gli elementi di un sistema in equilibrio”*. Le decisioni in merito alla quantità di risorse da destinare al sistema sanitario pubblico sono squisitamente politiche, perché attengono al sistema di valori proprio di ciascuna collettività. Non a caso Romanow conclude con la seguente affermazione *“un sistema sanitario è sostenibile tanto quanto un Paese decide che lo sia”*. Quasi a dire che

la durata o la longevità della nostra sanità pubblica non dipende solo dalle risorse economiche ma dalla capacità riformatrice necessaria a garantire nel tempo degli equilibri.

Capitolo 3

Gli economisti e la sostenibilità

Sostenibilità contro universalismo

Gli economisti che si occupano di sanità in genere giustificano in nome della sostenibilità l'idea di assistenza integrativa e quel tormentone che ormai ci perseguita da anni, “*non si può dare tutto a tutti*”. Quindi per loro per essere sostenibili bisogna dare di meno e in modo selettivo.

Questa razionalità tipica è la stessa che ci spiega l'economicismo che in questi anni ha fatto il buono e cattivo tempo e che “*oggettivamente*” di fronte alle sfide del cambiamento, anziché darci soluzioni soddisfacenti ha finito con il complicarci la vita e non di poco.

Oggi, come dicono in molti, siamo alla vigilia di un esecrabile cambio di sistema perché, si dice, i recuperi di efficienza di questi anni non bastano più a coprire il fabbisogno di risorse. Oggi il governo sarebbe quindi giustificato in nome della sostenibilità a mettere mano ad un cambio di sistema perché tutto quello che gli economisti ci hanno prescritto in questi anni, (azienda, razionalizzazione, contenimento dei costi, risparmi, compatibilità, costi standard ecc.) non basta più.

La prima questione che si pone è quella delle risorse. Esiste o no il problema delle risorse? Perché se si dice che, dati alla mano, non c'è un problema di sostenibilità, che la questione dell'invecchiamento è un luogo comune, che spendiamo comunque poco, e che nel complesso tra pubblico e privato disponiamo comunque già del 9% del Pil che non è per niente poco, allora bisogna dire al governo, che se non c'è il problema delle risorse, i tagli lineari, la *spending review*, l'assistenza sostitutiva, il de-finanziamento sono soprattutto operazioni ideologiche.

Al governo di turno probabilmente dà fastidio che i tre quarti di questa spesa sia lo Stato a pagarla. Per il governo questi soldi sarebbero più utili altrove cioè andrebbero in un modo o nell'altro ridati alla finanza pubblica. Ormai è chiaro che per il governo i tagli lineari stanno alle mutue come il de-finanziamento del sistema pubblico sta alla sua privatizzazione. L'operazione, sempre in nome della sostenibilità, è liberare lo Stato dai suoi obblighi di tutela pubblica. Che diritto ha questa opzione ideologica e non tecnica di sfasciare le nostre conquiste, i nostri diritti, le nostre leggi, il nostro sistema pubblico?

Seconda questione che si pone: se non esiste tout court il problema delle risorse, dicono gli economisti, esiste però quello della *sostenibilità*, *del finanziamento*, della crisi, per cui, bisogna decidere “*le priorità*” e pensare a “*finanziamenti aggiuntivi*”. Questo problema è innegabile ma è risibile. Il giochetto di metterci davanti ad una premessa fallace e quindi ad una finta alternativa: se il bilancio non ce la fa o si aumentano le tasse o si riducono i

servizi. Ma chi l'ha detto? Giochiamo a carte scoperte e si dica chiaro e tondo che quello che si vuole fare è in realtà un cambio di sistema. La soluzione per gli economisti infatti è lo “*sviluppo delle forme di mutualità ivi comprese le forme di assicurazione collettiva*”. Se c'è un problema di sostenibilità allora bisogna cambiare sistema.

Dal *più equo* si passa al *meno iniquo*. La questione della sostenibilità non obbliga nessuno a dedurre obbligatoriamente la necessità di un cambio di sistema. In alternativa potremmo mantenere il sistema pubblico solidale e universale e risolvere in modo non ideologico i tanti problemi che riguardano la spesa come quelli di redistribuzione, di allocazione, di anti economicità, di moralizzazione, di finanziamento ecc. Cioè chi ha detto che un limite di bilancio debba essere per forza governato con delle negazioni e con delle discriminazioni? Quali sarebbero le priorità.

Le priorità in sanità sono pericolose e per come è fatta la sanità ci metterebbero uno contro l'altro, malati contro malati, lasciando a terra comunque morti e feriti? La questione del limite si può affrontare in tanti modi non economicistici per esempio cambiando i nostri sistemi, ripensando i modelli operativi, le professionalità degli operatori, coinvolgendo i cittadini nei processi di produzione della salute, inventando politiche “altre” rispetto a quelle *bilanciofreniche* della compatibilità, Cioè pensando ad una “*quarta riforma*”.

Ai problemi di bilancio, si può rispondere con il cambiamento a tutto campo e se il cambiamento non è nelle corde degli economisti il problema è degli economisti non della sanità. Essi non possono pretendere che i loro limiti impediscano ai limiti che dobbiamo governare di diventare delle possibilità. Per cui non sono convincenti né i neo mutualisti e meno che mai chi chiama in causa in nome delle priorità la politica per chiederle di indicare “*prioritariamente*” la quota di Pil per la sanità, e contestualmente “*le fasce di popolazione che vanno garantite*”. Se il bisogno viene selezionato con strumenti come le mutue, automaticamente salta l'intero sistema solidale e universalistico e rispetto al Pil la quota di spesa sanitaria complessivamente aumenterà ma quella pubblica diventerà residuale.

I luoghi comuni sulla sostenibilità

Gli economisti che si occupano di sanità pretendono di spiegarci di che morte essa debba morire. Tutti con la stessa ossessione: *insostenibilità, debito pubblico, caduta del Pil, trade off fra fabbisogno e risorse... quindi più tasse, più selettività, fondi integrativi, ribilanciamenti ecc.*

Non c'è né uno che dica qualcosa di diverso. Il punto però non è quello che propongono ma la pretesa di rifilarcelo quale verità apodittica.

Ecco i luoghi comuni più comuni:

- tutti coloro che non la pensano come gli economisti fanno ideologia;
- l'idea di poter riformare in altro modo la sanità pubblica è ideologica;
- rendere compossibili diritti e limiti è ideologico;
- cercare soluzioni alternative alle controriforme è ideologico.

Viene il dubbio che la vera ideologia sia accusare gli altri di ideologia. Se esistono più soluzioni perché bisogna per forza contro riformare la sanità?

Altri luoghi comuni:

- non bisogna "*confondere strumenti fini*" è un'affermazione che per lo meno andrebbe aggiornata. Il 900 è andato oltre questa visione lineare, insegnandoci le logiche circolari, complesse, del secondo ordine ecc. Le riforme se ci si decide a farle, producono mezzi che quali fini servono a realizzare dei fini che a loro volta sono dei mezzi per tutelare la salute della gente. È bene che si sappia che la complessità che in sanità è di casa, ha fatto il suo ingresso anche in economia.
- *L'oggettività è garantita dai dati*. Ma i numeri per quanto oggettivi restano delle astrazioni interpretabili. Interpretare dei numeri fa perdere la loro ingenua oggettività "*sporvandola*" con le idee dei suoi interpreti. L'uso dei dati implica che gli economisti dichiarino pubblicamente i propri presupposti interpretativi. E questo non viene mai fatto. Non farlo è intellettualmente disonesto.
- *Tutto si risolve facendo la festa all'universalismo* pur sapendo che i sistemi solidali e universali costano meno degli altri e danno di più degli altri. Ma liquidare ciò che costa meno e da di più a quale razionalità o ideologia corrisponde?

Gli "economisti per caso" come li ha definiti Krugman in realtà non conoscono la sanità, e non sanno far altro che proporre diseguaglianze perché non hanno alcuna idea per fare qualcosa di diverso. Si parla di "*copayment intelligente*" ma cosa c'è di più intelligente della fiscalizzazione cioè di dare a ciascuno secondo il proprio bisogno e di prendere da ciascuno secondo il proprio reddito? Cosa c'è di più intelligente del dichiarare guerra all'anti-economicità, alla corruzione, alla politica insipiente, agli anacronismi organizzativi? Perché gli "*economisti per caso*" non parlano mai di queste cose? Forse perché questi dati non rientrano nella loro oggettività? O non sono compatibili con le loro ideologie

Luoghi comuni quindi, quelli che Mc Closkey, economista a sua volta e che considerava gli economisti "antiquati", "ingenui", "autoritari", "ignoranti", definirebbe una "operazione retorica". E così è. Ideologia e retorica rispetto alla sanità sono i postulati arroganti della loro ottusa azione contro riformatrice. Essi pretendono che l'unico gioco sia quello al quale loro sanno giocare. Non ne conoscono altri. Se in sanità si giocassero altri giochi loro starebbero a guardare. Perderebbero potere e non solo. Questo è il problema.

Contro riformare: rendere sostenibile ad ogni costo

Riassumiamo il ragionamento medio di certi economisti circa la sostenibilità:

- la sostenibilità è un “*non problema*”, i soldi che si spendono per la sanità non sono tanti pur cui non bastano quindi il problema è la loro insufficienza;
- è necessario che il finanziamento disponibile sia compatibile con gli obiettivi di assistenza;
- che la spesa sia agganciata al Pil, e cofinanziata dai cittadini.

Agganciare la spesa ad un Pil che cala o che cresce di poco non è una grande idea e rifinanziare semplicemente la sanità in recessione non sembra facile mentre tassare ancora i cittadini è semplicemente iniquo.

Se *in-sufficienza* finanziaria la traduciamo con *in-sostenibilità* nel senso che per la sanità invariante è impossibile erogare servizi senza andare in disavanzo, arriviamo ad una curiosa teoria della compatibilità: rendere “*sostenibile l’insostenibile*”. Cioè se non è zuppa è pan bagnato.

Rendere compatibile la sanità ai limiti finanziari è esattamente quello che abbiamo tentato di fare dagli anni ‘80 ad oggi: abbiamo cominciato con le misure urgenti in tema di spesa, poi ci siamo inventati le aziende, quindi il *copayment*, la razionalizzazione della spesa, tagli lineari ecc. Trent’anni di compatibilità non ci hanno risolto il problema della spesa e hanno prodotto effetti paradossali ad esempio sulle professioni e il mercato del lavoro e sui costi reali del sistema perché gli effetti delle politiche di compatibilità” sono costosi in tutti i sensi. Quanto ad agganciare la spesa al Pil sono decenni che cerchiamo una bitta alla quale ancorare la nave della sanità, (ci abbiamo provato persino vincolando un po’ di soldi per la prevenzione), ma si dimentica che il meccanismo originario di finanziamento regionale (prima dei “patti per la salute”), era basato proprio sull’adeguamento della spesa alla crescita del Pil, dell’inflazione e dei costi del sistema, e che questo meccanismo era ed è semplicemente irrealistico, perché lineare ed incrementale.

È concettualmente sbagliato rapportare la spesa sanitaria al Pil e non alla ricchezza, dal momento che *ricchezza* e *Pil* non sono la stessa cosa. La salute di un paese è una risorsa per la sua ricchezza, il Pil è un valore economico che quando cresce fa parte della ricchezza, quando non cresce sono guai.

Sono 30 anni che il problema della insufficienza delle risorse si riduce a questione finanziaria. Forse è arrivato il momento di vedere il problema in modo diverso cioè come quello “*dei mezzi necessari a... fare salute*”, vale a dire: soldi, servizi organizzati, operatori, i cittadini, conoscenze, modi di agire che se adeguatamente pensati possono produrre dai mezzi che ci sono altre risorse quindi altri mezzi.

In sostanza:

- l'invarianza del pensiero economicistico stona con tutto quello che è accaduto nel paese;
- i *repechage* di soluzioni che non hanno funzionato, come l'aggancio al Pil, le mutue, non sono una grande idea.

Più convincente è mettere mano ad una “*quarta riforma*”.

Sprechi e sostenibilità

Alcuni economisti ci vogliono convincere che:

- la sanità sprecona è una storiella,
- è illusorio pensare di ridurre la spesa sanitaria riducendo gli sprechi,
- i risparmi ipotizzati con l'abolizione degli sprechi sono cifre irrealistiche ecc.

Essi non dicono che gli sprechi non esistono, dicono che esistono ma che non sono un problema. Una affermazione decisamente discutibile. In realtà costoro vogliono l'universalismo selettivo e la lotta agli sprechi per loro è un modo per riconfermare il sistema pubblico.

Essi dicono siccome:

- la nostra spesa sanitaria è inferiore a confronto di quella degli altri paesi europei allora gli sprechi non sono un problema;
- i presunti sprechi sono compensati da LEA non erogati gli sprechi non costano.

A queste tesi si potrebbe obiettare che:

- esse sono fallaci perché in letteratura sono descritti problemi di sprechi in tutti i sistemi sanitari (Jama/307 2012;NEJM/maggio 24 2012 ecc.);
- la nostra spesa anche se inferiore può essere una pessima spesa proprio perché ha il problema degli sprechi ecc.

Proviamo a scherzarci sopra:

- siccome ho un naso piccolo a confronto con gli altri allora non ho il problema del raffreddore;
- siccome i morti per incidenti stradali sono compensati dai bagnini che d'estate salvano le persone, le morti accidentali non sono un problema.

Torniamo seri:

- se i LEA “*a basso impatto sociale*” di cui parlano gli economisti corrispondono ai 30 mld circa di spesa privata (*out of pocket*) o ad altro,
- e se questi 30 mld compensano il costo degli sprechi...
- allora è come se si dicesse che gli sprechi ammontano complessivamente a 30 mld.

Ma se ciò fosse vero come si fa di questi tempi a non considerare 30 mld di sprechi come un problema? Sul piano del principio a parte i 30 mld basterebbe 1 solo euro di sprechi ad invalidare il ragionamento degli economisti. L’Agenas sostiene che esistono 6mld di sprechi (frodi e abusi): se questo è vero, il ragionamento degli economisti è invalidato. Infine si provi a spiegare ai pensionati con un reddito basso o ai malati complessi, cosa sono “*i LEA a basso impatto sociale*” e ci si accorgerà di quanto delicata sia la questione delle tutele.

Passiamo ad un’altra questione: *i tagli imposti alle Regioni causeranno o no una riduzione di servizi?* Gli economisti sostengono di sì, ma anche che non sono in grado di dimostrarlo e se non si può dimostrare niente allora, dicono loro, la riduzione dei servizi è indimostrabile. La tesi alternativa è che il superamento degli sprechi garantirà dei risparmi salvaguardando i servizi. Siamo quasi al ragionamento paradossale. Da notare che:

- se un sistema sanitario fosse senza sprechi, dovendo risparmiare è ovvio che un modo potrebbe essere quello di tagliare sui servizi;
- ma se il sistema ha degli sprechi e se questi costano 6 mld (Agenas), abolendo gli sprechi risparmierei 6 mld evitando di tagliare sui servizi.

Ancora una questione: per evitare il taglio dei servizi, e, aggiungono gli economisti, per evitare che si deteriorino ancor di più “*i livelli di difformità*” dell’assistenza, è necessario tagliare sulle “*prestazioni con basso impatto sociale*”. Scherziamoci sopra: se non volete saltare il pranzo dovete saltare la cena cioè se non volete stare a digiuno dovete comunque mangiare di meno. Più logico sarebbe dire che per non restare a digiuno sarebbe meglio mangiare in modo diverso, evitare gli avanzi, cambiare le pietanze e magari stabilire dei comportamenti alimentari che nutrano e che facciano risparmiare ecc.

Ma la logica degli economisti se appare oggettivamente illogica, non lo è sul piano ideologico cioè rispetto alle loro convinzioni personali di malcelati neo mutualisti e assicurazionisti: se qualcuno vuole mangiare è necessario che qualcun altro stia a digiuno o mangi di meno. “*È ipocrita continuare a raccontarci che anche se continua la recessione economica il SSN potrà continuare a dare in modo universale lo stesso livello di assistenza dei Paesi più ricchi*”. Ciò che è veramente ipocrita è mettere in discussione l’universalismo quando si sa che nel sistema esiste una massa critica di risparmi potenziali calcolabile orientativamente nell’ordine che va da 1 euro a 30 mld. Parliamo di risparmi possibili, non stiamo dicendo che sia possibile trasferire meccanicamente 30 mld

dalla spesa al risparmio. Questa è una barzelletta.

Cari economisti, gli sprechi sono un grosso problema finanziario per cui è inaccettabile sia l'equazione che proponete "*taglio della spesa/riduzione dei servizi*" sia l'alternativa che ne deducete "*o taglio dei servizi o taglio dei LEA*". Se si tagliano gli sprechi non c'è bisogno di tagliare i servizi e meno che mai massacrare chi lavora e ridurre i diritti della gente. Del resto voi sostenete e non a torto che fino ad ora i risparmi che si sono fatti hanno interessato prevalentemente la spesa farmaceutica, l'ospedaliera convenzionata, il blocco del turn over, a questo si deve aggiungere anche il blocco dei contratti, la privatizzazione di certe prestazioni ecc. Ma se questo è vero, quale potenziale risparmio avremmo se potessimo intervenire:

- su tutte le tipologie di spreco (sovra utilizzo, frodi e abusi, costi eccessivi, sottoutilizzo, pessima governance, regressività ecc.),
- su tutte le forme di diseconomia,
- su tutte le forme di anti economia?

Usciamo dalla logica ragionieristica:

- gli sprechi, vogliono dire che una parte della spesa sanitaria è immorale;
- i tagli del governo... se... ripetiamo se... impiegati per combattere l'immoralità pubblica hanno una utilità pubblica;
- è doppiamente immorale mantenere gli sprechi e ridurre i diritti delle persone;
- gli sprechi non sono semplicemente delle spese sbagliate ma sono conseguenze del malgoverno regionale;
- gli sprechi in tutti questi anni hanno finanziato il consenso politico, le clientele, il voto di scambio, la lottizzazione ecc.
- eliminare gli sprechi è soprattutto un problema di riforma del modo di governare la sanità.

Oggi per la prima volta in sanità le ragioni della immoralità pubblica rischiano di saldarsi con quelle della speculazione finanziaria. E questo è pericoloso. Chi nega che gli sprechi siano un problema ha capito che la salvaguardia della natura pubblica del sistema sanitario passa per la loro eliminazione.

Da anni alcuni economisti si battono per ridimensionare il sistema pubblico su posizioni oggettivamente analoghe a quelle delle assicurazioni e dell'intermediazione finanziaria.

Capitolo 4

La goffa guerra contro-riformatrice all'insostenibilità

Un meccanismo ingenuo e irrealistico

Dagli anni 80 ai giorni nostri si sono succedute tante forme di *de-finanziamento* della sanità: sotto finanziamento, contingentamento, razionalizzazione, tagli lineari, tetti, standardizzazioni ecc.).

Ma come siamo arrivati oggi al *de-finanziamento* tout court del sistema? Da quali condizioni iniziali siamo partiti?

Tutto comincia da un equilibrio iniziale “*domanda/offerta*” quindi da un grado di sostenibilità teorica quello previsto dalla riforma del '78 che a proposito di finanziamento del servizio sanitario nazionale prevedeva (art 51).

- Il fondo sanitario nazionale annualmente determinato con la legge da ripartire con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica (Cipe) tra tutte le Regioni, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, tenuto conto delle indicazioni contenute nei piani sanitari nazionali e regionali e sulla base di indici e di standard distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale.
- Tali indici e standard avevano lo scopo di garantire i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le Regioni.
- Le Regioni, poi sulla base di parametri numerici da determinarsi, sentiti i comuni, con legge regionale ed intesi ad unificare il livello delle prestazioni sanitarie, provvedono a ripartire tra le unità sanitarie locali la quota loro assegnata per il finanziamento delle spese correnti, riservandone un'aliquota non superiore al 5 per cento per interventi imprevisti.
- L'obiettivo dei parametri era quello di garantire gradualmente livelli di prestazioni uniformi nell'intero territorio regionale.
- Il riparto della quota assegnata per le spese in conto capitale, veniva fatto dalle Regioni in base delle indicazioni formulate dal piano sanitario nazionale.
- Con un provvedimento regionale all'inizio di ciascun trimestre viene trasferita alle unità sanitarie locali, la quota di spettanza secondo il piano sanitario regionale.
- Gli amministratori e i responsabili dell'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale erano responsabili in solido delle spese eccedenti.

Come si vede il meccanismo era semplice il finanziamento della sanità era deciso sulla base di parametri ben definiti e sulla base della programmazione decisa ad ogni livello del

sistema. La programmazione era il motore che garantiva due cose:

- l'equilibrio tra domanda e offerta nel senso che aggiornando i parametri si manteneva una complementarità con la domanda;
- l'uniformità delle tutele nel senso che applicando gli stessi parametri e nello stesso modo a scala nazionale si sarebbero dovuti superare tutti gli squilibri.

Questo equilibrio iniziale si sarebbe dovuto mantenere con degli aggiornamenti (art52) cioè con delle *maggiorazioni periodiche* quelle derivanti:

- dall'applicazione delle norme contrattuali quindi spesa del personale;
- dall'incremento del costo delle forniture;
- dalle maggiorazioni delle rate di ammortamento dei mutui contratti.

In sostanza il meccanismo funzionava sulla base della *spesa storica* che annualmente veniva aggiornata in modo incrementale.

Questo meccanismo non tardò ad andare in tilt a causa di una grossa impennata della spesa sanitaria registrata all'indomani della riforma del '78 e a causa di una programmazione concepita come il libro dei sogni vale a dire obiettivi ma senza finanziamenti.

La sua ingenuità era concepire l'equilibrio tra domanda ed offerta in modo omeostatico vale a dire mantenendolo nel tempo, anche al variare delle condizioni esterne, attraverso semplici meccanismi incrementali ma in nessun caso autoregolatori né sul versante della domanda né su quello dell'offerta.

Se a questo si aggiungono i costi delle grandi invarianze (ospedale, medicina di base, specialistica, lavoro ecc.) insieme alla mancanza di una significativa politica per la riduzione delle malattie, abbiamo chiaro come la questione della sostenibilità sia di fatto iniziata con la crisi del sistema mutualistico e da quel momento non si sia mai attenuata.

Questo spiega perché già a partire dagli anni 80 dal punto di vista finanziario, il meccanismo di finanziamento previsto dalla riforma del '78 si è rivelato irrealistico dando luogo a una lunga sequela di misure per il sotto finanziamento del sistema fino ad arrivare, ai giorni nostri, alle attuali politiche di de-finanziamento.

Oggi se vogliamo fare sostenibilità dobbiamo ripensare il meccanismo di finanziamento e rimettere in equilibrio la domanda con l'offerta.

Incapacità quale insostenibilità

Secondo l'art 117 della Costituzione, la *funzione sanitaria pubblica* è esercitata da due livelli di governo:

- lo *Stato centrale*, che definisce i Livelli Essenziali di assistenza (LEA), e l'ammontare

complessivo delle risorse finanziarie necessarie al loro finanziamento;
- le *Regioni*, che hanno il compito di organizzare i rispettivi Servizi Sanitari Regionali (SSR) e garantire l'erogazione delle relative prestazioni, nel rispetto dei LEA.

Si tratta di una accoppiata istituzionale piuttosto problematica perché:

- il primo dà i soldi e il secondo li spende;
- il primo ha il primario interesse di dare il meno possibile e il secondo ha il primario interesse di avere il più possibile per amministrare i sistemi sanitari che gli sono stati delegati.

La guerra all'insostenibilità che grosso modo prende il suo avvio a partire dal tentativo fallito di federalismo fiscale inizia mettendo sotto tutela le Regioni cioè le loro incapacità e le loro relative immoralità. La scommessa fatta dallo Stato centrale sulle Regioni ovvero "*autonomia in cambio di responsabilità*" è stata praticamente persa. L'ipotesi di federalismo fiscale messa a punto grosso modo a partire dal terzo millennio, crolla sotto gli insuccessi regionali, sotto una grave crisi di credibilità. Le Regioni a mano a mano sono messe sempre più sul banco degli imputati per immoralità e per incapacità. I problemi finanziari del paese, la crisi economica, i vincoli per la stabilità, le politiche comunitarie e i gravi problemi di insostenibilità della spesa sanitaria, convincono sempre di più lo Stato centrale (cioè i vari governi) a ricredersi sulle capacità delle Regioni e a comprendere che il primo vero fattore di insostenibilità sono proprio loro che pur avendo un immenso potere gestionale si rivelano purtroppo senza un pensiero e una volontà riformatrice.

Prende così avvio una vera e propria guerra all'insostenibilità finanziaria della sanità dichiarata di fatto contro l'autonomia delle Regioni e che avrà effetti devastanti sui cittadini. Sul piano dei risultati finanziari questa guerra per la prima volta nella storia della sanità ridurrà il trend di crescita della spesa. La cosa imbarazzante è che la spesa si riduce in modo quasi direttamente proporzionale alla riduzione della autonomia gestionale delle Regioni. Naturalmente ciò avviene non senza pesanti distorsioni tutte pagate sulla propria pelle dai cittadini e dagli operatori. La nozione di *sostenibilità* si riduce a *compatibilità* finanziaria scaricando il costo della ristrutturazione della spesa interamente sui cittadini.

Cambiando i rapporti e le regole di collaborazione tra Stato centrale e Regioni cambiano gli assetti del sistema sanitario nazionale:

- con la riforma del '78 il sistema era quello del *decentramento amministrativo*, cioè vi era un sole centrale (il ministero della sanità) che decentrava delle funzioni alle Regioni come fossero pianeti;
- con la prima riforma del titolo V (2001) e quindi con le norme sul federalismo fiscale (Dl 56/2000) la situazione si rovescia il sole diventa la Regione e il ministero della sanità il pianeta;

- ora con la guerra all'insostenibilità, le Regioni sono tornate ad essere pianeti e per di più sotto tutela e in pratica si ritorna alla filosofia del decentramento della riforma del '78 ma con tante contraddizioni a partire dal fatto che chi comanda non è la sanità o la salute ma l'economia.

Il fine ufficiale dei vari governi che si sono succeduti sino ad ora è realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica responsabile, efficiente ed efficace su tutto il territorio nazionale, capace di ricostruire l'equilibrio perduto tra bisogni e risorse in funzione degli obiettivi comunitari discendenti dal Patto di stabilità e crescita.

Il fine vero è ripristinare in modo imperativo condizioni di compatibilità dei costi della sanità nei confronti della spesa pubblica.

Tutela sotto tutela

Le Regioni a partire dall'idea di federalismo fiscale, a mano a mano perdono di potere e a mano a mano diventano sempre più le controparti di incalzanti politiche di compatibilità fino a diventare rispetto alla sostenibilità il problema per antonomasia. La guerra all'insostenibilità ha di fatto dichiarato una verità incontrovertibile che però nessuno mai ha avuto il coraggio di ammettere: *il problema finanziario della sanità è prima di tutto un problema di governo.*

Ma cosa vuol dire essere come Regioni sotto tutela? Vuol dire obblighi che le Regioni non hanno mai avuto:

- quello dell'integrale copertura dei disavanzi sanitari;
- quello della redazione di un piano di rientro per le Regioni con disavanzi sanitari superiori alla soglia fissata per legge;
- quello del commissariamento della funzione sanitaria, qualora il Piano di rientro non fosse adeguatamente redatto o non fosse attuato nei tempi e nei modi previsti.

Questi obblighi definiti eufemisticamente dai documenti ufficiali "*strumenti di governance*", sono tutti convenuti in sede pattizia tra Stato e Regioni quale risposta condivisa ai problemi di sostenibilità del sistema.

L'*intesa* quindi il vincolo contrattuale diventa il mezzo attraverso il quale le Regioni diventano non Regioni.

In questo modo lo Stato centrale interviene duramente in tutte quelle situazioni regionali dove vi sono problemi di sostenibilità finanziaria. Lo scopo di fatto è fronteggiare le tendenze espansive della domanda ristrutturando di imperio la spesa. I documenti ufficiali diranno che siccome esistono nei sistemi sanitari *margini di razionalizzazione* della spesa (*spending review*) si può fare sostenibilità senza compromettere la qualità e l'universalità dei servizi erogati. Ma questo sin dai primi provvedimenti si rivelerà drammaticamente falso. La ristrutturazione della spesa senza

un processo di riforma costa caro sia in termini di diritti che di tutele.

È in questo contesto che assumono importanza

- le Intese Stato-Regioni in materia sanitaria,
- il sistema di monitoraggio delle performance regionali e dei conti nazionali,
- i piani di rientro,
- il sistema tessera sanitaria (TS),
- le disposizioni concernenti la razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi.

Le Regioni a cui compete la programmazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari sul territorio ormai con la guerra all'insostenibilità sono sotto tutela, esse nel tempo si sono rivelate il massimo dei fattori di relativa insostenibilità della sanità pubblica.

L'ipocrisia è quella di dire a tutti i venti che la ricerca della sostenibilità consente, l'equilibrio tra i bisogni e risorse, il miglioramento strutturale degli equilibri di bilancio e la massimizzazione del soddisfacimento dei bisogni sanitari dei cittadini. La verità è che i diritti per essere compatibili con la riduzione delle risorse decisa di volta in volta dai governi hanno pagato un prezzo salatissimo in termini di meno tutele e minore qualità delle tutele.

“Gestione sanitaria accentrata” (GSA)

Il decreto legislativo n. 118/2011, (*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*) costituisce a partire dal 2012 un ulteriore messa sotto tutela delle Regioni. Con tale decreto di fatto si formalizza una sorta di gestione centrale della sanità nel senso che si introducono disposizioni per garantire:

- l'istituzione della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA);
- la perimetrazione, nell'ambito del bilancio regionale, delle entrate e delle uscite relative alla sanità;
- la trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento sanitario, attraverso l'accensione di specifici conti di tesoreria intestati alla sanità;
- la definizione di regole contabili specifiche del settore sanitario con riferimento a particolari fattispecie, quali ad esempio il trattamento contabile degli investimenti.

In estrema sintesi, la GSA insieme alla costruzione di *benchmark* di spesa e di qualità, all'omogeneizzazione dei documenti contabili, alla previsione di sanzioni in caso di deficit ecc. ha messo in piedi un sistema che nei documenti ufficiali si dice fondato sul corretto principio della *piena responsabilizzazione delle Regioni* ma che in realtà si configura

come una pesante sottomissione delle Regioni al controllo centrale.

Questo controllo centrale era nei fatti partito già nel 2001 attraverso:

- il potenziamento del sistema di monitoraggio trimestrale dei fattori di spesa, svolto a livello centrale sulla base di una rendicontazione contabile articolata a livello di singola azienda sanitaria;
- il potenziamento degli strumenti di analisi e di controllo della spesa sanitaria ai fini della programmazione finanziaria.

I risultati di questo controllo centrale oggi sono sotto gli occhi di tutti: con riferimento ai documenti di finanza pubblica, quanto meno dell'ultimo quinquennio, i livelli di spesa effettivamente registrati a consuntivo sono risultati costantemente contenuti nell'ambito di quanto programmato. Ciò ha consentito (dicono i documenti ufficiali) che il settore sanitario *contribuisse positivamente al contenimento della dinamica della spesa pubblica e, più in generale, al progressivo processo di stabilizzazione della finanza pubblica.*

Alla centralizzazione del controllo da parte dello Stato (GSA) si affianca parallelamente un altro strumento quello delle *intese finanziarie* altrimenti dette "*patti per la salute*". Esse altro non sono se non negoziati che nel tempo (in questo decennio) diventeranno sempre meno negoziali e sempre più un modo per vincolare le Regioni in cambio di un qualche finanziamento a sottomettersi a degli obblighi ulteriori. Il paradosso dei "*patti*" è che le Regioni in cambio di risorse hanno praticamente svenduto il loro ruolo diventando di fatto "*non Regioni*".

Le intese o patti nascono grazie alla legge n. 131/2003 "Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001". Tali disposizioni si ispirano all'art 120 della costituzione cioè ad una deliberata volontà di surrogare le Regioni. Ecco cosa dice l'art 120: "*Il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province e dei Comuni nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali*". Le intese quindi non sono null'altro che delle procedure attraverso le quali il governo si sostituisce alle Regioni per manifesta incapacità gestionale. Dice infatti l'art 120: "*La legge definisce le procedure atte a garantire che i poteri sostitutivi siano esercitati nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione*".

Le intese quindi sono al di là delle apparenze un modo per esercitare in forma negoziale il potere sostitutivo dello stato nei confronti delle Regioni.

Attraverso tali Intese, ordinariamente triennali, lo Stato e le Regioni convengono su due cose:

- quanti soldi mette il governo nel Fsn;
- quali contropartite le Regioni devono garantire.

I tagli lineari sorgono nel momento in cui le Regioni si dimostrano inadempienti proprio rispetto alle intese raggiunte con il governo (si pensi agli sprechi e alle diseconomie) nel senso che rispetto ai soldi che ricevono non assicurano le contropartite pattuite. Alla fine l'unico strumento veramente efficace ad intervenire sulla struttura della spesa non è il *patto per la salute* ma il *piano di rientro* il che significa che le Regioni intervengono sulla spesa solo se obbligate e sotto la minaccia del commissariamento.

Monitoraggio, gestione panottica e disavanzi

Con L'accordo dell'8 agosto 2001 viene introdotto il cosiddetto "*sistema premiale*" in sanità che consiste nel subordinare l'erogazione alle Regioni di una parte del finanziamento del SSN, detta "*quota premiale*", al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'adempimento concernente l'equilibrio di bilanci. Con tale Accordo che in gran parte con i tagli lineari perde di credibilità si dà un impulso decisivo al nuovo sistema di monitoraggio dei conti sanitari basilare per la verifica dell'equilibrio economico dei singoli SSR. Con il *monitoraggio* le Regioni sono definitivamente messe sotto tutela.

Il monitoraggio come soluzione diventa la soluzione ai problemi di sostenibilità della sanità. Nasce così "*la gestione panottica della sanità*".

Con l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 si dispone quindi la costituzione dei due tavoli di monitoraggio:

- il tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, coordinato da un rappresentante del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato;
- il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della salute.

Entrambi i tavoli di monitoraggio vedono la partecipazione dei due livelli di governo del settore sanitario, lo Stato e le Regioni, oltre che la partecipazione ed il supporto delle agenzie sanitarie, l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa). Il monitoraggio diventa funzione di una gestione sempre più centralizzata quindi "*panottica*".

È all'incirca nel periodo 2001-2005, che viene fuori la distinzione tra due gruppi di Regioni:

- le "*Regioni virtuose*" cioè coloro che indipendentemente dalla valutazione sul soddisfacimento dei bisogni dei cittadini non hanno disavanzi "ufficiali";

- le “Regioni con elevati disavanzi” non riducibili con ordinarie misure di razionalizzazione.

La distinzione è utile per capire i rapporti che esistono tra sostenibilità e disavanzi e per capire una verità a dir poco imbarazzante:

- il disavanzo cioè spendere più del dovuto non è mai un beneficio per il malato come potrebbe apparire;
- esso è sempre un indicatore del basso grado di riformabilità del sistema.

Detto in modo diverso:

- il disavanzo in sanità è una misura dell'invarianza del sistema;
- la parità di bilancio al contrario è sempre il risultato di razionalizzazioni, di riorganizzazione, di provvedimento ordinamentali cioè di una qualche politica di miglioramento.

Le Regioni in disavanzo tradiscono ogni tipo di problema:

- carenza nell'erogazione dei LEA;
- un'offerta ospedaliera eccedentaria rispetto ai parametri della programmazione nazionale;
- alti tassi di ospedalizzazione;
- indicatori di inappropriata ospedalizzazione particolarmente accentuati;
- un livello di spesa farmaceutica molto alto.

Il *disavanzo* in sostanza alla lunga in un regime a risorse limitate sottrae risorse e determina il mantenimento di forti squilibri finanziari. Non è quindi un caso che le Regioni deficitarie sono state tutte escluse dal sistema premiale e la gran parte di esse obbligate ai piani di rientro.

Tra vizi e virtù a pagare sono i cittadini

In sintesi questi i passaggi principali (non tutti) della guerra alla insostenibilità del sistema sanitario promossa dai governi nei confronti delle Regioni:

- l'obbligo per le Regioni con elevati disavanzi strutturali di sottoscrivere un Accordo con il Governo, contenente un Piano di rientro per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario nella garanzia dell'erogazione dei LEA;
- il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso

appropriato delle risorse sanitarie;

- la definizione di indicatori standard di efficienza e di appropriatezza e l'avvio di un puntuale sistema di monitoraggio dei fattori di spesa.

Tutte queste misure:

- alle Regioni virtuose comunque sono costate parecchio in termini di funzionalità dei servizi e di stress organizzativo costringendole per mantenere l'equilibrio di bilancio a raschiare più volte il barile delle risorse assegnate;

- alle Regioni deficitarie costrette ai piani di rientro sono costate "*lacrime e sangue*" nel senso che in genere la ristrutturazione della spesa se non accompagnata da vere riforme del rapporto tra bisogni e risorse, finisce con il distrutturare il sistema delle tutele.

Aver messo le Regioni sotto tutela ha permesso oggettivamente di conseguire negli ultimi anni un significativo rallentamento della dinamica della spesa:

- a fronte di una variazione media annua della spesa sanitaria pari al 7% nel periodo 2000-2006, nel successivo periodo 2006-2013 la variazione media annua è risultata pari all'1,0%;

- in ciascuno degli anni 2011-2013, si è registrato un decremento del livello assoluto di spesa rispetto all'anno precedente.

Oggi i centri di ricerca di economia sanitaria cannoneggiano in modo scandalistico sulla riduzione della spesa sanitaria (Rapporto Crea 2015. Spesa sanitaria a -28,7% rispetto a UE) e come al solito partono in modo appena appena malcelato le speculazioni sull'universalismo ("Universalismo in crisi). Altri invece sembrano incoraggiare i tagli lineari nel senso che traducono le inefficienze dei sistemi sanitari regionali, in meno risorse da assegnare alle Regioni (Cerm SaniRegio2015). Nel frattempo il Censis ci dice che:

- Il 42% degli italiani pensa che la sanità stia peggiorando;

- più della metà boccia le gestioni regionali;

- sono quasi 8 milioni i cittadini che si indebitano per pagarsi le cure.

Che si fa? Chiediamo altri soldi a sistema invariante o facciamo una "*quarta riforma*" per controbilanciare gli effetti pesantissimi sulle persone delle politiche di destrutturazione della spesa?

È imbarazzante ammetterlo ma dai tempi dei debiti della mutua ad oggi è la prima volta che si mette in campo una inversione significativa di tendenza. Peccato che questa inversione sia pagata dai malati, dai cittadini e dagli operatori.

Quindi il problema è il seguente:

- come a fronte di una bassa spesa sanitaria ci attrezziamo per recuperare gli effetti collaterali pesanti sui diritti delle persone causati dalle politiche di de-finanziamento;
- come riformiamo il sistema per costruire un equilibrio vero tra bisogni e risorse.

La tragedia dei piani di rientro

I *piani di rientro* sono specifici percorsi di risanamento finanziari condivisi diretti alla risoluzione delle problematiche inerenti la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari. In realtà al di là della definizione tecnica il *piano di rientro* è un modello politico con una logica:

- una volta stabiliti dei vincoli e questi vincoli sono superati vi è l'obbligo assoluto di ripristinarli;
- rientrare nei vincoli significa ritornare dentro delle compatibilità;
- essere dentro delle compatibilità significa sempre l'eliminazione di ciò che crea incompatibilità e quindi insostenibilità;
- di solito ciò che crea incompatibilità/insostenibilità è considerato diseconomico e va dagli sprechi alle inefficienze ma anche in certi casi dai servizi e quindi dal lavoro ai diritti.

La questione delicata è la *fissazione dei vincoli*. Chi li fissa, come si fissano, con quali giustificati criteri si fissano.

L'impressione che si ha ragionando sulle misure adottate dal governo con la legge di stabilità 2016 ovvero lo stanziamento perentorio di 111 mld non negoziabile, è che il governo in realtà con il de-finanziamento programmato voglia mettere in piano di rientro tutto il sistema sanitario. Cioè voglia obbligare le Regioni a stare dentro delle compatibilità e quindi ad eliminare tutto quanto nei loro sistemi è causa, rispetto al vincolo fissato, di incompatibilità. Il presupposto è che se esistono delle diseconomie queste non possono essere rifinanziate pensando che se non finanziate esse saranno eliminate. Ma le cose sono andate diversamente. Non è detto che non finanziare le diseconomie ne causi l'eliminazione nella maggior parte dei casi le diseconomie restano spostando l'onere del risparmio su qualcun altro, servizi, personale e diritti.

Comprendere quindi la logica dei piani di rientro significa comprendere la logica che a scala di sistema nazionale è stata definita del *de-finanziamento* condizionato cioè un Fsn *de-quantificato* che per essere sufficiente deve essere compensato con l'espulsione dal sistema delle sue diseconomie.

I piani di rientro in genere si configurano come veri e propri programmi di *ristrutturazione industriale* essi puntano ad incidere:

- sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle Regioni;

- sulle cause che hanno determinato i disavanzi;
- sul rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione nell'uso appropriato delle risorse sanitarie;
- sulla definizione di indicatori standard di efficienza e di appropriatezza;
- ecc.

Per cui per analogia una qualsiasi Regione nei confronti della de-quantificazione del Fsn dovrebbe formulare un proprio piano di rientro a partire da un quadro delle proprie diseconomie. Tutto ciò significa conformarsi ad una idea falsa di insostenibilità finanziaria cioè quella che trascurando del tutto i bisogni di assistenza si concentra solo sul vincolo finanziario. La conseguenza è disastrosa perché le Regioni sono costrette a tagliare su quello che hanno già tagliato (per esempio ridurre ulteriormente il numero dei posti letto) o a sopprimere i servizi deboli come i consultori i servizi per la sicurezza alimentare, o a de-capitalizzare ancor più il lavoro in sanità ecc.

In genere il piano di rientro viene sottoposto all'esame di un gruppo tecnico inter istituzionale, con la partecipazione di esponenti governativi e regionali, che discute con le singole Regioni le scelte proposte e, qualora necessario, chiesto modifiche ed integrazioni. Una volta stabilito il contenuto del Piano di rientro è possibile sottoscrivere l'Accordo per il piano di rientro da parte dei Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli Affari regionali e il Presidente della Regione.

Questi i principali interventi previsti usualmente dai piani di rientro:

- blocco del turn over;
- rideterminazione fondi contrattazione integrativa aziendale e piante organiche;
- efficientamento nel modello di acquisizione dei beni e servizi in particolare prodotti farmaceutici ed altri beni sanitari;
- determinazione dei posti letto ospedalieri per acuti e post acuti ai fini del rispetto dello standard nazionale;
- potenziamento dei controlli sull'inappropriatezza;
- riorganizzazione della rete ospedaliera;
- determinazione tetti di spesa e budget per i soggetti erogatori privati;
- protocolli di intesa con le università (superamento dei vecchi policlinici universitari pubblici a gestione diretta con la creazione delle aziende miste);
- potenziamento dei servizi territoriali;
- potenziamento dei sistemi di monitoraggio aziendale e regionale;
- certificazione della posizione debitoria e conseguenti operazioni di pagamento.

Come si può constatare questo modello di piano di rientro è un modello "*lacrime e sangue*" ma che è pagato interamente dai cittadini e dagli operatori. Questo spiega il perché come dice il Censis ormai metà della popolazione dice che la sanità pubblica è peggiorata.

Questa logica che fa sostenibilità finanziaria sulla pelle dei malati è inaccettabile. Parimenti è inaccettabile rispondere a questa logica limitandoci a chiedere un rifinanziamento del Fsn anziché predisporre delle politiche di riforma che facciano veramente sostenibilità.

Se si continua di questo passo cioè se si continua come è stato programmato dal governo a ridurre il Fsn nel tempo si arriverà ad una de-quantificazione del fabbisogno finanziario che esporrà tutte le Regioni virtuose o meno ai piani di rientro. Se ciò dovesse accadere il processo di ri-centralizzazione della gestione sarà completo. In questo caso tutte le Regioni sarebbero affiancate dal governo diventando del tutto dipendenti da un centralismo gestionale assoluto perdendo del tutto la funzione gestionale e quindi il potere di spendibilità su una quantità enorme di risorse.

Le Regioni sottoposte ai piani di rientro dovranno porre in essere tutte le iniziative per ricondurre la gestione nell'ambito degli equilibri programmati. Qualora dalla verifica di Tavolo adempimenti e Comitato LEA emergeranno dei gravi ritardi nell'attuazione del piano di rientro, il Presidente del Consiglio dei Ministri diffida la Regione ad adempiere ai propri adempimenti e se le Regioni faranno orecchio da mercante il Presidente del Consiglio dei Ministri nomina un Commissario che avrà un mandato per attuare il Piano di rientro. Con il commissariamento la Regione perde la sua potestà sulla sanità. E il gioco è finito.

Piani di rientro lacrime e sangue

Il ministero della salute, con un report sui piani di rientro, ci ha detto tre cose:

- sono gli strumenti che più hanno funzionato per ridurre la spesa;
- sono strumenti iniqui perché danneggiano il grado di universalismo del sistema;
- hanno avuto prevalentemente la forma dei tagli alla spesa corrente;
- non hanno comportato particolari riorganizzazione del sistema.

A tutt'oggi quindi non siamo riusciti a far coesistere le politiche di riequilibrio della spesa con i diritti delle persone. Cioè non siamo riusciti a fare sostenibilità. Governo e Regioni insistono nell'adottare politiche a scapito dei diritti.

Ma il report del ministero ci fa riflettere anche sul significato politico dei piani di rientro. Essi non sono altro che atti di limitazione della sovranità regionale giustificati dall'incapacità dei governi regionali ma che, anche se odiosi, ottengono di fatto innegabili risultati di contenimento della spesa. Anzi fino ad ora i piani di rientro sono stati gli strumenti più efficaci per piegare le Regioni alle politiche di compatibilità. Le Regioni risparmiano solo se costrette a farlo non perché è necessario farlo.

Il report del ministero dice che le Regioni per equilibrare i conti hanno sacrificato i diritti

delle persone, ma non perché con i piani di rientro sia inevitabile, cioè colpa dello strumento in sé, ma perché le Regioni hanno delle incapacità, delle volontà e degli interessi politici da tutelare e dei sistemi sanitari pieni di costose contraddizioni. Esse a parte ignorare le virtù i significati autentici di sostenibilità, hanno accuratamente evitato di tagliare sugli intrecci tra gestione e politica, e ancora meno di intervenire sulle grandi diseconomie del sistema e sui suoi altissimi costi di transazione (contenzioso legale, medicina difensiva, dequalificazione causata dal blocco del turn over ecc.) In sostanza le Regioni hanno tagliato sui diritti, in genere dei più deboli, ma per mantenere, attraverso una serie di diseconomie, i loro prevalenti interessi politico-clientelari.

Per cui non meraviglia se il report alla fine registra l'esistenza di differenze significative a proposito di LEA. Pur rilevando alcuni tendenziali miglioramenti per lo più legati alla deospedalizzazione e alla crescita dell'assistenza territoriale, sussiste, secondo il report, un problema politico di equità forte. Il rapporto tra "*sistema salute deficit finanziario ed erogazione dei LEA*" resta squilibrato.

C'è infine un aspetto che il report trascura e che è invece quello che più di ogni altro è alla base dell'iniquità: il grado di privatizzazione del sistema causato dalle politiche restrittive delle Regioni in piano di rientro, ma non solo. Non si tratta di limitarsi a valutare, come fa il report, il grado di equità del sistema commisurandolo con l'accesso alle prestazioni pubbliche dei cittadini, ma anche di valutare il grado relativo di privatizzazione delle prestazioni pubbliche previste dai LEA ma erogate a pagamento.

Le Regioni in piano di rientro hanno imposto ticket a tutto spiano, hanno usato espedienti per scoraggiare il ricorso al pubblico (tipico è il caso dei ticket che costano più delle prestazioni private), hanno creato barriere all'accesso dei servizi ed altro. Per cui è inutile negarlo le politiche adottate in questi anni per raggiungere il riequilibrio finanziario di fatto hanno favorito la privatizzazione di un pezzo dei consumi (basta vedere il peso della spesa out of pocket e l'enfasi posta sulle mutue integrative). Sotto la spinta delle contraddizioni finanziarie è in azione una *contro riforma* strisciante a danno dell'ordinamento pubblico.

Cosa fare? Il report suggerisce sostanzialmente una riorganizzazione dei Ssr, quindi non si allontana dalla vecchia linea marginalista del Patto per la salute. Esso resta dentro una logica del "*riordino quale compatibilità,*" restando per questo ben distante da una difesa efficace della natura pubblica del sistema.

Ma le politiche marginaliste che il report insiste a definire di "*razionalizzazione*" sono in grado di risolvere una volta per tutte l'antinomia diritti/risorse? Quando il report dice che "*è necessario rendere possibile equilibrio finanziario ed erogazione equa ed efficace dei livelli di assistenza*" praticamente fa un discorso di *sostenibilità compossibile*, ma le politiche di riorganizzazione che esso auspica, sono in grado di fare sostenibilità

compossibile? Probabilmente no.

Per risolvere l'antinomia risorse/diritti che è alla base dei problemi di sostenibilità, dobbiamo essere prima di tutto consapevoli che tali antinomia, se non adeguatamente rimossa, alla lunga metterà in crisi la natura pubblica del sistema e quindi cambiare la domanda: *quale sistema pubblico di tutela sanitaria garantisce una minore spesa? Cioè quale rapporto tra bisogni e risorse*

Cioè quale riforma e non solo quale riordino riesce a scongiurare la privatizzazione e quindi l'iniquità del sistema con un sistema meno costoso?

Patti per la salute

La storia dei patti inizia il 3 agosto del 2000, quando, il Governo firma una prima storica intesa con le Regioni, per inaugurare in sanità la stagione delle *intese finanziarie*.

Anche se quell'accordo non prenderà subito il nome di Patto per la Salute, in esso troviamo i capisaldi della filosofia pattizia tra i due livelli di Governo del settore (ulteriormente definiti con la riforma costituzionale del 2001): da un lato lo Stato che si impegna a garantire risorse idonee ai LEA e dall'altro le Regioni che si impegnano a non sfondare i propri bilanci, assumendosi gli oneri di eventuali disavanzi.

È la fine dei ripiani a piè di lista.

Il Patto per la Salute è così definito: *“un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema”*.

In sostanza un vero e proprio *“contratto programmatico bilaterale”* che deve fissare indirizzi, strategie, programmi ma anche individuare risorse e norme per garantire che il sistema funzioni e si adegui ai cambiamenti dei bisogni e della domanda di salute.

Oggi volgendo lo sguardo all'indietro possiamo dire che l'esperienza dei patti non è andata bene ma essi non vi è dubbio hanno cambiato il modo di fare politica sanitaria a parte cambiare il modo di finanziare la sanità. Grazie ai Patti per la Salute in qualche modo si è comunque riusciti a mantenere una direzione univoca sulle grandi opzioni sanitarie.

L'altra faccia della medaglia è che, nel tempo, i Patti sono diventati sempre più una scatola chiusa da *“prendere o lasciare”*.

Se si mettono tutti i patti in fila si ha questa serie: 2000,2001 (tre accordi integrativi), 2005/2007, 2007/2009, 2010/2012, 2014/2016. Ben 8 intese finanziarie che dimostrano in modo inequivocabile il rapporto stretto tra:

- un crescente de-finanziamento del sistema;
- un crescente asservimento delle Regioni allo *spending power* del ministero dell'economia.

Questa serie di intese sarà contraddetta da un fatto politico clamoroso cioè quando l'ultimo patto sottoscritto sarà rinnegato dal governo che stanzierà in finanziaria solo 111 mld in luogo di 115 previsti. Ormai è evidente che per il governo i patti servono solo a formalizzare le sue politiche economiche con delle Regioni ormai senza alcuna potestà.

Con il governo in carica l'aria è cambiata: ormai il fabbisogno finanziario è vincolato ad una riduzione della spesa sanitaria se tale riduzione non ci sarà allora interverranno d'imperio adeguati tagli lineari.

Lo strumento pattizio dovrebbe quindi soddisfare almeno a tre condizioni:

- che il saldo tra meno spesa e più spesa sia invariante,
- che il governo intaschi i risparmi che si aspetta pena i tagli lineari,
- che i risparmi finanzino i contratti, i LEA e l'innovazione.

Ma il patto non riuscirà per le solite ragioni:

- cambiamenti molto marginali,
- diseconomie importanti sostanzialmente invariati,
- tattiche ed espedienti per essere comunque finanziati.

Insomma oggi i patti sono diventati semplicemente l'esercizio di un *consenso informato* tra il governo che decide e dispone il suo de-finanziamento programmato e le Regioni che si rassegnano ad essere de-finanziate senza neanche più protestare per l'insufficienza delle risorse.

Il tempo degli *accordi bilaterali programmatici* praticamente è finito.

Capitolo 5

Revisione della spesa, tagli lineari e de-finanziamento

Revisione della spesa: cenni storici

L'idea di revisione della spesa è piuttosto vecchia. Un rapporto venne scritto a metà degli anni settanta promosso da Mario Ferrari Aggradi. Il primo progetto di rientro per il 1978-81 è attribuibile a Filippo Pandolfi, Ministro del Tesoro. Agli albori della programmazione finanziaria, Beniamino Andreatta discusse e progettò nel 1981-82 scenari di riduzione. Negli anni successivi, tutti i DPEF e poi i DEF hanno costruito scenari di aggiustamento dinamico della crescita della spesa, con successo variabile. Ma a parte questi tentativi lontani l'idea di revisione della spesa come la intendiamo ai nostri giorni risale al rapporto Giarda (8 maggio 2012). Con esso si esaminano sia gli anomali livelli che la struttura della spesa pubblica italiana, la sua dispendiosità, il controllo di gestione di produzione, acquisti e trasferimenti, Il carattere improprio dei rapporti finanziari centro-periferia. Questo rapporto introduce il concetto di *spending review* definendone le procedure.

Tre i suoi capitoli. Nel primo è contenuta una descrizione della spesa, il secondo traccia una classificazione di ciò che deve essere considerato "spreco" mentre il terzo riguarda il patto di stabilità interno.

La revisione della spesa ha due obiettivi:

- restituire al settore privato attività e interventi che non hanno più ragione di essere pubblici;
- garantire efficienza nella parte che rimane al settore pubblico con lo scopo di concentrare l'azione su chi ne ha bisogno.

Nell'analisi del rapporto inoltre vengono evidenziati gli sprechi e le inefficienze che hanno contraddistinto la gestione della spesa pubblica italiana. Vengono infatti considerate le inefficienze nella produzione, "*considerando i modi di produzione dei servizi pubblici, la trascuratezza delle decisioni, le modalità di utilizzo del personale pubblico*" e i prezzi di produzione maggiori pagati dal pubblico. Per la sanità, come esempio, il rapporto segnala il caso, più volte riscontrato nell'acquisto di farmaci, che diverse aziende sanitarie pagano prezzi diversi per lo stesso prodotto. Poi sono evidenziate le forme di inefficienza "*connesse al mancato aggiustamento della struttura della spesa ai mutamenti della domanda*" ovvero dei bisogni della collettività, in cui si sottolinea come "*il decentramento istituzionale può divenire, se incompleto, fonte autonoma di inefficienza gestionale*". Proprio su questo aspetto il rapporto Giarda evidenzia come dalla nascita delle Regioni in poi, nonostante gran parte della spesa si sia spostata dall'amministrazione centrale a

quelle locali, si è assistito ad “*elevati differenziali di crescita della spesa per servizi di amministrazione generale sia nell’amministrazione locale che nell’amministrazione centrale*”, che “*non dimostrano in modo conclusivo né la proposizione, accreditata da molti osservatori, secondo cui il decentramento dei compiti avrebbe prodotto più duplicazioni di strutture che riduzione della burocrazia, né la proposizione che le istituzioni politiche e la burocrazia del settore pubblico sia siano progressivamente ingrossate nel tempo*”. “*I modi*” dice il rapporto “*con cui il decentramento delle attività e lo smagrimento della macchina pubblica finora realizzati non sono stati coerenti con le indicazioni che potrebbero ricavarsi dalle più semplici regole dell’efficienza produttiva e dalle più complesse regole dell’efficienza economica*”.

In Italia la revisione della spesa è stata realizzata prima mediante Commissioni di studio, poi con provvedimenti di legge molto incisivi, elaborati ed accompagnati da *Commissari* alla revisione della spesa

La revisione della spesa diventa strategica per i governi all’inizio del terzo millennio. Sono circa 15 anni che vigono i nuovi criteri che ancora oggi sono in uso:

- norme di contabilità pubblica,
- metodo di previsione delle spese,
- tetti di salvaguardia,
- misure urgenti di blocco della spesa,
- fine delle sottostime per le spese future,
- costo zero,
- obbligo della copertura finanziaria,
- ecc.

La revisione della spesa è quindi ancora oggi un problema aperto.

Spending review e sprechi

La *spending review* oggi è strettamente correlata alla questione degli sprechi. Ma mentre il “rapporto Giarda” si poneva più un problema di costi derivabili dall’inefficienza e dalla disorganizzazione della pubblica amministrazione, la questione sprechi in sanità va considerata in una tripla accezione:

- i costi dell’inefficienza;
- i costi dell’opportunismo;
- i costi dell’immoralità.

In sanità spesso inefficienza immoralità opportunismo sono strettamente connessi nel senso che una è funzionale all’altra, ma:

- un conto è il danno erariale che denuncia ad esempio la Guardia di finanza;
- un conto sono le diseconomie come quelle ad esempio legate ai ricoveri impropri o ai costi degli ospedali o ancora al consumo eccessivo di farmaci;
- e altra cosa ancora sono i costi legati a quei fenomeni denunciati dalla corte dei conti riconducibili alla “*mala gestio*” e alla corruzione;
- e un conto è la medicina difensiva.

La *Guardia di finanza* (Rapporto annuale) ci informa che in sanità vi sono reati contro la Pubblica amministrazione, contributi illecitamente percepiti, frodi (141 milioni alla spesa sanitaria 2014), appalti irregolari ecc.

I NAS che indagando sulla sanità ci dicono di violazioni che vanno dalla truffa in danno del Servizio sanitario nazionale all’esercizio abusivo della professione sanitaria, dal commercio di medicinali privi di autorizzazione alla attivazione di strutture abusive dal falso alla ricettazione di farmaci.

La *Corte dei Conti* giudica l’andamento della spesa, i pagamenti, i dati di cassa, i trasferimenti di risorse dalle Regioni agli enti del servizio sanitario, che in concreto realizzano il servizio, il pagamento dei debiti commerciali accumulati, l’acquisto di beni e servizi ma soprattutto giudica i profili della gestione. È in questo ambito che rientra la sua definizione di “*mala gestio*” cioè tutti gli abusi legati a speculazioni gestionali che vanno dagli effetti delle lottizzazioni a quelli del clientelismo politico e ancora alle creste sulla spesa. Ma di quali sprechi parliamo?

Ma in cosa consistono i cosiddetti “sprechi”?

Il primo grande spreco sono le *anti-economie* cioè costi sostenuti per un sistema che nel suo complesso non dà in cambio benefici equivalenti. Esso per lo più deriva da modelli vecchi di servizi (ospedali, medicina convenzionata ecc.) a professioni ingessate in vecchi stilemi operativi (soprattutto medici e infermieri) a modalità assistenziali superate.

Anti economia e arretratezza culturale sono la stessa cosa. Tutte le contraddizioni che esistono tra offerta di sanità e domanda di salute, che sono tante, sono tutte anti-economiche. Non aver ripensato adeguatamente la medicina come sistema concettuale alla luce dei cambiamenti culturali della nostra società è alla base della maggior parte delle anti-economie.

Il secondo grande spreco sono le *dis-economie*, cioè i clientelismi, le spartizioni, i servizi dati ad personam sulla base delle tante tessere (di partito e sindacali), le strutture inutili, quelle sottoutilizzate, quelle in sovrannumero.

Il terzo grande spreco sono le *ruberie*: abusi, evasioni fiscali, speculazioni, corruzione... cioè tutte quelle cose che la Corte dei Conti ha definito “*mala gestio*” e che chiamano in causa per prima cosa le aziende.

Il quarto grande spreco è l’*incoerenza*, l’*inadeguatezza* dell’offerta con gli effettivi bisogni dei malati: le prescrizioni eccessive, il ricorso ingiustificato alla diagnostica, i comportamenti opportunisti dei medici (medicina difensiva), atti clinici senza evidenza di efficacia, quindi una medicina inutile e superflua.

Il quinto grande spreco sono le *transazioni disoneste*: appalti, acquisti, *project financing*, malaffare rispetto alle forniture, mense, pulizie, amministratori disonesti.

Sugli sprechi in sanità girano cifre ipotetiche che sino ad ora nessuno ha potuto dimostrarne la veridicità, come quelle che quantificano la medicina difensiva in 10 mld, o quelle perentorie e per questo poco credibili che sostengono che nel sistema sanitario esistono almeno 30 mld di sprechi, quindi all'incirca $\frac{1}{4}$ dell'intera spesa sanitaria.

Tuttavia è indiscusso che nella spesa sanitaria vi sono anti economie, diseconomie, ruberie e inadeguatezze di ogni tipo. L'Agenas ha quantificato in 6 mld gli sprechi del sistema sanitario ma il potenziale di spreco quindi l'area sulla quale intervenire con la *spending review* pare che ammonti a 30 mld Il che non è poco.

Problemi di moralità pubblica

La nozione di «spreco» oggi sta assumendo una valenza politica senza precedenti: esce dai luoghi della descrizione e della denuncia in cui era confinata (Corte dei Conti, NAS, Guardia di finanza, Agenas, media) ed entra in quelli delle *responsabilità di governo* come un grande problema di moralità pubblica.

Ammettere l'esistenza degli sprechi è come dire che una parte della spesa sanitaria è immorale, che l'immoralità non è rifinanziabile, che nessuna difesa è possibile se il finanziamento è indistinto.

Con questi presupposti, se i tagli sono impiegati per combattere l'immoralità pubblica essi acquisiscono paradossalmente una utilità pubblica.

Ne consegue che è doppiamente immorale che per conservare gli sprechi si riducano i diritti delle persone. Per le Regioni questo teorema è letale, per cui non meraviglia se esse, spalleggiate da compiacenti economisti sanitari, stanno facendo di tutto per spostare il tiro dagli sprechi su nuovi ticket da imporre alle persone e sul ridimensionamento delle tutele di diritto (LEA).

Ma perché dopo anni di aziendalismo, di efficientismo, di marginalismo, l'abolizione degli sprechi resta un problema drammaticamente aperto? Gli sprechi non sono semplicemente delle spese poco accorte ma sono i *prodotti tossici* del malgoverno regionale, eliminare gli sprechi quindi non è una semplice operazione di buona amministrazione ma è ribaltare i modi di fare politica, cioè riformare i rapporti tra politica gestione, amministrazione.

Gli sprechi appartengono ad un genere di immoralità pubblica che si articola in tante specie e tanti tipi di immoralità e che vanno dalle famose siringhe alle mazzette per rinnovare le convenzioni con il privato ai servizi creati per i raccomandati fino agli ospedali creati esclusivamente per interessi politici.

Gli sprechi in tutti questi anni hanno finanziato il consenso politico, le clientele, il voto di scambio, la lottizzazione.

Colpisce che nei «patti per la salute» si parli di *spending review* ma non di lotta agli sprechi. In tutti questi anni la maggior parte delle Regioni non sono intervenute sugli sprechi ma sui redditi delle persone con i ticket, sui servizi con ogni tipo di restrizioni,

sulle tutele delle persone, sul numero di posti letto ecc. Perché i cosiddetti sprechi sono funzionali ad una certa idea della politica e del consenso sociale.

Quindi a proposito di sprechi e di *spending review* bisognerebbe chiarire i rapporti che intercorrono tra “governabilità” “moralità” e “cambiamento”.

Il governo morale è sicuramente economico in ogni senso, il governo economico non è detto che sia morale in ogni senso. L'eventualità che in ragione dei disavanzi di bilancio causati da immoralità del sistema di governo, si impongano ai cittadini, tasse, privazioni, rinunce...dal punto di vista morale non può essere data perché trattasi di immoralità che si aggiungerebbero ad altre immoralità.

Se il mal governo crea degli sprechi e il governatore impone tasse ai cittadini vuol dire che a immoralità si aggiunge altra immoralità. Cioè il paradosso che viene fuori con la *spending review* è di far pagare a degli innocenti delle tasse sugli sprechi. Se gli sprechi sono immorali e non semplici diseconomie, allora la vera soluzione prima ancora di essere tecnica, (comprare al prezzo più basso i beni e servizi, fare concorsi corretti, trattare bene i malati, chiudere le strutture inutili, andare a lavorare tutti i giorni...) è politica... non di tasse si deve parlare ma di un altro genere di governo. Ma che vuol dire?

Vuol dire che invece di tassare gli sprechi del malgoverno si cambia governo, cioè genere di azienda, si selezionano certi direttori generali e non altri, si responsabilizzano e si coinvolgono gli operatori (*stakeolder* e *shareholders*), si innovano i modi del management, si ridefiniscono tanto i fini etici che quelli economici.

Revisione della spesa o tagli lineari?

Con il concetto di “*revisione della spesa*” si intende l'esame delle spese sostenute dallo Stato per la sanità allo scopo di ridurre gli sprechi e di apportare miglioramenti al bilancio. Con il concetto *tagli lineari* in economia s'intende generalmente l'attività di eliminazione di costi indipendentemente dall'analisi di merito della spesa.

Quindi *spending review* e tagli lineari sono concetti opposti che operano con logiche antitetiche precludendo pure a politiche sanitarie molto diverse.

Le politiche finanziarie che riguardano la sanità hanno un notevole grado di paradossalità:

- in nome della *spending review* si operano tagli lineari;
- in nome dei tagli lineari si fa *spending review*.

Cioè i due concetti sono confusi e intercambiabili.

Sul piano degli strumenti i “patti per la salute” avrebbero dovuto garantire una transazione tra finanziamento e spesa e quindi essere lo strumento principale per la sua

revisione. Ma come abbiamo visto le cose non sono andate bene. La *spending review* in fin dei conti è una forma di razionalizzazione dell'offerta di servizi. Ma l'offerta di servizi a parte i soliti interventi sull'ospedale è stata tagliata ma non razionalizzata

Il punto è che per fare una revisione della spesa, se intendiamo la spesa, come una espressione dell'offerta. Non basta un pensiero razionalizzante, marginalista, di puro riordino cioè non bastano quella che è stata definite "manutenzione", ma ci vuole un pensiero più riformatore che a tutt'oggi non c'è. Molti dei problemi finanziari più importanti nascono da problemi di invarianza dei modelli

I tentativi di revisione della spesa già preannunciati nella riforma del '99 (Dl 229) non hanno prodotto grandi risultati perché per quanto utili essi restavano al disotto dei limiti finanziari imposti alla sanità, cioè non bastavano a far fronte al de-finanziamento, e a compensarlo. La dimostrazione di ciò è che i risultati di contenimento della spesa soprattutto a livello di Regioni in disavanzo non sono legati tanto alla *spending review* ma ai piani di rientro che a tutti gli effetti obbediscono a logiche lineari. I piani di rientro altro non sono che tagli lineari applicati ad un sistema dell'offerta assunto a livello regionale.

La *spending review* invece quale processo di razionalizzazione del sistema ha mostrato nel tempo una certa insufficienza ma solo perché sui costi strutturali del sistema legati ai modelli di offerta superati non riusciva ad intervenire. I risultati di risparmio del marginalismo oggi sono meno di quello che servirebbe a compensare i tagli al fabbisogno finanziario della sanità.

Questo dimostra che:

- per fare *spending review* davvero ci vuole un pensiero riformatore;
- che la razionalizzazione non basta a rivedere sul serio la spesa;
- che il confine tra *spending review*/tagli lineari è molto ambiguo.

Quando una Regione ad esempio decide di ridurre il numero dei posti letto o il numero delle asl, non è chiaro se il suo sia un intervento di revisione della spesa o un taglio lineare. Più chiari sono quegli interventi di blocco in particolare del lavoro che al contrario obbediscono in modo chiaro alla logica dei tagli lineari.

Le insufficienze della *spending review* sul piano dei risultati giustificano i tagli lineari e i tagli lineari nella maggior parte dei casi sono contrabbandati per *spending review*.

Tre sono i punti che potrebbero fugare qualsiasi ambiguità e confusione tra i due concetti:

- il tempo dei processi;
- la revisione della spesa;
- la metodologia impiegata.

Nel primo caso la *spending review* non può dare risultati istantanei come i tagli lineari, nel secondo la revisione della spesa prelude ad una logica riformatrice i tagli lineari no,

questi de-quantificano le quantità in invarianza di sistema

Per escludere le logiche lineari del de-finanziamento é necessario mettere mano a logiche trasformative che intervengano profondamente nel sistema dei costi dei modelli.

Se continueremo a fare piccolo cabotaggio passando da una legge di stabilità all'altra o da un patto all'altro, non ne usciremo vivi.

Il significato di lineare

Sono anni che si fanno manovre sulla sanità e sono anni che tutti dicono la solita cosa: “*tagliare ma senza tagliare*”. La clausola salva coscienza è sul modo di tagliare cioè la “linearità”. Se proprio si deve tagliare, si scelga un macellaio intelligente come per le bombe, cioè bombardate pure ma cercate di colpire i bersagli giusti.

Sulla linearità sfugge ai più che la prima linearità è come pensa il governo di turno... non la crisi... o la recessione. I provvedimenti sono lineari perché lineare è il pensiero che pensa la crisi senza crescita. All'inizio (governo Monti) lo slogan era “*Rigore, sviluppo, equità*”. Il rigore senza sviluppo e senza equità per forza diventa lineare. La non linearità non è una questione di bombe intelligenti ma di cambiamento. Il Cnel sulla *spending review* curiosamente è incappato in una antinomia: attacca i tagli lineari, dicendone peste e corna e...propone finanziamenti lineari... i costi standard... gli stessi che, fin dall'inizio, avevano suscitato il disgusto dei palati fini dell'economia sanitaria e non solo. Ma il problema non era la linearità?

La linearità è un modo di pensare la sanità: sono lineari i prezzi di riferimento, i tetti di spesa, gli sconti imposti all'industria e alle farmacie... tutto è sfacciatamente lineare. Cioè semplificato, banalizzato, immiserito. Tutto è de-razionalizzato perché il tempo della razionalizzazione sembra finito.

La sanità è diventata come una “*trivial machine*” cioè qualcosa di elementare, in cui metti degli input, dei numeri, sapendo già in partenza gli output cioè i numeri che si avranno. Ma quali output? Quelli contabili cioè altri numeri, non le esistenze delle persone che stanno male, dei servizi che perdono la qualità, del diritto che si piega alla necessità della crisi, della diseguale possibilità di sopravvivenza fisica delle persone, delle ingiustizie quindi.

“*Lineare*” vuol dire:

- sfiducia nelle persone, nelle istituzioni, nelle qualità, nell'intelligenza, nell'etica, nella professionalità;
- qualcosa di violento, di impositivo che come ogni potere autoritario si giustifica con lo stato di emergenza perché in tempi normali sarebbe del tutto ingiustificato e inaccettabile.

“*Lineari*” sono infatti i regimi totalitari, il pensiero unico, le ossessioni, le vendette, le disumanità perpetrate per ragioni di Stato sulla pelle dei più deboli. I tagli lineari non andrebbero fatti, semplicemente perché sono disumani, cioè forme di inciviltà.

Il ragionamento che fanno in genere i benpensanti è il seguente:

- il diritto alla salute può essere compatibile con i tagli;
- a patto che... si utilizzino “*al meglio*” le risorse;
- a patto che... si facciano politiche di razionalizzazione e di cambiamento.

A questo ragionamento se ne aggiunge un altro quello classico: i limiti economici non possono ledere i diritti per cui è necessario “*ricercare*” nuove soluzioni che riescano a tenere insieme diritti e restrizioni finanziarie.

Cerchiamo di capire la logica di questo ragionamento:

- lo scopo... costruire delle compatibilità;
- il mezzo... utilizzare al meglio le risorse;
- le condizioni... attuare politiche distinte di miglioramento e di cambiamento.

La filosofia di fondo di questo ragionamento è quindi tutta nel sottoporre un valore, il diritto alla salute, dato un preciso contesto, alle condizioni che riescono ad esprimerlo attuandolo... quel famoso inciso “*a patto che...*”:

- la salute dipende in meglio o in peggio da quei “condizionali” che sapremo mettere in campo...quindi dalle politiche che riusciremo ad esprimere;
- dovremmo “ricercare” tutto quanto è in grado di assicurare la compatibilità/compossibilità tra il diritto e i limiti.

In sostanza l’operazione è:

- giustificare i tagli perché c’è la crisi;
- dichiarare che i tagli pongono un problema di compatibilità;
- criticare gli interventi sommersi;
- scaricarci addosso la responsabilità del cambiamento;
- se non si è in grado di cambiare si perde il diritto alla salute;
- se ciò accade la colpa non è dei tagli ma di chi non riesce a cambiare;
- chi non riesce a cambiare è un conservatore;
- i conservatori sono il nostro problema principale.

Questo introduce al discorso che i raffinati chiamano della “*decidibilità*”. Il cambiamento è decidibile, cioè possibile, solo se esiste la condizione che lo rende praticabile. Senza

riformatore non è possibile riformare un bel niente

Il de-finanziamento relativo

De-finanziare la sanità in generale vuol dire finanziarla annualmente sempre meno cioè ridurre in modo programmato il suo fabbisogno quindi il fondo sanitario nazionale. In particolare, secondo il governo, vuol dire condizionare il finanziamento della sanità ai processi di riqualificazione della spesa sanitaria: le risorse destinate alla sanità sono teoricamente proporzionate alle risorse liberabili o risparmiabili.

L'equivoco è credere che questo giochetto sia solo e meramente una questione di buona amministrazione ma non è così. Il de-finanziamento per funzionare dovrebbe basarsi su un programma riformatore che intervenga su diseconomie, anti economie, abusi, malgoverno ecc.

Non si può pensare di riformare la spesa sanitaria, perché di questo si tratta, senza riformare la sanità. La spesa sanitaria è determinata dal sistema che la esprime in tutti i modi possibili leciti e meno leciti. Le conseguenze finanziarie del sistema sono il sistema. Per cui anche la solita lagna marginalista sulla appropriatezza, le cure inutili, il consumismo sanitario le cure primarie ecc. necessità di un pensiero riformatore.

Se è vero che esistono 3 Pil, *ufficiale*, *sommerso* e *criminale*, a quale dei tre si dovrebbe riferire la quantificazione del fabbisogno finanziario della sanità? Questo fabbisogno è al lordo o al netto delle anti economie e delle diseconomie? Se è al netto, quali politiche si rendono necessarie per salvaguardare i diritti delle persone? Se il fabbisogno per la sanità è al netto della sua spesa negativa come si fa ad eliminare la spesa negativa e non i diritti?

Se non troviamo il modo di rispondere seriamente a queste domande è inutile sbraitare contro il de-finanziamento e chiedere maggiori finanziamenti.

La spesa sanitaria è un numero relativo (i numeri relativi sono quelli preceduti o da un + o da un -) che dipende in + e in - da tutto quanto la determina al rialzo o al ribasso, e più esattamente dal tipo di consumo di salute che essa permette.

Se la sua quantificazione è calcolata senza chiarire in + o in - *i modi del consumo*, e quindi il genere di tutela che essa assicura, o bassa o alta che sia, sarebbe una fallacia cioè una assegnazione puramente contabile.

Allora? Se la spesa sanitaria è un numero relativo essa oltre ad indicare un valore dovrebbe indicare una direzione di marcia, delle politiche sanitarie, ovvero delle strategie. Le grandezze in sanità hanno senso se indicano dei cambiamenti, senza i quali i numeri sono fallacie contabili. La domanda giusta non è:

- se un qualsiasi fabbisogno sia compatibile o incompatibile con l'attuale sanità, ma
- "come" lo sarebbe in relazione ad un'altra sanità.

Se avessimo una bacchetta magica per abbassare le malattie con strategie di produzione della salute, per ripensare il lavoro professionale, per reingegnerizzare tutto il sistema dei servizi sul luogo di vita del cittadino, azzerando naturalmente le tante diseconomie, il 5.25% del Pil sarebbe del tutto ragionevole.

Ma lo stesso numero sarebbe certamente irragionevole se non si cambiasse niente. Il punto politico è tutto qui: il governo dica quale sanità si accompagna al + e al - e solo dopo definisca dei numeri.

Il governo de-finanzia per indurre le Regioni a ridurre i costi dei loro sistemi sanitari, delegandole di fatto a definire "quale sanità" ma le Regioni non definiscono un bel niente finendo con il tagliare in modo lineare sui servizi, i consumi, le tutele.

Di fronte a quello che fanno le Regioni cosa dovremmo fare? Dovremmo forse mettere il (+) davanti ad una spesa "relativa" ad una classe dirigente insufficiente? Dovremmo rifinanziare la spesa negativa? Tenerci modelli di servizio superati? Una governabilità discutibile? Lavoratori trattati come pezze da piedi?

Numeri relativi e finanziamenti condizionati

Numeri relativi o numeri assoluti? Colpisce che ogni anno al momento della quantificazione del fondo sanitario nazionale, i numeri della spesa sanitaria siano regolarmente oggetto di polemiche e discussioni. Sono tagli o incrementi? Può un numero essere una cosa e il suo contrario? Il governo ad esempio circa i 111 mld (lo stanziamento previsto per il fsn del 2015/2016), non ha dubbi è un incremento: "*nel 2013 i soldi per la sanità erano 106 miliardi, nel 2014 sono stati 109 miliardi, nel 2015 110, nel 2016 saranno 111*".

Come dargli torto? Una serie aritmetica, è la somma degli elementi di una successione, quindi una addizione, nella quale la differenza tra ciascun termine e il suo precedente è una costante. Peccato che la costante del governo decresca (da 3 mld a 1 mld in tre anni) e che l'incremento, oggettivamente innegabile, sia sempre più simbolico. 111 mld per il governo altro non è se non un *numero relativo* che si caratterizza per il segno "*meno*".

Le Regioni, i sindacati, al contrario dicono che 111 mld sono un taglio e per dimostrarlo anche loro ricorrono alla serie aritmetica ma riferendosi a quella del patto per la salute: *2014/109 mld... 2015/112 mld... 2016/115 mld*. In questa serie la costante prevista è incrementale per cui ogni finanziamento dovrebbe crescere annualmente di 3 mld. Per le Regioni il fabbisogno finanziario sarebbe quindi un *numero assoluto crescente*.

La grande differenza politica tra “*relativo*” e “*assoluto*” è quindi un modo diverso di intendere una quantità:

- per il governo il Fsn è un numero relativo perché deve essere accompagnato da una bonifica della spesa che va liberata dalle sue diseconomie;
- per le Regioni invece, è un numero assoluto perché per loro è assoluta la crescita costante del fabbisogno.

Di fronte a questa ambivalenza relativo e assoluto sono da considerarsi delle pretese le richieste, da qualunque parte provengano, che pur nella loro legittimità puntano semplicemente al rifinanziamento senza scambiare economie con diseconomie:

- se la sanità può costare di meno senza dare di meno non conviene alla maggior parte di noi farla costare di più;
- se addirittura la sanità può costare di meno e dare di più è un dovere di tutti concorrere al suo cambiamento.

La sanità va rifinanziata hanno ragione coloro che lo chiedono ma non le sue diseconomie. La ratio del suo ragionamento si rifà a quello che in economia Kaldor/Hicks chiamano “*principio di compensazione*” (ogni operazione che serva in qualche modo a bilanciare una differenza) in ragione del quale la quantificazione del fondo sanitario è messa in opposizione alle diseconomie del sistema ad esso correlato. Seguendo il ragionamento di Kaldor/Hicks, si avrebbe compensazione se le Regioni de-finanziate aggiustassero i loro sistemi sanitari per mantenere costante il livello di offerta di tutela delle persone, cioè quando alla diminuzione del finanziamento l’offerta di tutela cambia per costare meno senza dare di meno se non di più.

I numeri della spesa sarebbero giustificati solo se le Regioni fossero capaci di dare luogo ad una sorta di “*offerta compensata*” cioè ad un cambiamento nel modo di produrre tutela. Al contrario se le Regioni non compensassero l’offerta, i numeri risulterebbero fatalmente insufficienti.

Il de-finanziamento è una modificazione al ribasso nell’allocazione delle risorse che se non è compensato diventa taglio lineare. Se è compensato allora vuol dire che è possibile riconvertire in modo equo le diseconomie in economie, gli svantaggi in vantaggi, in modo tale che il sistema sia in grado di produrre un’utilità non inferiore a quella storica. Per le Regioni questo significa andare ben oltre le razionalizzazioni e mettere mano alle diseconomie strutturali, quelle tipiche di un certo sistema sanitario e quindi disporre di quello che non c’è, vale a dire un progetto di riforma. Sorge il problema dei tempi: quelli del de-finanziamento seguono il ritmo annuale delle leggi di stabilità quelli della riforma avrebbero bisogno di tempi relativamente più lunghi. Insomma la contabilità ha tempi brevi il cambiamento no. Per cui alla fine il de-finanziamento si riduce a un taglio lineare.

Scompensi finanziari

Sino ad ora nessuno ha messo a disposizione delle Regioni delle soluzioni riformatrici capaci davvero di compensare il de-finanziamento. Le Regioni purtroppo non sanno andare oltre un po' di razionalizzazione ospedaliera, un po' di ticket e gli accorpamenti delle asl. Ormai è sempre più evidente che il de-finanziamento è diventato un problema di tagli lineari perché è compensato con la riduzione dei servizi e delle tutele. Le Regioni non riformano perché non lo sanno fare, ma tendono a contro riformare cioè a smontare il proprio sistema sanitario un pezzo per volta. Questo lo sanno fare.

Il risultato è che il de-finanziamento del fsn non è pagato in egual misura da tutti gli attori del sistema ma è pagato, come dimostrano questi anni di tagli, in particolare più dai diritti che dagli interessi, e tra gli interessi da certi interessi e non da altri. Per esempio il lavoro ha pagato un prezzo salatissimo molto meno l'area degli abusi, dei privilegi, del clientelismo, della speculazione. Quindi

- è un errore che per compensare si dia alle Regioni carta bianca o la licenza di uccidere i diritti senza vincolarle ad uno schema riformatore che compensi riducendo le diseconomie;
- è un errore pensare che basti de-finanziare il sistema per cambiarlo;
- il progetto di cambiamento per compensare il de-finanziamento è ancora tutto da scrivere.

Quindi il vero problema non è il de-finanziamento in quanto tale ma è il de-finanziamento "*s-compensato*" quello cioè che senza cambiamento diventa taglio lineare.

Questo de-finanziamento rischia di mettere fuori gioco quelle Regioni che avendo adottato nel tempo tutte le possibili soluzioni marginaliste hanno compensato come hanno potuto e che ora con ancora meno soldi e senza un pensiero riformatore, sono sempre più spinte verso le mutue integrative e le assicurazioni cioè verso finanziamenti integrativi. Il governo pensa di poter obbligare con il de-finanziamento le Regioni a riassorbire gli squilibri ("ospedale per ospedale"), ma senza una *quarta riforma* non solo il de-finanziamento funzionerà come un taglio lineare programmato ma esso favorirà la deriva contro-riformatrice delle Regioni.

Il limite del tempo è pensare la sanità restando al di qua degli orizzonti del sistema dato, senza accorgersi che in questo modo arriviamo al serpente che si morde la coda senza fine:

- si de-finanzia perché bisogna cambiare ma non si dice come...
- quindi si delega il cambiamento alle Regioni che non sanno cosa fare...
- tutti restano al di qua degli orizzonti dati e non si misurano con le necessità riformatrici della sanità.

Insomma l'epoca in cui le Regioni dichiaravano “*la manovra non è in grado di assicurare la tenuta del sistema sanitario*” è finita. “Intendendo per “*tenuta*” un sistema sanitario invariante a costo crescente da rifinanziare all'infinito. Oggi le Regioni non protestano più anche se i loro sistemi sanitari sono obbligati ad essere a costi decrescenti cioè de-finanziati.

Conclusioni:

- se la sufficienza delle risorse in sanità dipende dai cambiamenti che sapremo immettere nel sistema allora questi cambiamenti diventano la chiave di volta delle politiche sanitarie del futuro;
- se il governo ha ragione a non voler rifinanziare le diseconomie, ha torto marcio a non correlare il de-finanziamento con una riforma che compensi il de-finanziamento in quanto tale;
- senza riforma il suo de-finanziamento è praticamente un taglio lineare all'invarianza storica del sistema pagato ingiustamente dai malati;
- fino a quando la sanità avrà al suo interno importanti diseconomie il problema vero sarà la sua invarianza non il de-finanziamento;

Morale della favola: bisogna riformare la sanità.

LEA: il minimo, l'essenziale, il salvavita

Il governo recentemente ha messo a punto un provvedimento per definire i nuovi LEA. Cosa sono? L'acronimo significa “*livelli essenziali di assistenza,*” cioè prestazioni di diritto per i cittadini a carico dello Stato. Essi riguardano l'assistenza ospedaliera, la farmaceutica, la specialistica, l'assistenza di base, i vaccini, le protesi, la prevenzione collettiva.

L'ultima volta che sono stati ridefiniti è stato nel lontano 2001, quindi sono almeno 15 anni che soprattutto le Regioni ne chiedono l'aggiornamento. In questo tempo come si potrà immaginare sono uscite nuove terapie, nuovi trattamenti, nuove esigenze sociali, nuovi presidi, nuove tecnologie, perfino nuove malattie, alle quali le Regioni sottoposte sistematicamente a de-finanziamento, hanno risposto come hanno potuto a volte adottando a dispetto dei santi nuove tutele ma caricandosi di oneri aggiuntivi senza che mai il governo provvedesse ad una adeguata copertura finanziaria. Prima di diventare “*essenziali*” questi livelli erano “*minimi*” ad indicare un passaggio politico di grande significato che a partire dagli anni 90 è avvenuto da un universalismo largo omnicomprensivo ad un universalismo più ristretto e contingentato.

Fino ad ora nessun governo ha voluto adeguare i LEA per paura di dare di più e di aumentare i costi della sanità. Anzi a mano a mano a LEA invariante si sono adottate misure che in nome dell'appropriatezza e dell'economicità puntavano a ridurre d'imperio

i consumi sanitari.

Oggi il governo adegua i LEA ma non per dare di più ma al contrario per dare di meno e quindi operare un taglio drastico dei consumi. Da *minimi* ad *essenziali* e ora a *super-essenziali*.

Come? Anche ai LEA viene esteso il criterio di de-finanziamento adottato per il fondo sanitario nazionale: ti do x quindi meno di ciò che servirebbe, per farti bastare x devi tagliare su y se non tagli sono cavoli tuoi.

Il governo per i LEA ha stanziato solo 800 milioni, anche se il loro aggiornamento costa almeno 3 mld, dicendo che quello che manca cioè ben 2mld 228 milioni, cioè una montagna di soldi, dovrà essere compensato in vario modo, estendendo i ticket, ricorrendo alle gare di acquisto e continuando a perseguire obiettivi di appropriatezza.

Nonostante questo provvedimento superi l'odioso decreto sull'appropriatezza e riduca per i medici i vincoli da rispettare nelle prescrizioni, per come è stato congegnato rischia di scaricarsi proprio sui medici con l'obiettivo di tagliare i consumi e di essere la più grossa botta inferta all'universalismo del sistema pubblico. Il taglio dei LEA è la condizione necessaria per fare spazio alle mutue e alle assicurazioni come ci propongono da decenni certi economisti e non solo. Cioè un sistema a tre gambe: *pubblico* per gli indigenti, i pensionati e i disoccupati, *mutualistico* per chi ha un contratto di lavoro, *assicurativo* per chi ha reddito e può permetterselo.

Questa vicenda dei LEA ha addirittura aspetti misteriosi se si pensa che il ministero della salute ha quantificato l'effettivo fabbisogno finanziario per la loro copertura al netto dei tagli e delle compensazioni in soli 771,8 milioni di euro cioè addirittura meno dei magri assegnamenti decisi con la legge di stabilità del 2016.

Si ha la brutta sensazione di essere vicini alla fine. Cioè ancora un paio di anni e il sistema non sarà più quello che è ora. Il de-finanziamento della sanità è stato programmato in modo da ridurre nel 2019 la spesa sanitaria almeno di un punto e mezzo del Pil. È probabile che dopo questa operazione sui LEA, il servizio sanitario nazionale al 2019 non ci sarà più o almeno sarà molto ridimensionato. Certo in mezzo ci sono tanti fatti politici, come il referendum, le elezioni politiche del 2018, ma *a condizioni non impedito*, cioè ad invarianza di politiche, il provvedimento adottato per i LEA di fatto ridimensiona e non di poco il valore dell'universalismo.

Le Regioni non hanno battuto ciglio, in altri tempi avrebbero fatto il finimondo, oggi del tutto subalterne al governo incassano gli 800 milioni e poi si vedrà. I sindacati tutti allineati e coperti e chi ha mugugnato ha mostrato di non capire il senso sinistro dell'operazione LEA. Quanto alla Fnomceo la massima rappresentanza della professione medica si ritiene soddisfatta per aver messo un argine ai vincoli imposti ai medici sulle prescrizioni ma intanto i carabinieri dei NAS hanno cominciato a fare visita ai suoi associati nei loro ambulatori per controllare se adottano comportamenti appropriati e il de-finanziamento dei LEA ricadrà inevitabilmente sui comportamenti clinici. Tutto questo è il risultato di un incontro fatale tra le politiche di de-finanziamento della sanità pubblica e il pensiero debole di coloro che da sinistra in questi anni ci hanno parlato di razionalizzazione, di inappropriatezze, di esami inutili, di consumismo sanitario, ma sempre ad invarianza di sistema cioè senza mai cambiare davvero qualcosa. La cosa che si

sa con certezza è che i LEA costeranno 3 mld e saranno finanziati solo per 800 milioni di euro. Il resto sono chiacchiere. Per poter fare le mutue integrative è necessario abbassare la copertura pubblica quindi tagliare sulle tutele. In questo modo si costringono i cittadini a trovarsi altre forme di coperture. Fino a quando lo Stato “*passerà*” tutto non ha senso fare le mutue integrative perché sarebbero un doppione. Per farle è necessario che lo Stato “*passi*” prevalentemente il *super-essenziale*.

Capitolo 6

Invarianza regressività anti-economicità (de-quantificare senza de-finanziare)

Anti-economie

In sanità non esistono solo gli sprechi le cose inappropriate, le inutilità, gli abusi, i servizi carenti, cioè le diseconomie. Esistono anche e soprattutto le *anti-economie* anche se ben nascoste nei modelli che non cambiano mai. Tutte le Regioni nessuna esclusa anche quelle che hanno razionalizzato i loro servizi hanno modelli superati di ospedali, impieghi superati di professioni, organizzazioni del lavoro superate. Cioè tutte le Regioni a causa dell'*invarianza dei loro storici modelli di tutela* hanno un importante grado di regressività i cui costi sono legati alle riforme mai fatte. Di tali costi nessuno parla anche se sono davvero quelli più importanti ai fini di garantire la famosa sostenibilità. La sanità è imbevuta di taylorismo nel senso che tutti i suoi servizi sono ancora fermi a questa superata organizzazione del lavoro. L'economia industriale ha ormai dimostrata da anni che il taylorismo costa troppo e non è così efficiente come lo era all'inizio della rivoluzione industriale. Tutti i discorsi sugli sprechi, sulle inappropriatezze, sulle inutilità sono tutti a modelli invarianti. Una tutela, un servizio, una professione, una prassi organizzata in modo anacronistico ha dei *costi strutturali* che nessuna razionalizzazione potrà mai a ridurre. Per cui si arriva al paradosso di teorizzare l'appropriatezza a modelli inadeguati di servizio cioè di *razionalizzare l'inadeguatezza*. Quello che si risparmia con l'appropriatezza è importante specie nel mondo della terapia, delle analisi cliniche e della diagnostica, ma resta marginale rispetto a quello che si potrebbe risparmiare riformando i modelli, le organizzazioni del lavoro, il modo di operare, le prassi di tutti i giorni. Insomma conviene di più un medico bravo che un "*medico con il bollino*" cioè ligio all'uso delle linee guida.

Poste le cose in questi termini non si tratta solo di individuare servizi più efficienti o di stimare quanto si spenderebbero in meno se il livello di efficienza fosse paragonabile a quello dei servizi meglio organizzati ma di valutare i risparmi possibili in relazione a veri e propri processi di riforma dei modelli.

Quanto si risparmierebbe se la medicina di base fosse diversa? Se l'ospedale fosse altro? Se l'organizzazione del lavoro fosse interconessionale anziché tayloristica? Se l'infermiere fosse quello teorizzato dalla legge 42? Se il medico fosse ripensato? Se l'università riformasse i suoi programmi di insegnamento? Se la governance aziendale fosse davvero tale?

Nessuno sino ad ora si è mai cimentato in questa impresa per la semplice ragione che per lavorare sui "*controfattuali*" e sui "*mondi possibili*", (cioè su una ipotesi di sanità diversa dalla sanità reale) bisogna per lo meno immaginare un'altra medicina di base, un

altro ospedale, un'altra organizzazione del lavoro, un altro infermiere un altro medico ecc.

Ad esempio vi sono esperienze che ci dicono che una riforma delle relazioni dentro gli ospedali abbatta il costo del contenzioso legale e l'incidenza della medicina difensiva, allora la domanda da porre non è “quanto si risparmia” ma “quanto costa di meno” se l'ospedale fosse ripensato per interconnessioni e relazioni?

Superare le anti-economie strutturali del sistema ci permette di *de-quantificare* la spesa ma senza *de-finanziarla*. La *de-quantificazione* ci permette di costare semplicemente meno ma senza sacrificare il finanziamento del fabbisogno. Questo è possibile semplicemente riformando il fabbisogno riformando il genere di tutela. Cioè applicando il principio che un limite può diventare una possibilità. Se i soldi sono pochi chi ci impedisce di ripensare un ospedale per farlo costare strutturalmente di meno?

Il vantaggio di questo approccio è di garantire stime ipotetiche verificabili dei risparmi di spesa che si potrebbero ottenere su dei progetti riformatori finalizzati. Anziché immaginare solo una sanità ripulita dagli sprechi si lavora su un programma di cambiamenti dai quali ci si aspetta dei risultati verificabili. Cioè “a condizioni non impedite” la spesa sanitaria può essere abbassata semplicemente (si fa per dire) superando tutte le forme inutili di taylorismo, tutte le separazioni inutilmente settoriali, tutte le parcellizzazioni inutili dei processi, la formazione professionale inadeguata.

Potete essere certi che facendo ciò la maggior parte delle diseconomie si ridurrebbero in modo significativo.

Questo ragionamento si basa sul fatto che le grandi anti-economie in sanità proprio perché si è riformato poco, cioè proprio perché il “*motore che spinge la corriera è stato fatto con pezzi di vecchi motori*”, sono più strutturali che sovrastrutturali. Oggi:

- si tagliano i posti letto ma in nessun caso si ripensa il modello di ospedale;
- si congelano le convenzioni con la medicina generale ma in nessun caso si ripensa la convenzione;
- si bloccano i contratti ma in nessun caso si ripensa il lavoro.

L'invarianza dei modelli medicina produce dei particolari costi che con una riforma ben fatta si potrebbero azzerare. Una sanità appropriata ma a modelli di servizi inadeguati rispetto alla società che cambia, alla economia che cambia, alla cultura che cambia, costa per intero tutta la sua inadeguatezza. Oggi il limite della politica contro gli sprechi (appropriatezza e quanto altro) non è superarli ma limitarne il costo dentro un sistema diseconomico invariante quindi intervenire solo marginalmente su un sistema strutturalmente diseconomico.

Per intervenire veramente sugli sprechi del sistema non si dovrebbe tagliare, burocratizzare le professioni, aggioarle a procedure standard, ma riformarle.

Invece cosa fa il de-finanziamento? Le solite cose: tagli lineari, ticket, prezzi

ridimensionati, sconti forzosi alle aziende produttrici, un po' di farmaci a pagamento, tetti di spesa qua e là, limitazione delle prestazioni rimborsabili, riduzione del costo dei beni e i servizi, centralizzazione degli acquisti, riduzione dei posti letto ospedalieri, blocco delle piante organiche, prezzi di riferimento, un po di medicina amministrata ecc.

Oggi la cd "lotta agli sprechi" le prediche sull'appropriatezza, la questione degli esami inutili, sono tutte misure concepite dentro la logica marginalista, tipica del Dl 229, quindi dentro la logica della manutenzione e della razionalizzazione, ma i risultati di queste logiche per quanto virtuose a confronto con le progressive politiche di de-finanziamento risultano insufficienti. C'è uno scarto tra il de-finanziamento e la riduzione dei costi (le necessità finanziarie del primo sono più alte delle possibilità effettive del secondo) e questo scarto produce alla fine tagli lineari. Vi siete mai chiesti perché ad un certo punto sono comparsi i tagli lineari? La risposta è semplice perché i risultati di economicità che aveva promesso la 229 cioè il marginalismo e la razionalizzazione, non sono bastati a soddisfare le esigenze finanziarie dei governi.

E incredibile a dirsi, ma a fronte di una notevole massa di spesa potenzialmente riformabile alla fine i governi tutto sommato si accontentano di risparmi marginali perché non sanno fare altro. Cioè non hanno un disegno riformatore che combatta l'anti-economicità intrinseca nel sistema.

Il governo che de-finanzia la sanità fa soprattutto illazioni finanziarie: *siccome esistono sprechi per un valore x allora si tagli il fabbisogno (fsn) per un valore ad essi equivalente ma senza garantire che tali sprechi saranno effettivamente superati*. Come abbiamo detto togliere gli sprechi non è una operazione semplicemente contabile-amministrativa ma è a sua volta una operazione riformatrice.

La decadenza come anti-economicità

Oltre gli sprechi, oltre l'anti-economicità, esiste la corruzione. La definizione classica di corruzione (abuso per guadagno) è comprensiva di molte tipologie di abusi. Vi sono tuttavia forme di malcostume sanitario che non sono proprio corruzione in senso stretto ma che a loro volta sono cause di anti-economicità, di ingiustizie, di sopraffazioni. Esse vanno oltre le aree degli acquisti e della gestione, degli appalti e delle tangenti, indubbiamente le più corrotte, ma chiamano in causa tutto quanto è riconducibile a quello che è stato chiamato "*il potenziale di abuso*" del sistema sanitario. Un potenziale che, se abilmente "maneggiato" e "sfruttato", può dare vantaggi di un qualche tipo (manovre sui DRG, abusi d'ufficio, certe inappropriatezze, evasione fiscale nel caso dell'intra moenia, favoritismi sugli incarichi, comportamenti professionali scorretti, incentivi contrattuali, falsa produttività, lottizzazione, manipolazione di graduatorie, canoni di affitto, tangenti varie, speculazioni sui rifiuti, convenzioni, stipendi gonfiati ecc.).

In genere si usa il termine generico "*malcostume*" ma in realtà abbiamo a che fare con un vero e proprio *scadimento morale* del sistema con estesi effetti di anti-economicità:

- “*sregolatezze*”, nel senso delle *regole trasgredite* (per esempio l’inosservanza di certe linee guida, il ricorso eccessivo ad analisi diagnostiche, falsi accreditamenti ecc.);
- “*degenerazioni*”, nel senso di *valori compromessi* (per esempio, liste di attesa flessibili, dimissioni precoci e ricoveri ripetuti, associazioni a delinquere ecc.);
- “*scostumatezze*”, nel senso di *comportamenti poco ortodossi* (ricette false, analisi eccessive, comparaggio, truffe e falsi, operatori imboscanti ecc.).

La decadenza della sanità, fa parte integrante di quel problema che in altre occasioni è stato definito “*regressività*”. *Regressività* e *anti-economicità* sono la stessa cosa.

Se limitatamente ad alcuni costi di gestione (lavanderia, pulizia, mensa e smaltimento rifiuti ecc.) esiste una variabilità di risorse per punto percentuale di spesa sanitaria pubblica che va da un minimo di € 179,910 milioni (valore medio) ad un massimo di € 214,360 milioni (valore mediano), quale variabilità per punto percentuale di spesa esiste tra i costi dell’onestà e quelli della disonestà? Tra quelli dell’invarianza e quelli del cambiamento?

Viene il dubbio che i numeri sull’entità della corruzione in sanità forniti dalla Corte dei conti e dai NAS e dalla Guardia di finanza, siano addirittura sottostimati. La corruzione in realtà non è mai stata stimata in quanto tale e i dati di cui disponiamo sono molto frammentari e in genere riguardano singole usl, persone o gruppi di persone, convenzioni e truffe che rientrano come dati parziali in quello che la Corte dei conti definisce “*danno erariale*”. Ma il danno erariale è solo una fattispecie di un fenomeno molto più grande per cui da solo non è sufficiente a quantificarlo nella sua globalità. Non è un caso se la Corte dei conti spesso ha lanciato allarmi usando espressioni quali “*gravissima situazione*”, “*crisi*”, “*dissesto*” ecc.

Se il decadimento della sanità è una forma di *regressività* e di *anti-economicità* allora esso non può essere escluso tra le cause che determinerebbero relativa insostenibilità. Ma se questo fosse vero come sembra, qualsiasi scelta di politica sanitaria che non la combatta esplicitamente non avrebbe senso. Non avrebbero senso i “*patti per la salute*”, le mutue la de-capitalizzazione del lavoro, la medicina amministrata. Che senso ha privatizzare il sistema quando non è la sua condizione pubblica ad essere responsabile dei suoi problemi finanziari ma le sue condotte morali, il suo non governo la sua regressività culturale?

Non avrebbe senso parlare di sostenibilità economica al lordo della decadenza. La spesa sanitaria, se fosse al netto della sua anti-economicità, probabilmente sarebbe più bassa. Non avrebbe senso, sostenere, come qualcuno pur ha proposto, tenere la sanità allineata almeno al 7%, perché non avrebbe senso quantificare una relazione tra spesa sanitaria e ricchezza economica, senza quantificarne l’anti-economicità intrinseca. E se in quel 7% invalicabile ci fossero, come è probabile, due punti di spesa imputabili alla corruzione che si fa? Combattiamo la corruzione per andare al 5 % o difendiamo il 7%?

Va ricordato il rapporto Eurispes che per il nostro paese distingueva tre Pil, quello *ufficiale*, quello *sommerso* e quello *criminale*. In sanità il Pil ufficiale comprende quello sommerso e quello criminale. A questo punto bisogna chiedersi: è meglio de-finanziare il sistema a decadimento invariante o è meglio fare una riforma per rifondare il sistema contro il decadimento?

Il “*reformista che non c’è*” e il problema della regressività

Alla base dei più importanti problemi definiti di “sostenibilità” non c’è quello che tutti pensano (da destra e da sinistra) cioè il problema finanziario, quello delle risorse in assoluto, ma c’è il problema del “*reformista che non c’è*” vale a dire l’incapacità di chi governa la sanità a rimettere in equilibrio un sistema con delle riforme. È la questione del manico. Il “*reformista che non c’è*” quindi l’invarianza creano regressività e la regressività produce anti economicità. Egli è come se causasse al sistema una condizione di inadeguatezza che crea una maggiore spesa.

I costi dell’inadeguatezza o della regressività sono di due tipi:

- quelli sociali pagati interamente dai cittadini, cioè i cittadini potrebbero essere tutelati meglio con maggiori risultati di salute e pagare di meno;
- quelli finanziari pagati dalla collettività quindi alla spesa pubblica, cioè i servizi fatalmente producendo meno di quello che potrebbero produrre diventano relativamente antieconomici perché costano più di quello che potrebbero costare.

La *regressività* è semplicemente stare fermi mentre tutto cambia, cioè essere invariante dentro dei processi di cambiamento. L’ospedale che non cambia è regressivo nei confronti di una società che cambia. Così la medicina di base, così il lavoro professionale, la prevenzione, l’organizzazione del lavoro ecc.

Perché “*il reformista che non c’è*” crea suo malgrado il problema economico? Perché è la nave nel suo complesso che paga l’inefficienza del capitano.

È “*il reformista che non c’è*” ad essere insostenibile dal momento che se avessimo una politica riformatrice programmata, non avremmo invarianza, né inadeguatezza, né regressività, e il sistema sarebbe sostenibile. La sostenibilità è un problema politico non finanziario.

Questo non vuol dire che la nave non costerebbe, ma solo che se avessimo il capitano giusto essa costerebbe meno di quello che effettivamente costa.

Se la nave costasse solo quello che deve costare non sarebbe de-finanziabile nel senso che de-finanziarla significherebbe destrutturarla, affamarla, privarla di cose essenziali.

Solo se un sistema costa più di quello che potrebbe costare è de-finanziabile nel senso che vi sono giustificazioni per non finanziarlo. Il guaio grosso del nostro sistema sanitario è che mentre ci sono ragioni per de-finanziarlo non ci sono politiche per riformarlo, cioè si de-finanzia l’invarianza che resta invariante, quindi si taglia sul sistema in quanto tale.

Il de-finanziamento in corso:

- non dà luogo ad un cambiamento riformatore ma solo ad un taglio del sistema;
- anziché rimettere in equilibrio il sistema accentua i suoi squilibri fino a metterlo a rischio di tenuta;
- non risolve la regressività ma la rende ancor più regressiva perché ad invarianza di sistema non fa corrispondere finanziamenti adeguati al suo reale fabbisogno.

Se non c'è una strategia riformatrice che organizza i cambiamenti necessari, si accrescono le anti-economie del sistema perché si accrescono i suoi squilibri interni. Lo squilibrio costa più dell'equilibrio. L'invarianza costa più del cambiamento quindi non è conveniente.

Lo ribadiamo ancora una volta: davanti alla tendenza di costare sempre di più i sistemi sanitari devono necessariamente costare solo lo stretto necessario cioè devono costare quello che non possono non costare quindi ogni tanto vanno ritirati per compensare le maggiori crescite di spesa con minori costi, con riorganizzazioni, con innovazioni, con reimpostazioni dei modelli. Cioè ogni tanto fanno riformati cioè rimessi in equilibri.

Il *riformista che non c'è* (assenza di una mentalità riformatrice) è certamente un problema che riguarda il governo, ma nello stesso tempo è una responsabilità collettiva. In genere quello che a più riprese abbiamo definito “*senso comune*”, “*pensiero debole*”, è un *limite culturale diffuso*, quasi trasversale, una caratteristica del tempo, che accomuna pur con responsabilità diverse, i vari soggetti istituzionali, politici, sindacali, scientifici, sociali della sanità.

Ottimizzazione e marginalismo

L'invarianza riguarda i *modelli del sistema* le loro *prassi effettive*. Essa è un *problema strutturale* che riguarda, usando la metafora genomica, il suo programma fondamentale, la sua matrice di base, la sua essenza ontologica. Un ospedale può essere invariante nelle sue prassi di fondo e nello stesso tempo riorganizzato in unità semplici e complesse in dipartimenti, moduli. Si può passare dal concetto di divisione a quello di area ad alta intensità ridiscutendo quindi e non di poco l'organizzazione del lavoro (meno tayloristica) a prassi essenzialmente invarianti, cioè mantenendo le stesse modalità assistenziali (la visita alla mattina, l'invio delle analisi ai laboratori, il giro della terapia, il ruolo classico del ricoverato, le solite giustapposizioni tra malati e operatori ecc.). Quindi se assumiamo il *modello* come sinonimo di *struttura* e l'*organizzazione* come sinonimo di *sovrastruttura* possiamo dire che un ospedale può essere *sovrastrutturalmente riorganizzato* ed essere *strutturalmente invariante* e per questo suo malgrado regressivo. Ma lo stesso discorso vale per la medicina di base, la specialistica, la farmaceutica ecc.

In genere le riorganizzazioni solo in parte riescono a far fronte ai problemi dell'invarianza e solo in parte riescono a mettere in equilibrio il sistema. Un medico di medicina generale può cambiare il suo statuto giuridico quindi passare dalle mutue alle asl ma a prassi essenzialmente invariante. Gli specialisti ambulatoriali che dalle mutue sono passati negli

ambulatori delle aziende non hanno modificato essenzialmente le loro prassi. La farmaceutica può innovare i farmaci ma senza innovare le prassi terapeutiche.

L'invarianza quindi se è una questione di modelli, può essere causata anche da cambiamenti sovra-strutturali per lo più di tipo ordinamentale insufficienti a mettere in discussione i costi della regressività. Questi cambiamenti sovrastrutturali in genere sono in realtà semplicemente dei miglioramenti di un sistema a modelli invarianti. Essi in questi decenni sono stati definiti come *ottimizzazione*, *razionalizzazione*, *riorganizzazione* e sono stati nel loro spirito tutti ben riassunti dalla riforma ter del 1999, la famosa legge 229.

Tutte quelle misure sovrastrutturali che migliorano ma non cambiano i modelli rientrano nelle *politiche sanitarie marginaliste* cioè quelle che dato un sistema puntano a migliorare aspetti "marginali" dei modelli ma a modelli strutturalmente invarianti.

Oggi la sanità si trova ad essere de-finanziata perché rispetto ai suoi problemi di sostenibilità le politiche marginaliste non sono riuscite a evitare il de-finanziamento.

I "duecentoventinovisti" sono dei marginalisti. Essi sono coloro che ricavano le loro politiche di *razionalizzazione* dalla legge 229 che è come si ricorderà una riforma per la razionalizzazione cioè in realtà una "non riforma" dal momento che non si pone il problema di cambiare i modelli (ospedali, medicina di base, specialistica, farmaceutica restano ciò che sono sempre state) ma solo quello di migliorarli nei costi e nella funzionalità. Quando fu fatta nel '99 essa era il massimo della mediazione tra le esigenze di contenimento della spesa e la necessità di rispettare la natura pubblica e universalistica del sistema. La mediazione era la razionalizzazione cioè il sistema resta pubblico ma deve costare di meno. Essendo la razionalizzazione il terreno della mediazione la riforma assume uno spirito prevalentemente tecnico-funzionale quello tipico dei tecnici e degli amministratori tutti in qualche modo degli amministratori dello status quo, convinti che basti razionalizzarlo per risolvere il problema della sostenibilità. I *duecentoventinovisti* proponevano di migliorare *marginalmente* il sistema ma senza immaginare che per i problemi della sostenibilità finanziaria, il marginalismo non sarebbe bastato. I risultati economici della razionalizzazione vennero giudicati dai governi che vennero dopo insufficienti per cui si cominciò a *de-finanziare* il sistema.

L'equivoco di fondo è il *marginalismo* in luogo del *riformismo*. Esso è dettato dai limiti del "riformista che non c'è" non dalle necessità del sistema di ricostruire i suoi equilibri interni. L'abbiamo detto ormai tante volte: per ricostruire gli equilibri perduti non basta razionalizzare i modelli ma bisogna cambiarli. In sostanza il marginalismo e la razionalizzazione si limitano a contenere quando ci riesce alcune diseconomie marginali ma senza aggredire le anti-economie costituite dai modelli. Per esempio da tempo i medici di medicina generale sono perseguitati dall'appropriatezza perché secondo molti essi prescrivono esami inutili, eccessivi e impropri. I *marginalisti* diversi, non propongono di cambiare medico ma solo di razionalizzare i suoi comportamenti prescrittivi.

Eppure se facciamo un'analisi complessiva dei costi del modello “*medicina generale*” cioè di un certo modello di convenzione, scopriamo che le diseconomie più importanti sono per lo più legate alla sua inadeguatezza in questa società che cambia.

Cioè i marginalisti non si pongono i problemi dei costi della *regressività* che sono costi strutturali ma solo quelli sovrastrutturali. I marginalisti cioè i *duecentonovantanovisti* quelli della qualità, dell'ebm, dell'appropriatezza, della sobrietà, non propongono di riformare le *prassi prescrittive* dei medici ripensando il medico e la clinica ma più semplicemente a medico invariante puntano a correggerne i comportamenti. Il che ovviamente non è disprezzabile ma rispetto ai problemi di sostenibilità, ai cambiamenti della figura del paziente, ai nuovi bisogni di salute delle persone, è del tutto inadeguato ad assicurare una idea di tutela moderna adeguata al nostro tempo e alla nostra economia.

I marginalisti alla fine, dati i modelli tentano di amministrarne i costi nel modo più razionale possibile. Il che ripetiamo non è disprezzabile al contrario ma non sufficienti per risolvere la politica del de-finanziamento.

Ma in cosa consiste la loro strategia? La loro tesi principale è quella dell'*ottimizzazione*: a modelli invariati è possibile apportare modifiche, anche marginali alla loro organizzazione, ai loro costi, alle loro prassi e accrescere il grado di ottimizzazione del sistema stesso e la sua economicità.

Ricordiamo il significato di ottimizzazione: *il raggiungimento del risultato più vantaggioso possibile con i termini dati o in relazione a un determinato fine quindi l'impiego di un sistema al meglio delle sue capacità tecniche.*

Con il tempo il fine dell'ottimizzazione si è sempre più caratterizzato in termini di minori costi fino a diventare l'unico fine. Oggi prima dei *fini di salute* vengono i *mezzi necessari* a conseguirli.

Per cui per i marginalisti le misure di ottimizzazione o di appropriatezza bastano a rifinanziare il sistema. Siamo dentro l'applicazione della teoria marginalista dell'economia neoclassica. Ma la contraddizione è innegabilmente nei fatti che abbiamo sotto gli occhi: se siamo al de-finanziamento vuol dire che l'ottimizzazione non basta. Altrimenti perché farlo? Il marginalismo quindi non è sbagliato ma insufficiente a proteggere la natura pubblica del sistema dalle strategie che la stanno mettendo in discussione. È chiaro che se la razionalizzazione oggi non basta in quanto tale dentro una strategia di riforma essa sarebbe ovviamente indispensabile ma come progetto obiettivo non come strategia. L'errore di valutazione politica della 229 è stato quello, in mancanza di un più profondo pensiero riformatore, di fare dell'ottimizzazione, della appropriatezza, dell'evidenza una strategia mentre essa è oggettivamente poco più di una questione tecnico-funzionale. Oggi è inutile negarlo il marginalismo sul piano dei risultati di

risparmio non è per nulla competitivo con i tagli lineari, con i piani di rientro, con i commissariamenti, con le scelte finanziarie delle leggi di stabilità ecc.

Per quanto odiosi questi provvedimenti quando adottati rendono sul piano finanziario molto di più perché trasferiscono parti cospicue di spesa pubblica ai redditi privati. L'ottimizzazione non vale quanto quel 33% di out of pocket. Cioè la privatizzazione della spesa è molto più alta dei risultati conseguiti dall'ottimizzazione. E poi non va dimenticato che un qualsiasi sistema può essere ottimizzato fino ad un certo punto, cioè non può essere ottimizzato all'infinito. Cioè gli interventi "marginali" come quelli previsti dalla legge 229 non bastano più perché l'invarianza strutturale dei suoi modelli portanti se non adeguatamente ripensati produrranno anti-economicità e quindi tagli lineari.

Il marginalismo di fronte alla gara sul contenimento della spesa pubblica alla fine mette in pista una corriera (per riprendere la metafora dell'introduzione) con un motore vecchio facendogli semplicemente una messa a punto per ottimizzarne le prestazioni. Il riformismo invece reinventa la corriera ma a partire dal motore con lo scopo di consumare di meno e di correre di più. Il motore vecchio è la vera bestia nera della sanità pubblica. Quindi si tratta di cambiarlo.

Capitolo 7

Costi standard

Introduzione (le buone intenzioni)

I costi standard sono stati introdotti con legge (L.42/2009) con l'obiettivo di passare dal criterio del *costo storico* a quello del *costo standard*:

- Il primo indica quanto storicamente si è speso per un determinato servizio per cui quanto veniva trasferito alle varie Regioni sotto forma di trasferimenti dipendeva da quanto una Regione aveva speso nell'anno precedente.
- Il secondo indica il costo di un determinato servizio, che avvenga nelle migliori condizioni di efficienza e appropriatezza, garantendo i livelli essenziali di prestazione.

Secondo quanto sancito dalla norma il *costo standard* è definito prendendo a riferimento la Regione più "*virtuosa*", vale a dire quella Regione che presta i servizi ai costi "*più efficienti*". In sostanza, per il finanziamento degli enti territoriali, la determinazione dei costi dovrà essere adeguata a una *gestione efficiente ed efficace* di Pubblica Amministrazione, tenendo anche conto del rapporto tra il numero dei dipendenti dell'ente territoriale ed il numero dei residenti.

I *costi standard* rappresentano per le Regioni, cioè per i soggetti che spendono, il nuovo modello economico di riferimento sul quale fondare:

- il finanziamento dell'attività pubblica afferente;
- l'erogazione ai cittadini dei principali diritti sociali (sanità, assistenza sociale e istruzione, nonché trasporto pubblico locale).

Essi saranno introdotti nel sistema finanziario "*retributivo*" delle prestazioni e dei servizi pubblici essenziali, in relazione ai fabbisogni (altrettanto standard) da soddisfare, individuati per garantirne l'erogazione delle prestazioni e dei servizi in condizioni di efficienza e appropriatezza, su tutto il territorio nazionale.

Sostanzialmente, i *costi standard* consentono la *rideterminazione del fabbisogno standard ideale*, necessario per assicurare a tutti i cittadini le prestazioni/servizi essenziali, ovverosia quanto questi dovranno costare nei diversi territori regionali, in favore dei quali andranno, rispettivamente, attribuite le risorse relative.

Il concetto dei *costi standard* è legato a due fondamentali scopi:

- ottimizzare e omogeneizzare i valori produttivi e, attraverso essi, contenere i prezzi;
- valutare gli scostamenti dei costi reali e, con essi, lo stato di efficienza del sistema produttivo.

Le autonomie territoriali regionali che spenderanno di più rispetto “*ai costi giusti*” riconosciuti in loro favore, dovranno procurarsi le risorse aggiuntive anche attraverso il ricorso all’esercizio del proprio potere di imposizione fiscale.

Una metodologia difficile e pericolosa per la sanità

Il “*costo standard*” nasce dalla contabilità industriale e il tentativo in atto è quello di trasferirlo tout court alla sanità. Esso nel settore manifatturiero è un costo definito in base a una costruzione ex ante dell’impegno economico che l’unità produttiva dovrà sostenere per l’esecuzione del ciclo produttivo. Tale costo, infatti, viene calcolato in base a predefiniti livelli di efficienza e di prezzo in relazione a determinate condizioni operative in uno specifico lasso temporale.

Per definire il concetto di costo standard è necessario, in primis, distinguere due tipologie di costi:

- *costo effettivo*: oneri realmente sostenuti per la produzione di un bene/servizio;
- *costo previsto*: costo che si prevede di sostenere in un determinato periodo di riferimento in relazione sia alle condizioni operative e funzionali in cui l’azienda opera, che delle azioni che l’azienda stessa intende attuare per il raggiungimento dei propri obiettivi

Il costo standard si pone quindi come uno strumento di controllo dell’efficienza aziendale e supporto per la determinazione dei prezzi di vendita e nell’ambito della contabilità industriale può essere calcolato:

- in *sede previsionale*, come valore stimato verificabile solo a posteriori e/o determinato sulla base di assunzioni;
- in *sede consuntiva* invece viene calcolato il costo effettivo, che è il costo analitico esatto che può non coincidere con il valore stimato per molteplici motivi

Dal confronto (differenza) fra *costo standard* e *costo effettivo* possono emergere *scostamenti* più o meno significativi, che vanno sottoposti ad analisi (cosiddetta “*analisi degli scostamenti*”).

Da queste caratteristiche si deduce quanto sia difficoltoso applicare il costo standard alla sanità nel senso che è difficile tanto calcolare i costi effettivi quanto quelli previsti per non parlare del calcolo analitico dei vari processi presenti nel settore sanitario. Naturalmente in sanità vi sono settori e settori: una radiologia è più facile da standardizzare mentre meno facile è una medicina interna ancor meno è un dipartimento di salute mentale. Sicuramente è più facile calcolare il costo di una mensa o quello delle pulizie. Ma l’intero comparto clinico pur nelle sue varie realtà si presta male alla standardizzazione dei costi. L’esperienza dei DRG ci conferma che ad esempio il *rapporto*

prestazioni/tariffe è più difficile di quello che si crede. Lo sanno le Regioni che pur hanno tentato di usare i costi standard per definire l'allocazione delle risorse (riparto 2013) ma che sono state costrette a ripiegare sui vecchi criteri delle quote ponderate limitandosi a ponderarli un po' di più.

In generale i parametri per determinare i costi standard dovranno tenere conto di molte variabili:

- la dimensione dei territori degli enti destinatari in rapporto alla loro composizione orografica,
- il sistema infrastrutturale di sostegno,
- le condizioni fisiche e socio-economiche,
- le caratteristiche delle popolazioni interessate.

Queste ultime si renderanno destinatarie/beneficiarie della eventuale perequazione compensativa, posta a garanzia dell'esigibilità dei diritti di cittadinanza su tutto il territorio nazionale. Pertanto, gli stessi, per essere correttamente definiti, necessiteranno di precisi indicatori economici di spesa per unità di servizio e/o di funzione.

Per la definizione di fabbisogno standard si possono utilizzare diversi concetti che vanno dal principio di spesa efficiente a quello di esborso necessario o ottimale, passando per quello di livello minimo o essenziale della prestazione. Ma tutto questo in sanità non è così semplice come si pensa. Secondo i principi della norma il fabbisogno standard costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica. I fabbisogni standard, quindi, rappresentano i nuovi parametri cui agganciare il finanziamento delle spese fondamentali della sanità, per assicurare un graduale e definitivo superamento del criterio della spesa storica. Ma questo in sanità è facile da dirsi ma molto difficile da farsi. Inizio moduloL'ultimo riparto del Fsn deciso dalla conferenza Stato Regioni sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del Cipe è avvenuto in ottemperanza al criterio del costo medio standard ottenuto con la media ponderata dei costi delle tre Regioni *benchmark*, ossia Marche, Umbria e Veneto, individuate nella conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2015. Il fondo è costituito da un fondo indistinto, quote di riequilibrio e risorse vincolate.

Ma tutto questo in sanità è davvero super complesso per cui ancorare il finanziamento alle Regioni al fabbisogno standard e con questo definire ad esempio i livelli essenziali delle prestazioni (art. 11, comma 1, lettera b della legge delega) può essere pericoloso. Se la standardizzazione non è adeguata si rischia di non assicurare la copertura dei diritti delle persone. Ma quello che forse è ancor più pericoloso è che se lo standard è inteso come un obiettivo indicatore di bisogno finanziario esso può diventare strumentale a rendere esigibili solo bisogni standard. A questo punto la differenza tra minimo e standard diventa poco significativa.

Cosa non cambia

Il risultato è ottenuto dalla prima applicazione dei costi standard rispetto al riparto sanità 2013 è stato deludente.

Le magagne sono venute fuori. I così detti “*costi standard*” si sono rivelati null’altro che una revisione dei criteri di riparto ricalcolati “in qualche modo” ricalcolando i pesi della classica ponderazione capitaria. Niente di più. Coloro che pensavano con i costi standard di risolvere il problema della siringa “*multi price*” o comunque di azzerare la corruzione in sanità, o addirittura di garantire la sostenibilità del sistema si sono ritrovati piuttosto delusi.

Per fare i costi standard in sanità si dovrebbe governare un mare immenso di dati, dati però che non sono disponibili ciò rende fallace la loro metodologia per cui l’idea del *product costing* si rivela inappropriata alla cura delle malattie, come quella del *benchmark* che avrebbe dovuto confrontare *best practies*. Per fare i costi standard avremmo infine dovuto disporre di una contabilità analitica sulle performance in alternativa ai metodi classici per il controllo dei costi storici.

Le Regioni hanno sbattuto il naso contro queste iper-complessità, e infatti sono ora loro stesse a chiedere un cambiamento con una nuova proposta dove si punta su altri indicatori per superare (anche se solo in parte) il mero criterio della quota pro-capite standard basata sulla spesa sanitaria per popolazione residente nelle Regioni *benchmark*.

Del resto le variabili vere del riparto, sono costituite da due fattori esterni:

- l’abolizione dei criteri di compensazione tra Regioni (lapis), che tuttavia sta rientrando dalla finestra utilizzando nella spartizione del cosiddetto “fondino”;
- la popolazione calcolata sulla base dell’ultimo censimento Istat.

Cioè chi decide ancora una volta è il *numero dei residenti* su cui si calcola la quota pro capite di spettanza. Questa proposta di riparto non ha quindi nulla a che fare con i costi standard. Essa calcola il costo medio pro-capite delle tre Regioni *benchmark* rapportato alla popolazione pesata al 1 gennaio 2012, moltiplicando il risultato ottenuto per la popolazione pesata di ciascuna Regione suddividendo i risultati per singoli LEA e quindi in proporzione per i singoli sub-livelli (prevenzione, medicina di base, farmaceutica, specialistica, altra territoriale e ospedaliera) secondo una certa percentuale.

Il vero problema quindi non è “*cosa cambia*” ma “*cosa non cambia*”:

- non cambia l’idea dei fondi indistinti, cioè viene scartata la possibilità di dare soldi alle Regioni in rapporto agli esiti,
- non cambia la ripartizione delle risorse sulla base della spesa storica quindi si

continua a prescindere dalle performance dei servizi,
- non cambia l'idea di ripartire anziché allocare cioè rapportare risorse a scopi di salute, a progetti di riconversione, a riorganizzazione dei servizi.

Con questo genere di riparto sicuramente rischiano di aggravarsi le condizioni di certe Regioni (Lazio, Molise, Abruzzo, Calabria, Campania ecc.) che avranno meno risorse e che resteranno ancora una volta appese alla benevolenza del “*lapis/fondino*”.

Standardizzazione contro ponderazione

I costi standard sono criteri lineari non ponderati per allocare risorse e calcolati con una discutibile metodologia di *benchmark* con lo scopo di livellare i pesi demografici, sociali, epidemiologici, geografici della domanda di salute ecc. Eppure se consideriamo che vi sono realtà sociali altamente eterogenee quali sono i territori delle nostre Regioni, non di costi standard avremmo bisogno ma di criteri analiticamente ponderati. La differenza sostanziale tra la *standardizzazione* e la *ponderazione* è tra una *visione lineare* e una *visione discreta*. I costi standard sono una delle tante espressioni della logica lineare come i tetti di spesa, i prezzi di riferimento, gli sconti imposti, il taglio dei posti letto ecc.

Ma se si invocano i costi standard per risparmiare...vuol dire che si vuole “*allocare per tagliare*” il che non sembra una gran trovata perché si scade nella banalizzazione e nella indebita semplificazione della complessità sanitaria. Non c'è cosa più ingiusta che snaturare la complessità della domanda sanitaria con un pensiero banale. Insomma questa passione da parte delle Regioni per i costi standard, idea strettamente abbinata al federalismo fiscale, rischia di apparire come una passione per il predefinito, il meccanico e l'automatico, il banale, il semplificatorio che ci conferma, ancora una volta i limiti di chi non riesce a governare sul serio la complessità. Dopo la *spending review* le Regioni a corto di idee vogliono massimizzare il risparmio con i costi standard.

Ma molti temono che i “costi standard” siano un altro modo per tagliare la spesa sanitaria. Una preoccupazione fondata per tre ragioni:

- senza una strategia riformatrice con delle politiche apertamente de-finanzianti è difficile pensare ad essi come ad una misura di rifinanziamento della sanità;
- la loro logica è “*induttiva*” cioè generalizza condizioni particolari di spesa per uniformare le differenze di sistema che esistono, quindi tende ad appiattire e a ridurre una complessità irriducibile;
- obbediscono a logiche lineari e centralistiche e tendono a superare i sistemi di finanziamento ponderati che sia pur con molti limiti sino ad ora hanno tentato di interpretare i differenti fabbisogni regionali.

Non basta un generico *benchmark* a evitare le contro indicazioni dei costi standard. Le

sue tipologie sono tante e nessuno pone il problema di quella più adatta alla complessità sanitaria. Ma la questione di fondo è la sua finalità. In genere nelle politiche industriali il *benchmark* viene utilizzato per la *reingegnerizzazione dei processi aziendali* o per un miglioramento delle qualità dei prodotti o per individuare delle *best practice* da studiare e imitare. In sanità da quel che sembra esso sarebbe impiegato per calcolare con strumenti statistici dei costi. Si ha il fondato timore che quello che pomposamente viene definito *benchmark* non sia altro che un *raffronto ragionieristico* tra bilanci più o meno in pareggio di Regioni scelte con un qualche criterio.

Altra cosa sarebbe se il *benchmark* prevedesse un *cruscotto di indicatori* sulle *best practice* ciascuno con nome e metrica, che siano oggettivi, comprensibili, misurabili, rappresentativi di valori da sviluppare e estendere. Meglio ancora sarebbe se la scelta dei valori da confrontare e dei relativi indicatori di prestazione chiave (*key performance indicators*) fosse suffragata con una *verifica di robustezza* in cui le valutazioni fossero a loro volta sostenute da un metodo a punteggio (ad esempio l'*analytic hierarchy process*).

Per fare un buon *benchmark* le metriche devono essere uguali per tutte le Regioni oggetto del *benchmark* altrimenti salta la confrontabilità dei risultati. Escludere dalla confrontabilità le Regioni del sud è molto grave perché vuol dire considerare certe metriche e non altre. Ma da quello che si capisce in sanità il *benchmark* è un metodo “*spannometrico*” utilizzato per definire target finanziari più bassi.

Ma vediamo perché i *costi standard* per la sanità sono un problema:

- nella contabilità industriale essi sono uno strumento di controllo dell'efficienza aziendale, in sanità dove il controllo delle performance dipende da una moltitudine complessa di variabili essi sono impiegati come strumento di pianificazione al ribasso dei costi;
- solitamente i costi standard, sono posti in relazione al budget per motivare gli operatori responsabili del raggiungimento o meno dello standard prescelto. In sanità gli operatori saranno le prime controparti dei costi standard;
- in sanità essi non sono costi effettivi calcolati in sede consuntiva cioè dei costi analitici esatti ma semplicemente “approssimativi tetti di spesa” più tollerati da certe Regioni meno tollerati da altre che recepiscono non il costo atteso nel futuro per produrre salute, ma la minore spesa attesa indipendentemente dalla salute prodotta.

Ma i problemi più seri sono collegati tutti alla complessità dei malati:

- i costi standard non tengono conto della percentuale di scarti, legata alla variabilità naturale del processo di cura e questo in sanità è un limite gravissimo;
- i costi delle cure per ragioni intuibili non possono essere standardizzati più di tanto e comunque devono prevedere dei margini di interpretazione perché soprattutto la variabilità dei malati costituisce un grosso fattore di complessità;
- il rischio è la “*cura di Stato*” che altro non è se non a sua volta una forma di medicina amministrata

- i costi standard decontestualizzano i costi dai bisogni e dall'organizzazione adatta a soddisfarli per cui salta tutto il discorso della territorialità, dell'umanizzazione, della personalizzazione delle cure, del prendersi cura, delle cure centrate ecc.

Ma il grande problema che i costi standard pongono sono gli *scostamenti* fra valori standard e valori effettivi. Nelle strategie industriali la "*variance analysis*", assume un ruolo fondamentale di controllo delle performance ed indirizzo delle politiche correttive per il raggiungimento degli obiettivi produttivi. E in sanità? Cosa devono fare le aziende quando gli scostamenti sono giustificati dalle necessità delle cure? Siccome la maggior parte delle Regioni avranno il problema degli scostamenti, cosa si pensa di fare?

Il rischio di fare dei costi standard una malcelata politica di tagli lineari, è forte. Infatti se essi non fossero calcolati correttamente, (vi sono costi diretti e indiretti, di *deriver cost*, *full cost* ecc.) essi sarebbero fatalmente calcolati al ribasso rispetto ai costi reali del sistema. Inoltre, come dicevamo mancando tutti i parametri in grado di rappresentare l'intera complessità del sistema si rischierebbe di falsare i dati. I parametri esistono sugli ospedali ma sul territorio c'è poco o niente. Ma la sanità non è fatta solo da ospedali.

Capitolo 8

Riordini

Mettere ordine

Nasce dai “*patti per la salute*” l’idea che le Regioni debbano mettere in ordine i loro sistemi sanitari. Il fine è sempre quello: ridurre in ogni modo la spesa sanitaria. Le Regioni dal canto loro hanno cominciato ad una ad una a sfornare leggi di riordino regionale seguendo un modello abbastanza standard. Non deve sorprendere se queste misure di riordino pur con qualche specificità “locale”, siano alla fine tra loro abbastanza uguali con l’unica eccezione della Lombardia. La ragione è che gli scopi del riordino e i mezzi impiegati per raggiungerli alla fine sono uguali. Questi sono:

- ridimensionare la rete ospedaliera diminuendo il numero dei posti letto in ottemperanza agli standard di riferimento;
- riconvertire la riduzione di ospedalità in assistenza territoriale;
- riduzione del numero delle asl attraverso accorpamenti di più territori;
- monitoraggio e controllo centralizzato.

Alla prova dei fatti le politiche di riordino mentre procedono d’imperio a tagliare posti letto e ad accorpare asl, stravolgono del tutto il concetto di territorio insito nella primaria idea di usl e poi di asl.

A ispirare questo disegno sono state in ordine di tempo due intese governo Regioni:

- l’accordo dell’8 agosto 2001 introduce la funzione del monitoraggio cioè di un sistema di controllo dei conti sanitari basato sulla verifica dell’equilibrio economico dei singoli sistemi sanitari regionali;
- l’accordo del 23 marzo 2005 che dispone la costituzione di ben due tavoli di monitoraggio tra i quali quello dedicato agli adempimenti regionali.

È a partire da queste intese, ribadite e ampliate da accordi successivi, che prende piede una strategia di riduzione della spesa sanitaria basata su tre presupposti:

- tagli ai servizi,
- accorpamenti gestionali,
- centralizzazione dei controlli.

L’obiettivo manifesto è certamente il risparmio ma quello latente implicito nell’obiettivo, è passare da una *gestione quale management* ad una *gestione quale amministrazione* dei

costi considerando l'azienda un costo da ridurre riducendo il loro numero.

Vi sono due modi di affrontare il problema del numero delle aziende:

- considerare le aziende come *più* livelli di realtà rispetto a *più* territori per cui si costruisce l'universo sanitario regionale *decentrando* il numero di aziende in rapporto al grado di *decentramento* dei territori;
- considerare le aziende come *una* realtà a più livelli rispetto a *meno* territori per cui si costruisce l'universo sanitario regionale *accentrando* un numero ridotto di aziende in rapporto ad un maggior grado di *accentramento* dei territori.

Apparentemente i due approcci sembrano variare solo per il numero di asl ma non è così. La differenza è tra un *relativo decentramento* e un *relativo accentramento*.

Decentrare/accentrare implicano una governance completamente diversa:

- nel primo caso il ruolo dell'assessorato è fondamentale, la programmazione è unica a livello regionale, e le singole aziende hanno un grado di autonomia maggiore nei confronti del sistema dei servizi;
- nel secondo caso il ruolo dell'assessorato si indebolisce riducendosi ad un banale coordinamento, molte sue funzioni sono riallocate altrove, si moltiplicano le programmazioni e le singole aziende hanno un minor grado di autonomia nei confronti dei servizi.

Decentrare/accentrare sono approcci che abbisognano comunque di essere costruiti attraverso ben strutturati sistemi di relazioni cioè di transazioni interne ed esterne che in quanto tali costituiscono precisi costi correlabili. La riduzione del numero delle asl ad esempio, deve creare nuove relazioni interne agli accorpamenti, nuovi incarichi di direzione, nuove responsabilità che garantiscano l'accorpamento stesso (reti interaziendali, dipartimenti interaziendali, direttori ecc.) Sicuramente si risparmia riducendo soprattutto il costo del management ma nello stesso tempo si devono affrontare tutti i costi nuovi costi di transazione che l'accorpamento comporta e che non sono pochi.

Tra "*governare più livelli di realtà*" e "*governare una realtà a più livelli*", è difficile dire quale sia la soluzione più giusta, entrambe possono essere giuste ma solo a certe condizioni e soprattutto chiarendo bene l'obiettivo. Passare da una visione relativamente decentrata delle aziende ad una visione relativamente centralizzata a *sistema di servizi invariante* vuol dire che l'operazione di riordino è solo sulla *gestione* e che il rapporto tra gestione e servizi si divarica. E questo non è bene.

Ad esempio le fusioni aziendali non si limitano alla sola riduzione dei costi del management ma implicano economie di scala, nuove opportunità di mercato, accesso a nuovi capitali, investimenti in innovazione e ricerca ecc. In sanità il numero ottimale di

aziende non dovrebbe essere relativo solo al conseguimento di risparmi sulla gestione ma anche ad una crescita di maggiori risultati di salute. Tutti son capaci di tagliare, quello che nessuno sa fare è rendere compossibile la salute con l'economicità.

Quindi la domanda non è quale delle due soluzioni sia la più giusta, ma quale sia la più *conveniente* rispetto ad un obiettivo dichiarato. Quale è l'obiettivo dichiarato dalle Regioni? Loro dicono che si tratta di rendere compatibili la qualità dei servizi con la sostenibilità economica, per cui sarebbe un obiettivo etico (salute, uguaglianza, umanizzazione e personalizzazione appropriatezza ed eticità delle cure; equità di accesso ai servizi ecc.) ma a parte quello che appare alla fine stringi stringi il riordino previsto si riduce ad un *relativo accentramento della gestione* cioè l'obiettivo vero è comunque de-finanziante.

Dal territorio all'area vasta

Anche le misure di riordino sono come tutte le altre misure di de-finanziamento, a *sistema invariante* quindi anche i loro interventi sono di tipo marginalista, cioè riguardano solo alcune variabili del sistema, come il numero delle asl, dei direttori generali, con lo scopo di minimizzarle, convinti che agendo su quelle variabili di poter ottenere dei risultati o di compatibilità, o di risparmio e soprattutto nel breve periodo. Il cruccio del riordino è amministrare lo status quo semplicemente per farlo costare meno.

Il cuore della proposta di riordino in molte Regioni è l'*area vasta* quale nuovo soggetto di governo e quale sede della programmazione strategica regionale. Con l'*area vasta* è come se il territorio regionale fosse articolato in "cantoni" che obbediscono ad una gestione (parlare di governo sarebbe improprio) della sanità non più unica regionale con un assessorato ma con più sub-assessorati tutti alle dipendenze del governatore. L'obiettivo dichiarato è assicurarsi soprattutto "l'*omogeneità della metodologia organizzativa*".

In pratica il fine del riordino è quello di garantire:

- *omogeneità* non dei risultati di salute ma soprattutto dei costi;
- *sostenibilità* al sistema attraverso l'uniformità nelle spese.

Cioè le Regioni sono convinte di due cose:

- che l'eterogeneità, la diversità, la specificità, la soggettività siano un problema di spesa se non una fonte di spreco;
- che la spesa sia essenzialmente una questione di controllo;
- che per controllare al meglio è necessario accentrare e omogeneizzare la realtà sanitaria.

Dalla proposta di riordino emerge quindi una *visione totalitaria del controllo* che revoca a dirigenti servizi operatori e cittadini qualsiasi rapporto di fiducia. I soldi sono pochi, le abbiamo provate tutte, non ci fidiamo più di nessuno, siete solo capaci di spendere per cui è necessario che tutti stiano in riga secondo le linee strategiche della Regione.

L'area vasta, comporta inevitabilmente un ribaltamento del significato operativo di programmazione. Questa non è più il mezzo che garantisce il diritto alla salute interpretando la specificità dei territori, le esigenze delle persone ecc., ma diventa l'imposizione di una *offerta di sanità sostenibile* rispetto alle risorse disponibili.

Giova ricordare che i principi della "*programmazione dinamica*", (basata sulla divisione del problema in sotto problemi nel tentativo di trovare la migliore soluzione) ma anche quelli della "*programmazione lineare*" (risoluzione dei problemi attraverso forme di ottimizzazione lineari.) e ancora quella della "*programmazione non lineare*" (variabili reali incognite, con una funzione obiettivo da massimizzare o minimizzare), vanno in tutt'altra direzione. Se si vuole fare salute in modo compossibile con le risorse disponibili, è dal basso che si deve partire per riformare, non dall'alto e l'omogeneità non è uniformità come ci propone la logica di riordino ma coerenza e appropriatezza nei confronti dei problemi della gente. La sanità ha bisogno di una *programmazione dinamica* per la quale la migliore soluzione è sempre un "*cammino minimo*", tra i problemi delle persone e le loro soluzioni, come del resto aveva previsto la riforma del '78 con i distretti e le unità sanitarie territoriali. Ma il "*cammino minimo*" ha bisogno di decentrare la gestione dei problemi presso i luoghi delle soluzioni. Se le gestioni sono accentrate in aree vaste il cammino tra loro e i problemi da risolvere diventa massimo. E questo in sanità non va bene.

Ospedalectomia

Ma a parte la riduzione del numero delle asl, l'operazione di fondo del riordino è sostanzialmente una operazione di "*ospedalectomia*" cioè di standardizzazione del numero dei posti letto:

- *riduzione* dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati a 3,7 posti letto per mille abitanti;
- *adeguamento* delle piante organiche in rapporto ad un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti;
- *riduzione* dei posti letto in eccesso;
- *soppressione* di unità operative complesse;
- *riconversione* dei ricoveri ordinari in ricoveri diurni e i ricoveri diurni all'assistenza territoriale quindi assistenza ambulatoriale residenziale e domiciliare.

Quindi si ragiona:

- come se all'interno dei sistemi sanitari regionali vi fosse una superfetazione di posti letto, di unità complesse, di unità operative da ridurre o rimuovere mettendo in atto poi tutti le operazioni ricostruttive del caso (*hub spoke*, ospedali graduati per bacini di utenza ecc.);
- con la logica dei due tempi cioè la standardizzazione del numero dei posti letto, dovrà essere sostenuta da tutta una serie di atti di riforma quali riconversioni, un nuovo governo della domanda, il ripensamento dell'assistenza primaria ecc.

Ma mentre tutta l'attenzione del riordino è su asl e ospedali sull'assistenza territoriale si fanno solo enunciazioni.

I *riordini* sanciscono vistosamente la differenza tra *norme performative* e *norme indicative*:

- le prime tagliano e ricuciono il sistema ospedaliero in essere (con la norma performativa si compie quello che si dice di fare producendo un fatto reale);
- le seconde e quelle che riguardano il territorio, si limitano ad asserire in modo non condizionale quello che si dovrebbe fare senza subordinare ciò che si dice di voler fare a degli standard, indicatori, criteri metodologici.

Questo vuol dire che salta il *principio di contestualità* con il rischio di creare una dolorosa fase di transizione fatta da abbandono, disfunzioni, tribolazioni per la gente, disuguaglianze di trattamento e soprattutto problemi di accesso ai servizi

“*Contestualità*” significa che:

- il riordino dell'ospedale deve coincidere con il riordino del territorio;
- ospedale e territorio sono due sottosistemi di un comune sistema sanitario;
- quindi non vi può essere un *riordino* della parte senza una *riforma* del tutto.

Contestualità quindi vuol dire *concomitanza riformatrice* nel senso che Stuart Mill traduceva con l'espressione “*variazioni concomitanti*”:

Si dia un obiettivo di possibilità diritti/risorse e l'ospedale e il territorio quale sistema di diritti e di spesa (...) tutti i problemi di possibilità causano variazioni nel primo e nel secondo e viceversa (...) dando forma ad un processo riformatore.

È discutibile che ci si limiti ad un riordino ospedaliero senza accedere contestualmente ad un discorso più ampio di riforma del sistema nel suo complesso, dal momento che le

concomitanze tra territorio e ospedale sono innegabili. La riduzione degli standard ospedalieri avviene a modello invariante di ospedale (*l'hub spoke non è una riforma dei modelli ma solo la riproposizione di una classificazione che per altro pur con nomi diversi risale al 1968 cioè alla riforma Mariotti*) per cui è probabile che parte della domanda sarà scaricata sul territorio, a dicotomia invariante nei confronti dell'ospedale, senza che vi sia un territorio adeguato.

Il punto di fondo, che non va mai dimenticato, è che qualsiasi standard di posti letto è funzione del territorio per cui se il territorio non viene ripensato qualsiasi riduzione di standard rischia di essere una banale riduzione di assistenza. Se non si risolve il problema delle *variazioni concomitanti*, presumibilmente i problemi di mobilità cresceranno.

Se proprio si volesse riordinare si tratterebbe di invertire l'ordine applicativo del riordino cioè partite dalla riorganizzazione del territorio al fine di rimodulare la funzione ospedaliera per non creare situazioni di abbandono e di mettete mano ad un disegno di riforma complessivo del sistema.

L'azienda zero ovvero la logica panottica

Abbiamo appena detto che la filosofia di fondo del riordino è concepire la governance come monitoraggio, controllo, vigilanza, coordinamento come se i problemi di sostenibilità non si potessero risolvere con veri atti riformatori. In genere l'operazione che si tende a fare è in realtà una redistribuzione di funzioni nel senso che alle "aree vaste" (in certe Regioni) o "all'azienda zero" (in altre) vanno tutte le funzioni di programmazione dell'assessorato ma anche i compiti di natura gestionale delle uls/asl il che vuol dire che le uls/asl che restano si riducono a soli enti di erogazione.

"*L'azienda zero*" è stata proposta dal Veneto come un *super ente* che più che essere zero, finisce per azzerare assessorati e aziende. Nella relazione che accompagna la proposta è scritto espressamente che "*al nuovo soggetto devono essere attribuiti compiti che altri soggetti non svolgeranno*" per cui via i direttori generali superflui, quelli che resteranno saranno poco più dei capo uffici, via i direttori dei servizi sociali assorbiti dai direttori sanitari, quindi via il socio-sanitario che nel Veneto era un tema molto sentito. La proposta liquida il federalismo sanitario e l'azienda quale suo motore principale. La filosofia dell'azienda zero è quella di *Argo Panoptes* che nella mitologia era un gigante con un centinaio di occhi e che teneva tutti sotto controllo. Quella che ci viene proposto è una azienda panottica che vigila e controlla il mondo dei costi come se fosse un carcere ad alta sorveglianza.

Per chi crede nel *management diffuso* e in un altro genere di azienda, questa proposta sarebbe semplicemente da respingere perché ragiona come se il mondo si potesse unicamente amministrare dispoticamente ma non cambiare. Infatti la cosa che

impressiona nell'idea di riordino al di là delle technicalità, è la totale sfiducia nei confronti delle persone, nei cittadini e negli operatori come se la sanità non avesse operatori ma solo macchine obbedienti. In tutte le proposte sul riordino non c'è un solo riferimento che guardi alle persone come risorsa e come soluzione. Essi paradossalmente sono dei costi che il gigante dai cento occhi cioè l'azienda zero, deve controllare.

C'è da chiedersi seriamente come mai le Regioni, invece di fare i "cantoni" (Toscana) e "l'azienda panottica" (Veneto) non hanno pensato di fare quella cosa che avrebbero dovuto fare fin dalla nascita delle aziende ma che non hanno mai fatto: riformare gli assessorati, trasformarli in aziende capofila (holding) quindi ri-aziendalizzando il sistema con una azienda a management diffuso includendo il lavoro professionale nella governance?

Il cosiddetto "riordino" ormai è diventato una contro riforma cioè:

- ridurre il management a pura amministrazione dei costi quindi addio alla governance;
- ridiscutere una organizzazione sanitaria decentrata a favore di una organizzazione decisamente centralizzata;
- dare luogo ad una sorta di gestione panottica per perseguire un risparmio lineare a scala di sistema;
- ridiscutere i principi di prossimità territoriale tra cittadini e servizi quindi negando la territorialità;

Questo non è riordino ma controriforma.

Capitolo 9

Mutue

Ritorno al passato

Il piatto forte delle politiche di de-finanziamento resta la restrizione dell'area delle tutele pubbliche e l'appalto di una parte di esse a mutue e a fondi di assicurazione. Cioè passare almeno in parte, dalla salute secondo diritto alla salute secondo reddito. La giustificazione per questa operazione è assurda: siccome il 33% della spesa sanitaria è *out of pocket* allora bisogna tutelare questa spesa con l'intermediazione finanziaria. Cioè sostituire il terzo pagante pubblico con un terzo pagante privato. Nessuno dice che l'*out of pocket* è esattamente l'epifenomeno della non riforma, del de-finanziamento, del fallimento delle Regioni, del taglio degli ospedali, delle politiche stupide di compatibilità. Per cui sembra che milioni e milioni di cittadini si rivolgono al privato per sport o per divertimento. Per cui si ripropongono le mutue come se il mutualismo non fosse già fallito. Non ha senso rispondere per esempio alla regressività, alle diseconomie o alle anti-economie con le mutue. Tagliare la testa per curare il mal di testa non ha senso.

Le cosiddette Casse Mutue, gli enti assicurativi le società di mutuo soccorso, nascono dalle società operaie dell'800 per sopperire ad una generale assenza di protezioni sociali. I lavoratori salariati iniziarono così ad associarsi e a mettere in comune risorse per assicurarsi con i loro famigliari da rischi della malattia e della vecchiaia (disoccupazione, malattia, infortunio ecc.) generando un vero e proprio welfare dal basso.

Ciascun ente (la corriera dell'introduzione) era competente per una determinata categoria di lavoratori il finanziamento avveniva con i contributi versati dai lavoratori e dai loro datori di lavoro. La tutela della salute era quindi correlata non dall'essere cittadino ma dall'essere lavoratore (o suo familiare). Questo lasciava scoperta una parte della popolazione che per una serie di motivi non poteva provvedere alla propria assicurazione (al tempo dell'istituzione del servizio sanitario nazionale erano 4 milioni). Inoltre il sistema mutualistico per sua natura era fortemente sperequante perché dipendendo dai contributi le prestazioni assicurate dalle varie casse mutue erano fortemente disomogenee. Questo sistema era complessivamente e popolarmente chiamato "*mutua*", termine che in Italia nonostante l'istituzione del servizio sanitario nazionale è ancora utilizzato.

Con il fascismo si tentò di mettere fine al mutualismo operaio, riportando le associazioni sotto controllo dello stato e del regime. L'idea era quella di unificare l'arcipelago delle mutue all'interno di alcuni macro-enti. Nel 1943, proprio poco prima del crollo della dittatura, si cercò di accorpate il fitto reticolo di casse, istituti ed enti di assicurazione sanitaria nell'Ente Mutualità Fascista – Istituto per l'Assistenza di Malattia ai Lavoratori. Ma questo progetto non fu mai realizzato.

Il tentativo di unificazione fu ripreso nel 1948 con la "*Commissione D'Aragona*", ma anche esso fallì.

Nacquero così numerosi enti mutualistici (le corriere) per varie categorie di professionisti: pensionati dello stato (1953), coltivatori diretti (1954), artigiani (1956), commercianti (1960), ai quali si aggiunsero un'altra miriade di enti minori come, ad esempio, la Cassa nazionale di previdenza e assistenza per gli impiegati agricoli e forestali e l'Istituto di previdenza e mutualità tra i magistrati. Come se ciò non bastasse, continuarono a proliferare piccolissime realtà mutualistiche di fabbrica o di azienda.

Gli enti mutualistici divennero così la base su cui nacque un *welfare burocratico e corporativo-assicurativo* che, anziché promuovere l'estensione dei diritti sociali, cristallizzava le disuguaglianze fornendo a ciascuno una protezione commisurata ai contributi versati e alla posizione ricoperta nel mercato del lavoro.

Ogni ente mutualistico era un universo auto-riferito senza nessuna forma di coordinamento inter-mutualistico al punto che un'indagine del Ministero della Sanità dell'epoca rivela che le persone assistite ammontavano a 68.427.112, sedici milioni in più di quanto conta l'intera popolazione italiana, mentre sappiamo che al momento dell'istituzione del servizio sanitario nazionale, erano ben 4 milioni di italiani che non avevano nessuna copertura assicurativa.

Nel secondo dopoguerra si registra una positiva seppur caotica espansione della domanda di salute della società italiana, che sta rapidamente conoscendo "il benessere", alla quale si accompagna una anomala frammentazione delle strutture e una dispersiva utilizzazione dei professionisti ma anche una poco efficiente gestione dei costi. Crescono a vista d'occhio sperequazioni e disuguaglianze e si inasprisce pesantemente il fabbisogno finanziario atto a mantenere funzionante l'intero sistema.

Nell'ottobre 1964, la *Commissione Dogliotti*, per la riforma ospedaliera, giunge a una conclusione:

- è indispensabile riformare l'intero sistema;
- procedere alla razionalizzazione del settore con il decentramento alle Regioni delle funzioni normative e di controllo;
- e il finanziamento del servizio dovrà essere assicurato con una quota parte del bilancio statale.

Il documento coglie due elementi fondamentali:

- ampliare l'assistenza fino a rendere universale il diritto alla tutela della salute;
- decentrare le competenze e le responsabilità alle Regioni, lasciando allo Stato le funzioni di coordinamento e di controllo e l'istituzione di un fondo derivante dalla fiscalità generale.

In pratica si erano definiti i postulati di fondo di quella che poi sarà la riforma sanitaria del '78.

Con la riforma del '78 infatti si istituisce il Servizio Sanitario Nazionale e si supera il sistema mutualistico costretti dalla sua enorme situazione debitoria.

Giova ricordare per dare il senso del processo che la legge di riforma del '78 è stata preceduta:

- dal decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, trasformato nella legge 17 agosto 1974 n. 386, che contiene norme per l'estinzione dei debiti delle mutue, l'istituzione del Fondo sanitario per l'assistenza ospedaliera, il trasferimento alle Regioni dei compiti d'assistenza ospedaliera, lo scioglimento dei consigli d'amministrazione degli enti mutualistici sostituiti da gestioni commissariali;
- dalla legge 29 giugno 1977 n. 349, che sopprime in via definitiva le mutue;
- dal D.P.R. 24 luglio 1977 n. 616, attuativo della legge 22 luglio 1975 n. 382, che provvede alla integrale devoluzione alle Regioni della competenze definite nell'articolo 117 della Costituzione.

Questi sono i passi fondamentali che hanno spianato la strada alla legge 833/78.

Oggi alcuni ripropongono di tornare almeno in parte alle mutue ma solo perché vogliono scaricare parte della spesa pubblica sul privato cittadino, Costoro ignorano la lezione della storia: i grandi enti mutualistici (Inam, enpas, enpdedp, inadel, onmi, enpals ecc.) sono andati in default perché soprattutto le mutue avevano problemi di sostenibilità. A fronte di una forte crescita della domanda il sistema mutualistico non riuscì a riformare la sua offerta limitandosi semplicemente a farla crescere. In questo modo saltò il rapporto tra prestazioni e contributi fino all'indebitamento.

Per quali ragioni le nuove mutue dovrebbero essere immuni dalla sfida della sostenibilità?

Contro l'universalismo

Ma a proposito di mutue chiariamo i postulati di partenza del discorso:

- nulla depone contro le mutue integrative se queste sono una tutela estesa dell'universalismo e se non sono finanziate a scapito della fiscalizzazione con gli incentivi fiscali;
- il sistema sanitario pubblico ha bisogno di essere profondamente riformato al suo interno per ricontestualizzare i valori di solidarietà, di eguaglianza e di universalità;
- la vera sfida riformistica è rendere possibili i diritti con i limiti economici e non subordinare i diritti da una parte ai limiti economici e dall'altra alle possibilità di reddito.

Ciò detto certe affermazioni che girano andrebbero letteralmente smontate.

Un esempio: “*la concezione tradizionale di welfare ha ormai imboccato il viale del tramonto ed è arrivato il momento di tracciare nuovi schemi. Il pareggio di bilancio in Costituzione schiude scenari inediti e impone l'utilizzo di formule innovative*”.

In cosa consista “*la concezione tradizionale del welfare*” non si sa, perché poi debba tramontare proprio ora che abbiamo più che mai bisogno di welfare, nemmeno, ma la cosa ridicola è considerare il ritorno alle mutue, anche se solo in forma integrativa, una formula innovativa. La concezione mutualistica della tutela come abbiamo già detto, è letteralmente crollata sotto i debiti e come dimostra la Germania, anche recentemente, è una formula per sua natura esposta all'indebitamento. Il mutualismo inoltre anche se integrativo resta comunque un genere di tutela sostanzialmente corporativo che favorisce i soggetti forti cioè con un certo potere contrattuale ma a parte ciò poi il suo limite culturale principale resta quello di essere principalmente curativo. Alla mutua resta estranea l'idea della produzione di salute

Ma se oggi cresce la povertà, i disoccupati, i precari, i pensionati al minimo, la marginalità sociale perché mai ci dovremmo preoccupare dei più forti? Perché ridimensionare l'universalismo proprio oggi che ne abbiamo più bisogno?

La risposta di alcune Regioni (Liguria e l'Emilia Romagna) non è dare *più tutele* ma patrocinare “*mutue complementari*” che da quel che sembra sono concepite come forme surrettizie di sostegno al co-payment. Le Regioni, per i motivi più diversi non riescono più a garantire le tutele gratuite per cui nei modi più vari debbono far pagare i cittadini, la spesa privata continua a crescere per cui anziché trovare il modo di liberare risorse dalle diseconomie e dalle anti-economie, spingono i cittadini a pagare delle mutue complementari per pagare ciò di cui essi avrebbero diritto gratuitamente. Cioè si paga per pagare ciò che non si dovrebbe pagare.

La Liguria e l'Emilia Romagna sono sicure che non si riesca a liberare risorse riformando seriamente i loro sistemi sanitari pubblici?

Ancora tre questioni:

- si dice che le mutue integrative non sono “*profit*” e questo è vero nel senso che non sono assicurazioni, ma le mutue integrative costano perché hanno degli apparati, delle burocrazie, dei consigli di amministrazione, dei presidenti da pagare. Per cui non ci sarà profit ma qualcuno ci guadagna. Perché dobbiamo dare soldi all'intermediazione finanziaria togliendoli dall'assistenza? Non è meglio investire tutto in salute.
- i sostenitori delle mutue integrative chiedono da anni la defiscalizzazione dei contributi mutualistici a carico delle imprese. Le mutue integrative piacciono molto soprattutto ai dirigenti aziendali, al punto da essere considerate il “*benefit*” più prezioso, ma solo perché sostanzialmente sono pagate dalle imprese, cioè sono un benefit contrattuale. Ma se oggi come dice Confindustria esiste il problema della

competitività e del costo del lavoro, perché mai dovremmo aumentare il costo del lavoro con degli oneri mutualistici avendo a disposizione un servizio pubblico? E perché dovremmo defiscalizzarli? Scaricare sullo Stato questo particolare onere contrattuale significa che lo Stato oltre che spendere soldi per la sanità pubblica dovrebbe anche spendere soldi per una sanità “*parastatale*”. Ma se lo Stato come dicono i fautori del mutualismo integrativo ha problemi di sostenibilità perché mai dovrebbe finanziare un parastato? E se per finanziare un parastato fosse costretto a definanziare proporzionalmente la sanità pubblica cioè se stesso, chi ci rimetterebbe?

La tendenza dei neo-mutualisti è quella di contrapporre la sussidiarietà alla solidarietà fino a teorizzare il “*welfare di comunità*”. La sussidiarietà è obbligatoria per produrre salute in una comunità... ma quando si tratta di curare ci vuole la solidarietà perché curare costa e perché i più bisognosi di cure rischiano con la sussidiarietà di passare dalla solidarietà alla carità.

Il welfare aziendale

Le posizioni pubbliche dei neo-mutualisti e delle assicurazioni confermano in pieno le preoccupazioni circa i rischi che corre il sistema universalistico.

Ecco le loro tesi di fondo:

- la sanità integrativa è uno strumento che consente di spostare i costi, dallo Stato ai cittadini organizzati in Casse Sanitarie, Società di Mutuo Soccorso, Fondi Sanitari ecc.;
- la sanità mutualistica è sostitutiva non integrativa dal momento che garantisce servizi assistenziali e sanitari, visite specialistiche, esami diagnostici e ricoveri;
- lo strumento per assistere per conto dello Stato è il “*convenzionamento*” con le strutture sanitarie;
- i finanziamenti provengono dai sussidi quindi dai contributi mutualistici defiscalizzati;
- si tratta di dare le gambe ad un “*welfare aziendale*” per i lavoratori attivi aperti anche al singolo cittadino cioè ai propri famigliari;
- la condizione perché il welfare aziendale possa funzionare e con esso la mutualità sostitutiva è che lo Stato deve garantire un’assistenza sanitaria di base per i meno abbienti i “grandi anziani”, cioè una *sanità minima*;
- gli aderenti alle mutue versano una quota associativa e le mutue comprano sul mercato prestazioni sanitarie a condizioni agevolate mettendo a disposizione i loro servizi a tariffe più convenienti e scontate;
- più sono gli associati, più sono potenzialmente estesi i servizi, più alto il volume dei contributi e il numero di strutture mediche convenzionate.

La funzione delle mutue come si vede è quella classica dell’*intermediazione finanziaria*. I

contributi provengono dagli associati ma se defiscalizzati provengono anche dallo Stato. Insomma “*ritorna in auge la richiesta di una sanità integrativa a causa dei gravi problemi economici che affliggono Stato e cittadini: si ha sempre più bisogno di tutelare in via privata la propria salute, perché la spesa sanitaria pubblica diminuisce con perentoria drammaticità*”.

Quindi senza eufemismi, senza infingimenti e senza giri di parole è chiarito cosa significa “*in via privata*” e quindi il gioco del mutualismo integrativo e a chi veramente conviene.

Poche osservazioni:

- se funzionasse davvero il sistema pubblico, la mutualità non conviene neanche ai cittadini mutuati ma solo agli intermediari finanziari;
- i problemi finanziari della sanità si devono risolvere e si possono affrontare in altro modo, privatizzare è troppo semplice;
- si reintroduce una forma obsoleta di parastato ad orientamento speculativo;
- è paradossale sostituire lo Stato con un sistema di convenzionamento che lo estrometta;
- sostituire la comunità con l'azienda in termine di welfare è un capolavoro di neoliberalismo.

La tutela mutualistica resta un rottame di altri tempi. Nella post modernità e nel post welfarismo ci vuole altro. Per questo bisogna fare una *quarta riforma*

Epidemiologia neoliberista

Il caso Gimbe (gruppo Italiano per la medicina basata sulle evidenze) va menzionato perché questa volta a invocare le mutue non sono i soliti economisti e i soliti speculatori, ma è addirittura una espressione importante dell'epidemiologia. Gimbe ha presentato un rapporto sulla sostenibilità della sanità pubblica 2016/2025 con il quale ci ripropone la solita storiella cara ai teorici dell'universalismo selettivo:

- vi è un problema cronico di insufficienza delle risorse (nel 2025 servirebbe quasi il doppio delle risorse oggi previste);
- è urgente intervenire con un piano di salvataggio;
- se non si interviene perderemo la sanità pubblica.

È la classica minaccia di catastrofe usata come espediente per giustificare il ridimensionamento della sanità pubblica.

Gimbe in realtà non propone nulla di nuovo ma come gli altri propone nella sostanza di aggiungere altre “*gambe*” al sistema universalistico. Nel suo rapporto, esattamente come gli altri, propone una idea di *sostenibilità* all'insegna del *compatibilismo* e

dell'accettazione ineluttabile dei limiti economici con ciò accettando di fatto di subordinare, esattamente come gli altri, il diritto costituzionale ai problemi finanziari.

Per salvare la sanità il rapporto di Gimbe prevede cinque azioni fondamentali:

- offrire ragionevoli certezze sulle risorse destinate al SSN;
- rimodulare i LEA (livelli essenziali di assistenza) sotto il segno del *value*, per garantire a tutti i cittadini servizi e prestazioni sanitarie ad elevato *value*, escludendo quelle dal basso *value* anche al fine di espandere il campo d'azione dei fondi integrativi;
- quindi sanità integrativa;
- ridefinizione delle tipologie di prestazioni, essenziali e non essenziali, che possono essere coperte dalle varie forme di sanità integrativa;
- coinvolgimento di forme di imprenditoria sociale, cogliendo tutte le opportunità offerte dalla recente riforma del terzo settore.

Cioè detto in soldoni:

- il governo continui ragionevolmente a de-finanziare la sanità;
- si riducano le prestazioni a carico dello Stato;
- tutto quello che lo Stato non garantisce più viene compensato con la mutue assicurazioni e terzo settore.

Meno sfacciato è il Censis che nel suo stile di falsa neutralità sociologica ci propone anche esso una ricerca (8 giugno 2016) con la quale ci descrive una situazione di sfascio sbandierando i suoi 11 milioni di italiani che rinunciano alle cure per mancanza di soldi, tale da accreditare a sua volta come unica soluzione possibile l'allargamento delle mutue e la restrizione delle tutele.

Che succede? Entrano in scena le giustificazioni pseudoscientifiche per preparare il terreno a qualche controriforma?

Sicuramente le cose stanno andando male e sicuramente non si può andare avanti di questo passo.

Ma è disonesto che le incapacità di coloro che da almeno 40 anni hanno deciso il bello e il cattivo tempo sulla sanità, siano scaricate sui cittadini. È cinico rispondere alle diseguaglianze che crescono istituzionalizzando le diseguaglianze, che alle ingiustizie si ponga riparo legalizzando le ingiustizie, che l'universalismo sia negato perché ritenuto arbitrariamente insostenibile.

Che colpa hanno i cittadini se non siamo riusciti a riformare davvero la cultura mutualistica dei nostri servizi? A riformare gli ospedali, la medicina generale, la

specialistica ambulatoriale? Che colpa hanno loro se il federalismo sanitario è fallito e se le Regioni non sono riuscite a governare un alcunché? Se le aziende sanitarie sono crollate sotto il peso questo si insostenibile delle loro contraddizioni? Se non siamo riusciti a fare della prevenzione delle malattia la strategia per antonomasia? Se non abbiamo mai cambiato il lavoro, ripensato le professioni, i modi di lavorare? Che colpa hanno i cittadini delle tante diseconomie causate dal clientelismo dalla disonestà di chi ha governato ad ogni livello la sanità pubblica.

Chi risarcirà i cittadini delle riforme non fatte e di quelle tradite e di quelle sbagliate?

Oltre la mutua, il terzo settore

Il parlamento ha varato una riforma che sulla sanità è passata quasi in silenzio, che è quella del *terzo settore*. Cosa è il *terzo settore*? È un insieme di soggetti sociali di natura privata e volontaristica che opera tra lo Stato (primo settore) e il mercato del lavoro (secondo settore), per produrre *gratuitamente* beni e servizi a destinazione pubblica o collettiva (cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, associazioni di volontariato, organizzazioni non governative, onlus ecc.).

La dimensione del terzo settore secondo l'Istat è davvero ragguardevole: 4,8 milioni di volontari, di 681 mila dipendenti, di 271 mila lavoratori esterni, di 6 mila lavoratori temporanei. Il no profit occupa nel tessuto produttivo italiano il 6,4 per cento delle unità economiche attive e negli ultimi anni (2001/2011), ha registrato un aumento del 28 per cento degli organismi, del 39,4 per cento degli addetti, per un totale di più di

La riforma in realtà una specie di legge delega che il governo potrà interpretare con più decreti legislativi e con ampi margini di autonomia e rispetto ai quali le commissioni parlamentari potranno esprimere solo pareri consultivi (art 1).

Ma si tratta di “*riforma*”? A giudicare dal testo si tratta più di un “*riordino*” e di una “*revisione*”, (la parola “*riforma*” non compare mai) e che, in linea generale, ribadisce principi ampiamente condivisibili di sussidiarietà, di volontarietà, di gratuità ma introducendo delle deroghe (art 2 punto g) che per le discontinuità che ammettono si configurano paradossalmente come autentici punti di controriforma *ab-uso* probabilmente di una premeditata strategia di riduzione della spesa welfaristica, soprattutto sociale e sanitaria (art 4 comma 1 lettera f).

Il punto critico fondamentale della riforma è la trasformazione del concetto di *impresa sociale* (art 4). Nel testo si prevede la possibilità per le imprese sociali di reinvestire e ripartire gli utili, cosa finora vietata, quindi si ammette il *carattere lucrativo* in luogo del *non profit*. (art 4 punto d) Oltre a ciò si prevede la possibilità, finora vietata, che negli organi di amministrazione delle imprese sociali possano far parte imprese private anche con fini di lucro e pubbliche amministrazioni. L'unico limite è il divieto di assumere la direzione, la presidenza e il controllo dell'impresa sociale stessa (art 4 punto f).

Quindi discontinuità importanti rispetto alla tradizione sociale e altruistica del terzo settore. Non è un caso se la vicepresidente del Favo (federazione associazioni volontariato

in oncologia) abbia affermato che la “*riforma rischia di minare alla base l’identità e l’essenza del volontariato che è la gratuità, non solo come totale assenza di lucro ma come capacità del ‘dono’ di sé verso l’altro bisognoso*”

Ma perché si vuole dare una natura economica alla solidarietà sociale? Recentemente il ministro Padoan, ha sostenuto che l’unica strada efficace per contenere la spesa pubblica è quella del *contenimento dei costi dei servizi pubblici*. Questo è un passaggio strategico, si passerebbe:

- dalla *spending review*, cioè da politiche contro le diseconomie della spesa pubblica,
- alla *costing review* cioè a politiche di riduzione del prezzo dei fattori produttivi impiegati nei servizi pubblici.

In questo quadro e rammentando che il costo più alto nella spesa pubblica è quello del lavoro, è del tutto evidente che l’uso *no expensive* del terzo settore equivarrebbe di fatto ad una sua consistente riduzione del lavoro retribuito.

Se la definizione della natura economica di impresa sociale è finalizzata ad abbassare la spesa pubblica, allora è probabile che:

- con la riforma si voglia ridurre di fatto i tre settori (pubblico, privato, non profit) a due assimilando il terzo al secondo come mercato del lavoro *low cost*;
- la modalità di uso sia quella dell’*outsourcing* (approvvigionamento esterno) quindi ricorrendo a soggetti non pubblici.

In questo modo si metterebbe in concorrenza il lavoro *pubblico*, quello *cooperativo*, e quello *volontario*, creando le condizioni sia per una drastica riduzione del pubblico impiego sia per creare condizioni di *dumping salariale* e tenere basse le retribuzioni.

Sino ad ora in sanità la riduzione del costo del lavoro è stata fatta soprattutto con il blocco dei contratti. I redditi degli operatori nei servizi sanitari e sociali in 8 anni hanno perso il 13,2% della retribuzione “reale”. Dal 2006 al 2014 la paga oraria “reale” (deflazionata) è calata da 19,7 euro a 17,4 euro. (fonte Banca d’Italia). Questo vuol dire che se si vuole seguire la linea del *costing review* di Padoan la strada che resta da prendere è quella di sostituire parte del lavoro pubblico con il lavoro volontario remunerato al costo più basso.

Se il governo alle strette con i conti dovesse avvalersi di questa politica il nostro welfare sarebbe radicalmente controriformato: il numero dei settori da tre si ridurrebbe di fatto a due, Stato e mercato, lo Stato sarebbe ridimensionato con l’universalismo selettivo, quindi integrato con la famosa “*terza gamba*” (assistenza integrativa, mutue, fondi assicurativi) alla quale se ne aggiungerebbe una quarta, l’*impresa sociale profit*, per mantenerlo comunque *low cost*. Passerebbe così la demarcazione teorizzata da tanti contro-riformatori tra *abbienti* e *indigenti* e gli indigenti tornerebbero nell’ambito della carità pubblica a buon mercato Rammentiamo che in sanità il governo ha previsto un definanziamento progressivo del sistema pubblico almeno fino al 2020 e che già ora

esistono infermieri che lavorano a tutti gli effetti nei servizi pubblici ma come volontari e retribuiti con il rimborso spese per un valore corrispettivo di 2 euro e mezzo all'ora.

Capitolo 10

La questione istituzionale principale causa di insostenibilità

Una nuova questione istituzionale

Nei capitoli precedenti pensiamo di aver dimostrato a sufficienza che per via della sostenibilità il governo/i ha di fatto cambiato d'imperio il modello di *governance* della sanità togliendo alle Regioni di fatto la funzione gestionale. In questo modo ritornando al decentramento amministrativo cioè superando ogni residuo federalismo fiscale. Questo dimostra due cose:

- le Regioni o meglio il Regionismo cioè la degenerazione del concetto di *regionalismo* è stato uno dei fattori importanti che ha causato il problema della sostenibilità;
- la spesa sanitaria rallenta la sua crescita ma solo perché le Regioni sono state messe sotto tutela.

Per cui rispetto alle Regioni non ci sarebbe altro da dire. Esse hanno perduto la partita “sostenibilità” e sono state retrocesse al ruolo della *amministrazione delegata*. Oggi siamo nel tempo della GSA (gestione sanitaria accentrata). Senonché a causa di ciò sorge una nuova “questione istituzionale” che resta eminentemente una *questione di governo* e che pone il problema di quale sistema istituzionale si avrebbe bisogno per fare davvero sostenibilità. Non c'è dubbio che la ri-centralizzazione della gestione se ha rallentato la crescita della spesa ha colpito i cittadini ridimensionandone le tutele. Il fallimento delle Regioni non è stato senza vittime. Esso è stato pagato in prima persona dai cittadini che continueranno a pagare se il governo centrale in quanto tale continuerà a gestire la sanità con tagli lineari, standardizzazioni improprie e eccessive burocratizzazioni. Un governo della sanità sbilanciato solo sui suoi problemi finanziari rispetto ai diritti delle persone è molto pericoloso. Un governo che si rispetti dovrebbe invece avere prima di tutto un pensiero riformatore per riequilibrare il rapporto tra domanda e offerta, e essere in grado di assicurare la tanto citata *compossibilità* tra il governo delle risorse e il rispetto per i diritti.

La nuova “*questione istituzionale*” in un certo senso ci riporta in dietro nel tempo quasi alle origini del nostro sistema sanitario nazionale, facendoci comprendere che essa è “nuova” fino a un certo punto dal momento che la sua non soluzione è un problema che ha accompagnato costantemente l'intera moderna sanità pubblica.

La storia recente della sanità cioè quella del 900 fino ai giorni nostri, si può dividere in due parti:

- *prima* della costituzione delle Regioni(1970) dove le istituzioni titolari della tutela

sanitaria erano i comuni e le province;

- *dopo* la costituzione delle Regioni dove la titolarità a mano a mano viene loro trasferita sempre di più fino alla riforma del titolo V del 2001 grazie alla quale essa diventa massima e pressoché totale.

Con l'elezione dei Consigli Regionali del 1970 le Regioni entrarono nella storia istituzionale italiana, provvedendo subito alla propria fase costituente con l'approvazione degli Statuti.

I decreti delegati, (11 in tutto), vennero emanati, a gennaio del 1972, e con essi alle Regioni tra le tante funzioni amministrative si trasferiscono quelle relative alla assistenza sanitaria ed ospedaliera.

Negli anni prima della riforma sanitaria (1970 – 1978) la legislazione regionale in tema di sanità è stata come se preparasse la strada alla riforma, approvando leggi regionali in applicazione a leggi o decreti dello Stato (la legge 12 febbraio 1968 n. 132 (riforma ospedaliera), il DPR 14 gennaio 1972 n. 4 (trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e dei relativi personali ed uffici), le norme di attuazione del d.lgs. 8 luglio 1974 n. 264 (norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri), il DPR 23 luglio 1977 n. 616 in attuazione della legge 21 luglio 1975 n. 382 (norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione) ecc. In questi anni, nelle Regioni la legislazione sanitaria non si esaurisce nel recepimento della normativa nazionale, ma in molti casi si propone in piena autonomia di sviluppare i servizi socio sanitari al cittadino, attuando interessanti forme di programmazione e di collaborazione con gli enti locali. Va rimarcato che molte Regioni a dimostrazione della loro vitalità si dotano anzitempo di un piano sanitario regionale anticipando il primo Piano Sanitario Nazionale che vedrà la luce nel 1994.

Con la riforma del '78 la Regione in base all'art 117 della Costituzione è tenuta, sotto la guida del ministero della sanità, a garantire la funzione di tutela sanitaria. I suoi compiti legislativi ed amministrativi sono di natura programmatica, organizzativa, di finanziamento delle usl tramite il riparto del Fondo sanitario regionale e di vigilanza.

La riforma sanitaria del '78 tenta di far coesistere la storia con le novità istituzionali vale a dire conferma ai comuni la titolarità della gestione sanitaria e nello stesso tempo affida alle Regioni nate da non molti anni competenze di governo di programmazione.

Questo compromesso a partire dagli anni 90 salterà del tutto per cui ai comuni saranno tolte le titolarità in materia sanitaria e a partire dalla "*riforma della riforma*" del '92 esse saranno trasferite interamente alle Regioni.

Con la riforma del titolo V del 2001, sotto la suggestione del federalismo, il processo di presa in carico da parte delle Regioni della sanità diventerà praticamente totale.

Oggi con la recente "*riforma della riforma*" del titolo V ha preso forma un ridimensionamento delle potestà regionali in tema di sanità ma il verso della redistribuzione dei poteri non va dalle Regioni ai comuni ma dalle Regioni allo stato

centrale. I comuni restano tagliati fuori.

Quindi rispetto alla sanità il ruolo delle Regioni è stato senz'altro decisivo, sono queste istituzioni che hanno avviato e costruito il processo di riforma vero e proprio, sono esse che hanno costruito le più interessanti esperienze di organizzazione e di programmazione, naturalmente accompagnate dagli immancabili squilibri storici mai riassorbiti, per cui la questione istituzionale non può passare sotto silenzio, o ridursi solo a sostenibilità.

Oggi la sanità è fiaccata dal de-finanziamento anche perché il modo di governare è cambiato ma allora quale governo per la sanità?

Regionismo

Abbiamo visto a proposito di “*guerra all’insostenibilità*” come le intese sul finanziamento della sanità tra il governo e le Regioni segnano:

- la fine della *finanza derivata* cioè di quel modo di finanziare il sistema sanitario che si limitava ad adeguare la spesa storica in rapporto al Pil;
- la fine di un certo tipo di Regione intesa come istituzione di governo.

Nello stesso tempo le stesse intese mostrano:

- le fragilità istituzionali delle Regioni;
- le loro debolezze di governo;
- la mancanza di una cultura riformatrice;
- la grande difficoltà che esse incontrano nella gestione della spesa;
- l’inclinazione a scaricare sui diritti dei cittadini le loro incapacità politiche;
- un pensiero di riferimento marginalista.

Quindi le intese finanziarie danno corpo ad un paradosso: nel mentre le Regioni conquistano il massimo di potere (riforma del titolo V e legislazione concorrente 2001) nello stesso momento inizia il declino della loro potestà, declino, legato, a parte la questione morale, a delle vere e proprie difficoltà di governo della sanità, tutte riconducibili al prevalere di un primato amministrativo-gestionale su quello ben più delicato e complesso del governo politico della sanità.

In pratica prende forma quel fenomeno distorsivo che abbiamo definito Regionismo cioè una sorta di degenerazione istituzionale nel senso che la funzione di governo delle Regioni si ridurrà sempre di più a funzione di gestione e questa a mera amministrazione dell’esistente.

Come abbiamo già detto le intese tra governo e Regioni diventano nel tempo uno scambio “*politico*” sempre più impari nel senso che il governo di turno concederà sempre meno risorse e per giunta sempre più condizionate ad un rigore amministrativo crescente in cambio di crescenti gradi di rinuncia da parte delle Regioni di sempre più crescenti

gradi di autonomia. Cioè le intese finanziarie che sin all'inizio erano il punto di forza delle Regioni per condizionare le volontà governative diventano il punto debole attraverso il quale i governi rafforzano almeno sulla sanità la propria potestà politica. Questo ridimensionamento, cioè questo trasferimento sul campo, di funzioni amministrative gestionali dalle Regioni allo stato centrale (guerra all'insostenibilità) segnerà a parte la seconda riforma del titolo v la fine delle Regioni come enti autonomi di gestione e di governo e nei fatti la fine delle stesse intese. *L'intesa* ha senso fino a quando le Regioni hanno un ruolo ma nel momento che questo ruolo viene di fatto superato (in tutti i modi descritti nel capitolo "guerra all'insostenibilità"), le intese perdono di valore fino a far prevalere la nuova podestà gestionale del governo. Ormai è il governo che indipendentemente dalla Regioni decide il fabbisogno finanziario da assegnare alla sanità per cui c'è poco da negoziare.

Il colmo della crisi di credibilità delle Regioni tuttavia si avrà prima della quantificazione del Fsn in 111 mld attraverso la legge di stabilità 2016, ed esattamente quando le Regioni del tutto autonomamente decideranno di autoridursi il Fsn per ottemperare a degli obblighi di risparmio imposti dal governo ma non vincolati alla sanità. Da quel momento in poi il potere negoziale delle Regioni sulla sanità si ridimensionerà parecchio.

Abbiamo visto che l'idea di "Patto per la salute", nasce per rispondere ai problemi di sostenibilità del sistema sulla base di uno scambio istituzionale molto chiaro: *cessione di sovranità in cambio di risorse*. Una transazione, quindi, come quelle in cui per soldi si concede qualcosa, qualsiasi cosa. Cedere la sovranità, per una Regione, non significa solo sottomettere la propria autonomia istituzionale al potere finanziario del governo, ma anche perdere a mano a mano dei poteri che come abbiamo già detto sono soprattutto gestionali e amministrativi.

Il nodo politico è perché le Regioni non riescono a fare della loro sovranità la loro prima risorsa piuttosto che una merce di scambio? Cioè perché esse non riescono a mettere in campo strategie di produzione delle risorse facendo di un limite una possibilità? Di idee, proposte, elaborazioni in giro ce ne sono sempre state diverse. Ma le Regioni si sono dimostrate refrattarie a qualsiasi pensiero innovativo. Nel 2001 le Regioni nell'acquisire nuovi poteri non sono evolute ne nei loro apparati ne nella loro capacità di governo e come i giganteschi sauri della preistoria, si sono ritrovate con una forza legislativa enorme ma con un piccolo cervello Alla fine sono affogate nell'esito del cervello piccolo vale a dire un debole marginalismo conservatore fino a restarne prigionieri.

Spending power

La *spending review* come abbiamo visto è al di là dei suoi significati tecnici una esplicita critica alle incapacità delle Regioni.

Essa è un ri-accentramento di un potere finanziario con espliciti obiettivi contro-

riformatori. Cioè è spending power. Dopo trenta anni di riformismo sanitario all'insegna prima del decentramento poi del federalismo, la prima vera controriforma sanitaria inizia con la modifica del modello di governo. Il segno più vistoso di questo nuovo corso non a caso è un potere che si sostituisce ad un altro potere.

Con lo *spending power* i poteri di Regioni, comuni, aziende, sono come depositi a significare non solo la sfiducia dello stato centrale nei loro confronti ma anche un inappellabile giudizio sulla loro inettitudine al governo finanziario della sanità.

Oggi si rischia di convincerci che per risolvere il problema del governo della sanità basti rimescolare i poteri e ridefinire compiti. Ma il ministero della salute non è meno problematico delle Regioni dal momento che dipende interamente dalle decisioni dell'economia. Il problema del governo della sanità è anche riequilibrare i poteri ma soprattutto è quello di costruire delle capacità soprattutto riformatrici.

Oggi si tratta di ripensare quella discutibile distinzione tra *government* e *governance*, tra *gestione* e *politica*, tra *politiche* e *programmazione*, tra governanti e governati. Oggi non si può ripensare il governo della sanità per continuare a correre dietro a una banale strategia di incompatibilità tra diritti e spesa.

Lo *spending power* oggi cambia di fatto i soggetti, i fini, e le modalità di governo della sanità, ma facendo esattamente la stessa operazione fatta negli anni 90.

Oggi le Regioni siedono sullo stesso banco degli imputati sul quale, negli anni 90, sedevano i comuni cioè quelli che proprio le Regioni consideravano i "*titolari abusivi*" delle funzioni sanitarie, rei di non essere riusciti a coniugare capacità gestionali e problemi finanziari.

Il copione si ripropone, tale e quale, e un periplo sembra concludersi perché tutto tende a tornare da dove si era partiti, cioè al centralismo sanitario.

Per certi versi si intravede ancora una volta la *logica lineare* che ha ispirato i recenti tagli alla spesa pubblica: "*la spesa sanitaria è un problema regionale... le Regioni sono un problema finanziario... allora tagliamo le Regioni... per tagliare la spesa*".

Ma allora come si affronta e si risolve la questione istituzionale? E mai possibile che per fare sostenibilità si debba rinunciare ad un governo vero della sanità?

Capitolo 11

Programmazione come metodo di governo

La programmazione è morta

Una cosa grave, davvero profondamente contro riformatrice sulla quale nessuno sino ad ora ha parlato è quella che a causa della gestione sanitaria centralizzata e del de-finanziamento dei tagli lineari è cambiato il *metodo di governo* e più esattamente si è accantonato il *metodo della programmazione*. Ormai la programmazione è come morta. Tagli lineari de-finanziamento e programmazione non vanno d'accordo.

Perché? Il ragionamento di fondo della programmazione è il seguente: *sulla base di certe conoscenze si dà luogo ad un processo e a certe decisioni razionali*.

Il “*trattamento sanitario*”, è stato scritto, come qualsiasi attività economica, o qualsiasi processo produttivo altro non è se non una sequenza di “*input -> output -> outcome*”, cioè l'impiego di certi *mezzi* (fattori primari) attraverso i quali si ottengono dei “*prodotti*” (le prestazioni sanitarie, i servizi, l'assistenza ecc.), fino ad ottenere i famosi “*esiti sanitari*”, cioè il miglioramento dello stato di salute della popolazione.

Tutto questo oggi in pratica non esiste più. Oggi le leggi di stabilità decidono il fabbisogno finanziario, questo viene ripartito tra le Regioni, e tutto diventa un problema di gestione sanitaria accentrata. Ciò che si è perso è la *natura previsionale del metodo di programmazione*. Oggi il metodo adottato è tutto controllo e monitoraggio ex post. Cioè *a posteriori* ed il controllo è solo ed esclusivamente contabile e finanziario.

La programmazione sanitaria ha una storia, che ha inizio con la programmazione ospedaliera prevista nella riforma ospedaliera del 1968(L.132, enti ospedalieri e assistenza ospedaliera, titolo 4.

Il ricorso al “*metodo della programmazione*” in materia sanitaria è stato codificato per la prima volta con la legge 27 luglio 1976 n.685 concernente l'approvazione del programma economico nazionale per il quinquennio 1966-1970, nel quale venivano individuate “*le linee di indirizzo*” per la riforma sanitaria nonché gli obiettivi della programmazione sanitaria.

Due anni più tardi fu varata la riforma sanitaria (L.833) istituendo così il “servizio sanitario nazionale” e all'art.3 si definì la programmazione:

- la programmazione sanitaria è parte integrante della programmazione economica nazionale;
- il suo strumento è il piano sanitario nazionale;
- le sue funzioni sono quelle di “fissare” i livelli di prestazioni sanitarie (a quei tempi i LEA non esistevano) da garantire a tutti i cittadini.

La riforma prevedeva un intero titolo (3) dedicato alle “*procedure di programmazione e*

attuazione del servizio sanitario nazionale”.

Il primo *effettivo atto di pianificazione*, conseguente all'istituzione del servizio sanitario nazionale, è stato la *delibera* Cipe del 20 dicembre 1984. Il suo scopo principale era equilibrare il rapporto tra sistema di assistenza e finanziamento pubblico e conteneva:

- indicazioni circa gli standard di attività e di organizzazione, relativi al dimensionamento dei servizi;
- parametri indicativi per l'assegnazione alle Regioni delle quote di riparto del fondo sanitario;
- parametri per la determinazione delle piante organiche;
- parametri per definire il numero delle strutture poliambulatoriali e la loro organizzazione interna.

Un anno dopo, con la *legge* 23 ottobre 1985 n.595, si definirono meglio le norme per la programmazione sanitaria finalizzate specificatamente al piano sanitario triennale 1986/1988. Con questa legge alle Regioni si propongono *norme precettive* con il fine di metterle in condizioni di formulare i loro piani sanitari. Con questa legge, che decide tra l'altro la *delegificazione* del piano sanitario nazionale, nasce l'impianto del modello di programmazione che durerà fino ai nostri giorni, vale a dire la definizione delle azioni programmate e dei *progetti-obiettivo*.

Nel piano sanitario nazionale 1986/1988, compaiono obiettivi quali: la razionalizzazione della spesa, l'equilibrata distribuzione dei servizi, l'incremento dell'efficienza, la ridefinizione degli standard ospedalieri (si sancisce il divieto di costruire nuovi ospedali per le Regioni che hanno una dotazione di posti letto superiore a 6,5% abitanti).

Le preoccupazioni finanziarie che traspaiono già a partire dagli anni 80 a mano a mano diventano sempre più forti e evidenti. Con la *legge* finanziaria, 30 dicembre 1991, n.412 l'idea di *compatibilità* si rende del tutto manifesta: si abbassa lo standard di posti letto, si dà l'indicazione di riconvertire gli ospedali con meno di 120 posti letto, si introduce l'autonomia impositiva delle Regioni per finanziare i costi superiori alla quota capitaria determinati da prestazioni esorbitanti i livelli uniformi di assistenza.

Questa legge finanziaria, a dieci anni circa dalla nascita della riforma, in un certo senso è l'atto di nascita del de-finanziamento.

Fine di un metodo di governo

Oggi il senso della programmazione per quel poco che di essa è rimasto è cambiato:

- non ha più nessun rapporto con la salute come produzione di ricchezza;
- considera la sanità un costo per certi versi incompatibile con lo sviluppo economico;
- non rimuove ma amministra gli squilibri legati alla quota capitaria ponderata;

- ha più funzioni di contenimento, di risparmio, di compatibilizzazione, di riorganizzazione, di soppressione, di riconversione e quando va bene di razionalizzazione ecc.

La programmazione ha perso del tutto i suoi rapporti con l'economia divenendo uno strumento contabile dell'economicismo.

La programmazione, abbiamo detto, è un “*metodo di governo*” che dovrebbe garantire l'assunzione di scelte consapevoli e coerenti:

- “*consapevolezza*” coincidere con “*responsabilità*”, il programmatore è colui che sa prevedere le conseguenze di quello che fa;
- “*coerenza*” significa *non contraddittorietà* tra le scelte e le decisioni.

La consapevolezza e la coerenza sono i valori operativi della razionalità programmatoria. Questo oggi non esiste più. La consapevolezza richiesta è prettamente contabile e la *responsabilità* riguarda il pareggio di bilancio.

“*Metodo di governo*” quindi non significa che la programmazione “*governa*” in senso politico ma che governa i processi che si decidono di avviare essa quindi sta a significare la sinergia di tante razionalità diverse, risorse diverse, domande diverse, professionalità diverse.

Oggi dobbiamo necessariamente riformare la definizione di programmazione come “*processo*”, e restituirle il suo significato originale che è quello di “*divenire*”, di “*sviluppo evolutivo*” emancipandola da quello amministrativo ecc.

In sintesi:

- la politica decide gli obiettivi della programmazione;
- la gerenza elabora il piano, lo propone;
- chiede a tutti di attuarlo;
- quindi lo verifica rispetto agli obiettivi auspicati.

La letteratura economica elenca gli “*obiettivi generali*” della programmazione e al primo posto compare la parola “*razionalizzazione*” alla quale segue “*l'equilibrata distribuzione, l'unitarietà dell'azione, la globalità, la gradualità, la priorità degli interventi, nonché l'incremento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi socio-sanitari sul territorio, al fine di tutelare lo stato di salute e migliorare la qualità della vita dei cittadini*” (Ruffino/Salza 2008. Altri precisano che “la programmazione è un processo che intende *adattare o orientare* un'organizzazione sanitaria affinché soddisfi i bisogni di salute” (Federici 2002).

Oggi *razionalizzazione* e *programmazione* sono termini dissociati. Oggi la programmazione deve essere intesa come uno strumento per cambiare non solo per amministrare.

Programmazione chiusa

Un conto è interpretare la sanità in termini di “*vincoli finanziari*” è un conto è interpretarla in termini di “*obiettivi di salute*”. Nel primo caso avremo rispetto alla programmazione una *definizione chiusa* sintetizzata dai limiti finanziari, nel secondo caso al contrario avremo una definizione aperta nella quale vi saranno anche i vincoli economici. Tutto dipende da come è concepita la definizione di programmazione. Oggi si tratta di *modificare il grado di chiusura della definizione di programmazione aumentando il numero dei suoi argomenti*, puntando decisamente ad una definizione aperta orientata al cambiamento. Se la sanità si deve adattare al contenimento dei costi, quindi essere compatibile, alla fine prevarrà una *definizione chiusa* di programmazione. Se invece essa fosse intesa come possibilità tra obiettivi di salute e costi, allora prevarrebbe una *definizione più aperta*.

Le *definizioni aperte* di programmazione inevitabilmente sono a più logiche, a più deduzioni, cioè a più ragionamenti. Quelle chiuse no. Questo vuol dire, in sintesi:

- la funzione di programmazione dipende dai suoi argomenti $f(x)$;
- gli argomenti determinano il grado di apertura/chiusura della funzione;
- gli argomenti sono organizzati a più logiche;
- più logiche corrispondono a più strategie (che si esamineranno più avanti);
- le logiche sono il modo di ragionare gli argomenti (il come) per cui esse decidono la definizione di programmazione.

Sino ad ora la programmazione è stata definita come il mondo degli oggetti, dei fatti, dei numeri, delle quantità, oggi è necessario considerarla anche come il mondo delle *modalità*, dei *comportamenti*, dei *soggetti*, dei *contenuti culturali*, dei *cittadini*.

Oggi se proprio si vuole vincere la sfida della sostenibilità la programmazione non può essere ridotta solo efficienza allocativa, a risparmio. Oggi la *programmazione* si deve occupare di cambiamento.

Capitolo 12

De-capitalizzazione del lavoro

La de-capitalizzazione del lavoro tra diritti e interessi

Oggi il governo di turno alle prese con i problemi del disavanzo pubblico è convinto come quelli che lo hanno preceduto, che il lavoro in sanità sia un costo tutto sommato poco compatibile con l'obiettivo della sostenibilità finanziaria della sanità. Per cui le sue politiche tendono a comprimerlo in ogni modo (a parte naturalmente le promesse preelettorali di adeguamento retributivo). Se si mettono insieme tutte le misure adottate in questi anni che hanno a che fare con il lavoro si comprende come il lavoro sia visto come il problema dei problemi. Oggi la tendenza è svalutare il lavoro per ridurre il suo costo. Cioè si svaluta il lavoro per pagarlo il meno possibile.

Ma in che modo? Per rispondere è necessario prima rammentare quattro delle diverse caratteristiche del lavoro in sanità:

- il *prezzo del lavoro*, cioè la *retribuzione*, in sanità non è determinato da nessuna concorrenza tra domanda di salute e offerta di servizi, ma dalle disponibilità della spesa pubblica. Per cui in sanità il lavoro non è pagato in ragione della salute prodotta, ma in ragione delle compatibilità di spesa;
- chi lavora in sanità pubblica non vende al malato il proprio lavoro perché il suo lavoro è intermediato dal *terzo pagante* cioè è comprato dallo Stato per assicurare al cittadino delle prestazioni;
- il malato compra *indirettamente* cioè attraverso una intermediazione pubblica le prestazioni del lavoro con le tasse. Il lavoro è pagato direttamente da chi lo compra non da chi ne usufruisce;
- chi compra il lavoro cioè chi lo paga ha problemi diversi da chi ne usufruisce.

È in ragione di ciò che in un regime di compatibilità finanziaria *costo del lavoro* e *valore del lavoro* divergono.

Oggi quando si parla di lavoro in sanità il “tema” è quello del costo della “fornitura” di utilità ma non quello della “produzione” del valore. Il lavoro è considerato come il costo delle prestazioni cioè lavoro e prestazioni sono la stessa cosa. Gli operatori sono tutti considerati *prestatori d'opera* cioè fornitori di prestazioni. Quindi costi.

Tale visione del lavoro non coglie la questione del *valore del lavoro* cioè la necessità di fronte ai cambiamenti sociali, alle trasformazioni culturali ed economiche, di ripensarlo per rivalutarlo.

Oggi il valore del lavoro professionale è svalutato perché spiazzato da una parte da tanti cambiamenti della domanda sociale e dall'altra da forti limiti soprattutto finanziari

all'offerta di tutele. Alla svalutazione del lavoro si ricollegano alcuni fenomeni come il contenzioso legal, la medicina difensiva, la burocratizzazione, le deontologie regressive, il de-mansionamento. Questi fenomeni ci dicono che il *lavoro prestazionale* è in crisi perché non è più in grado di mediare il difficile rapporto tra limiti e diritti. È per dotarlo di nuove capacità che nasce la necessità urgente di riformarlo nei suoi vari aspetti giuridici contrattuali, organizzativi, deontologici, formativi, economici. Ma dotarlo di nuove capacità significa ri-valutarlo cioè ridefinirne il valore. Bisogna quindi andare oltre la fornitura di utilità.

Oggi nessuno si pone il problema della *rivalutazione del lavoro*, compreso i sindacati:

- per l'istituzione si tratta di "*standardizzare il lavoro prestazionale come esso è*" cioè di quantificare in uno standard una certa utilità prestazionale e quindi un certo costo;
- per i sindacati rispetto a tale utilità prestazionale si tratta di adeguare in qualche modo le retribuzioni cioè il loro costo.

L'antinomia è evidente: l'istituzione vuole ridurre e contenere un costo i sindacati vogliono accrescerlo. Ma nessuno si pone il problema di rivalutare il lavoro pur sapendo che probabilmente è sul terreno della rivalutazione che si trova la mediazione tra costi e retribuzione andando oltre il famoso discorso del "costo zero".

Dice l'istituzione:

Questo non significa che devono saltare i conti per assumere più personale, ma che questo processo va accompagnato a misure efficaci di riorganizzazione. Soprattutto possiamo finalmente iniziare a confrontare non solo il numero di persone che lavorano nei vari settori, ma anche i livelli retributivi.

Il senso di questo orientamento è inequivocabile:

- in ragione della sostenibilità economica si determineranno gli standard di personale e le retribuzioni correlate;
- in funzione di tali standard si riorganizzeranno i servizi.

È da logiche come queste che nasce la de-capitalizzazione del lavoro.

Cosa vuol dire *de-capitalizzazione*? Sostanzialmente che il lavoro come fattore produttivo è considerato semplicemente un costo da contenere quanto più è possibile in tutti i modi possibili per fini di sostenibilità. Quindi data una prestazione sanitaria qualsiasi (diagnostica, terapeutica, chirurgica ecc.), il suo costo professionale quindi operativo deve essere minimo o quanto meno non può crescere oltre uno standard.

In questa discutibile concezione del lavoro che mette al centro solo il costo delle

prestazioni la prima vittima è la *qualità* di ciò che si fa. Se il lavoro è standardizzato come costo il problema della qualità diventa secondario.

Quindi la quantità condiziona la qualità. È chiaro che un chirurgo in scienza e coscienza indipendentemente se è de-capitalizzato o no garantirà al meglio la qualità dei suoi interventi chirurgici, ma la qualità di un intervento va ben oltre l'intervento in quanto tale, cioè va ben oltre il chirurgo, dal momento che esso dipende dai *device* che il chirurgo impiega (i bisturi che non tagliano), dal tempo di degenza, dall'assistenza infermieristica, dai tempi della lista di attesa, dal tipo di organizzazione del lavoro ecc. In sostanza se si va oltre la prestazione tout court e si assume l'*atto della tutela* come un sistema di valori interconnessi, la quantità e la qualità del lavoro vale come implicazione stretta per cui tutte le restrizioni a cui il lavoro è sottoposto ricadono tutte sulla qualità della tutela stessa. Cioè sul malato.

I modi della decapitalizzazione

Quattro sono i modi attraverso i quali si attua la de-capitalizzazione:

1)

Costo zero, cioè il presupposto che il lavoro che c'è in ogni caso non deve crescere di costo, il che significa condannarlo da una parte all'invarianza e dall'altra alla svalutazione. Invarianza perché il lavoro come fattore produttivo non cambia con i cambiamenti sociali ma cambia in peggio solo con i limiti finanziari. Svalutazione perché una retribuzione invariante è una retribuzione che diminuisce rispetto al costo della vita, al tasso di inflazione, al potere di acquisto delle retribuzioni in quanto tali. Cosa vuol dire costo zero? Tutti pensano che voglia dire semplicemente non avere aumenti di retribuzione ma non è solo questo.

Oggi *costo zero* vuol dire che:

- il costo del lavoro è diventato praticamente incompatibile con la spesa pubblica;
- il lavoro per costare meno deve essere a sua volta de-finanziato;
- de-capitalizzazione e de-finanziamento sono la stessa cosa.

Se mettiamo in fila le ultime leggi di stabilità ci accorgiamo che ormai la sanità pubblica è programmata per essere progressivamente de-finanziata e che il principale terreno del de-finanziamento è la de-capitalizzazione del lavoro

2)

Riduzione costo del lavoro: oggi in sanità il valore di scambio della retribuzione non è più primariamente la salute che produciamo ma è il risparmio che si ottiene con la crescita dei disoccupati, con l'uso sistematico del precariato, con la svalutazione dei salari. Ormai la retribuzione in sanità non è più il prezzo equo di mercato del lavoro (*fair market value*)

ma è un costo da ridurre. Quindi bisogna distinguere il costo del lavoro riconducibile al mercato del lavoro dal lavoro quale costo riconducibile al livello delle retribuzioni. È difficile pensare nonostante le promesse di adeguamento salariale, che in regime di de-finanziamento programmato, con un lavoro che da valore diventa costo, si possano assumere operatori, rivalutare davvero le retribuzioni, assicurare delle carriere e migliorare le prassi.

3)

Sospensione della contrattazione: oggi la svalutazione del lavoro passa anche per la sospensione della contrattazione e della negoziazione viste ormai come delle occasioni nelle quali si aumenta la spesa pubblica. O comunque per una restrizione delle possibilità contrattuali. Il famoso problema della “mollichella”. Ormai al di là delle posizioni propagandistiche su nuove aperture alla contrattazione, è cambiata la base fondante del sindacalismo del '900, ovvero il rapporto capitale/lavoro (contrattazione privata), il rapporto spesa pubblica/lavoro (contrattazione pubblica). Siamo in un contesto nel quale il lavoro è svalutato come se fosse una moneta nell'impossibilità di svalutare la moneta, quindi non più per aumentare il profitto, come ci spiegava Marx, ma con la funzione della panacea: per fare sviluppo, per combattere la disoccupazione, per stare in Europa, per combattere il debito pubblico, per essere competitivi ecc. Sembra che per salvare il mondo l'unica strada sia svalutare il lavoro. Sul piano della contrattazione pubblica la svalutazione del lavoro è giocata soprattutto in chiave di contenimento e di risparmio della spesa pubblica.

4)

Destruzzurazione organici e professioni: oggi all'insegna del de-finanziamento a proposito di lavoro stanno emergendo misure molto pericolose:

- la prima riguarda le competenze: il costo del lavoro in sanità varia da professione a professione, quello del medico ha un costo più alto di quello degli infermieri, se alcune competenze del medico sono svolte dagli infermieri, il costo di quelle competenze è sub decrescente;
- la seconda riguarda la riduzione degli organici ospedalieri: si ridefinisce il tempo di assistenza giornaliero al letto del malato per tipo di specialità al minimo e quindi si aggiornano le dotazioni organiche al minimo del personale sanitario;
- la terza riguarda il mercato del lavoro, il precariato e il lavoro gratis cioè svolto volontariamente, stiamo assistendo ad un crescente processo di precarizzazione del lavoro in sanità.

5)

Mercato del lavoro: è difficile che si influisca sul mercato del lavoro sanitario solo riformando gli accessi all'università. È verosimile che anche con un altro sistema di accesso all'università il mercato del lavoro in sanità soffrirà comunque di un surplus

cronico di lavoratori dovuto soprattutto alle politiche di de-capitalizzazione. Se il lavoro per questo paese è un anti capitale è difficile non avere quello che una volta si chiamava *esercito di riserva*, perché è del tutto naturale reiterare il blocco del turn over, quindi restringere le possibilità occupazionali, ricorrere alla precarietà, alla massima flessibilità, concepire la contrattazione a costo zero o al minimo ecc.

Oggi siamo alla vigilia di importanti scadenze politiche come il referendum sulla riforma costituzionale e fra un po le elezioni politiche del 2018. Per il governo si pone un problema di consenso politico, perché la svalutazione del lavoro pubblico di certo non gli ha fatto guadagnare il favore dei lavoratori pubblici e in particolare di quelli della sanità. Il governo è quindi impegnato a cercare in Europa condizioni di maggiori flessibilità al debito pubblico per poter disporre di risorse con le quali defiscalizzare il lavoro nel settore privato e aggiornare i livelli retributivi in quello pubblico. Ma l'aggiornamento delle retribuzioni che i sindacati giustamente perseguono da anni non risolve il problema della svalutazione del lavoro attenua semplicemente le condizioni materiale della de-capitalizzazione. Per cui c'è da ritenere che aggiornare le retribuzioni senza ricapitalizzare il lavoro passata la tornata elettorale ci proporrà gli stessi problemi che abbiamo ora ma molto più accentuati. Se cresce il costo del lavoro cresce la spesa sanitaria e di nuovo si proporrà drammaticamente un problema di sostenibilità. Se la crescita del costo del lavoro si accompagnerà ad una rivalutazione del suo valore sociale ed economico allora sarà un altro paio di maniche.

Ricapitalizzare il lavoro

Purtroppo a fronte della necessità di rivalutare il lavoro per ricapitalizzarlo ancora oggi in sanità esso rappresenta uno dei fattori più invariati del sistema:

- tutte le riforme sono state fatte a prassi e a organizzazione delle prassi invariante;
- le diverse politiche adottate in nome della sostenibilità sono tutte fundamentalmente a prassi invariati;
- gli aggiornamenti retributivi (se ve ne saranno) a loro volta sono intesi a prassi invariati.

Invariante vuol dire che il contenuto, la modalità, della prassi, non cambiano con il variare del contesto, del contenitore, dell'organizzazione, della gestione o della norma. L'unica cosa che è cambiata in questi anni sono i parametri quantitativi del lavoro (precariato, organici ridotti, riduzione servizi, riduzione delle retribuzioni, posizioni giuridiche contrattuali, h 24 ecc.).

Oggi dobbiamo dire la verità il lavoro se è solo "costo" lo è certo per colpa della crisi, della legge di stabilità ecc., ma anche perché esso è un "concetto" che non è mai sostanzialmente cambiato diventando così sempre più regressivo nei confronti dei bisogni

di questa società, dei problemi economico-finanziari del paese.

La de-capitalizzazione è figlia tanto dei problemi di spesa pubblica quanto di un lavoro sostanzialmente invariante.

Per reagire a questo stato di cose l'unica strada che c'è, è:

- *ri-capitalizzare* il lavoro per rifinanziare la spesa pubblica con un altro genere di spesa sanitaria;
- *usare* il lavoro per cambiare la sanità cioè cambiare il lavoro per contribuire a rendere sostenibile la sanità.

Si tratta di usare in senso riformatore la circolarità dei rapporti che esistono tra spesa pubblica/sanità/lavoro per invertire le tendenze in atto. Se le condizioni attuali della spesa pubblica escludono la possibilità di significativi aumenti retributivi, cioè se a lavoro invariante corrisponde il costo zero allora ripensando il lavoro si può riaprire il discorso sul suo rifinanziamento.

L'idea politica è:

- *riformare* il lavoro per ricapitalizzarlo;
- *proporre* alla spesa pubblica un accordo in cui il lavoro si impegna a produrre sostenibilità cioè a riequilibrare i rapporti tra domanda e offerta;
- *ripensare* il lavoro per qualificare il fabbisogno.

Riformare il lavoro quindi significa:

- *rompere* prima di tutto la contrapposizione lavoro/spesa pubblica, producendo un'altra qualità/quantità di spesa sanitaria;
- *creare* le condizioni per retribuire almeno in parte il lavoro con i risultati di salute che esso produce, retribuendo le convenienze prodotte per la spesa pubblica ad essi correlati (riduzione delle diseconomie, lotta alle anti economie ecc.);
- *ridiscutere* l'intermediazione aziendale tra lavoro e cittadini; se il lavoro è un capitale si tratta di affermare un management diffuso.

Dopo anni di marginalismo siamo ancora lontani dal definire i modi attraverso i quali tentare una efficace allocazione e valorizzazione del lavoro come risorsa da ottimizzare.

La prassi invariante

Il lavoro quindi rispetto alle varie riforme sanitarie è rimasto sostanzialmente invariante. Intendiamoci bene, questo non significa che esso sia stato sindacalmente invariante. I sindacati quando hanno potuto hanno riparametrato in tutti i modi possibili giocando su inquadramenti, ruoli, carriere, retribuzioni ecc. ma tutto quello che hanno fatto è stato a

pragmatica invariante. Cioè i contratti e le convenzioni quando hanno potuto hanno amministrato al meglio il lavoro dato ma senza cambiarlo nelle sue prassi se non in modo marginale con la storia della responsabilità nell'uso ottimale delle risorse, dell'appropriatezza, ecc.

Cosa non è mai cambiato? Quello che non è mai cambiato sono sostanzialmente cinque cose:

- lo status di chi lavora cioè la sua “condizione” giuridica” di “dipendente”;
- la natura dello scambio tra lavoro e retribuzione cioè i criteri e i valori sulla base dei quali viene retribuito il lavoro svolto;
- le modalità delle prassi cioè i modi di lavorare, lo stile operativo, cioè il lavoro pratico svolto nei servizi;
- le organizzazioni basate sulla divisione dei compiti, delle mansioni, delle competenze;
- il criterio base che definisce il lavoro vale a dire il compito da eseguire.

La sanità cambia continuamente ma la condizione di chi lavora resta sempre quella del dipendente che scambia salario contro compiti e mansioni. Il dipendente significa quello che è sottointeso in questo termine: è colui che “di-pende” dalle norme che definiscono quello che deve fare in cambio di un salario. Per cui il dipendente sia esso a contratto o a convenzione è colui che è retribuito non sulla base di quello che effettivamente fa ma sulla base convenzionale di quello che dovrebbe fare secondo norma (compiti, quota capitaria, compenso ad orario ecc.) Il dipendente è per questo una figura decisamente burocratica.

La condizione burocratica del lavoro nel corso del tempo finisce per entrare soprattutto a causa dell'invarianza delle prassi e delle loro modalità, suo malgrado in rotta di collisione con i problemi e gli ostacoli che incontra la sanità. Finisce per accumulare gradi sempre più elevati di regressività cioè di inadeguatezza.

La concezione del dipendente a prassi invariate poco è adatta:

- ad esprimere l'azienda;
- ad affrontare la complessità crescente della sanità;
- a fare sostenibilità;
- ad interpretare le nuove esigenze sociali;
- a ridiscutersi nelle relazioni;
- a cimentarsi con i grandi problemi della spesa pubblica;
- a fare *spending review*;
- a dare effettivi risultati.

Per queste ragioni Il lavoro a causa della sua invarianza paradigmatica nel tempo è diventato la controparte di tutte le politiche di risanamento finanziario della sanità, degli obiettivi di sostenibilità, dei problemi di riqualificazione della spesa pubblica. Il lavoro oggi da valore è diventato un costo che bisogna contenere con ogni mezzo. Il lavoro oggi è

diventato la controparte del cambiamento ma purtroppo non è agente di cambiamento.

Un altro genere di lavoro

Nei problemi del lavoro quindi non vi è solo una spesa pubblica ostile ma anche tutti i problemi delle riforme mai fatte, le diseconomie e le anti economie, i costi della regressività cioè il lavoro che non è mai stato riformato.

Il conflitto vero quindi non è tra *lavoro* e *spesa pubblica* ma è tra *lavoro* e *invarianza, diseconomie, regressività ecc.*

Se vogliamo restituire al lavoro il valore che merita e tornare a negoziare oggi dobbiamo usare i contratti per cambiare la spesa pubblica e l'attuale sistema dei servizi. La storia dimostra che il problema della sostenibilità della sanità non si risolve a lavoro e a contratti invariati. Senza un altro genere di lavoro e senza un altro genere di contratti non si accrescono le utilità e men che mai si riducono i costi e l'unico modo per ridurre la spesa a sistema di servizi invariante è tagliare, azzerare de-capitalizzare.

Ad una *prospettiva* che svaluta il lavoro ad anti capitale è ragionevole contrapporre una *contro prospettiva* mettendo in campo una strategia di riforma del lavoro che restituisca al lavoro la sua funzione di capitale.

Come? Lo ripetiamo *usando il lavoro per cambiare le cose* perché se il lavoro non cambia la sanità non cambierà mai. Il motore dell'autobus, per riprendere la storiella dell'introduzione, è il lavoro e va "a lavoro".

Capitolo 13

La medicina “contro tempo”

I problemi dell’evidenza scientifica

La medicina contro tempo

La medicina come disciplina, ortodossia, canone, quindi come sistema di conoscenze e modo di conoscere, è la grande questione per antonomasia, la più ignorata e negletta ma anche la più cruciale e strategica, la più difficile, ma anche la più appassionante da un punto di vista riformatore.

In cosa consiste? Molto semplicemente la medicina per come è ancora oggi definita nel suo paradigma di base risulta in contrasto stridente con i tempi in cui viviamo, cioè “*contro-tempo*” o detto altrimenti di essere come modo di conoscere, un anacronismo.

La medicina come paradigma di conoscenza, continua a proporsi come se appartenesse ad un altro tempo e quindi avulsa dal proprio contesto temporale. Infatti oggi, in questa società, suoi modi di ragionare, di conoscere e di fare, quindi di valutare, giudicare, scegliere e decidere, se non appaiono superati appaiono quanto meno inadeguati, perché retaggio, appunto *anacronistico*, di un’epoca passata e più precisamente di quell’epoca che all’inizio della rivoluzione industriale, quindi dalla seconda metà dell’800 in poi, ha sviluppato una concezione scientifica di medicina in coerenza con i principi di quella grande rivoluzione culturale definita *positivismo*.

Oggi in una società apertamente post industriale le rivoluzioni che hanno cambiato il mondo da ogni punto di vista sono altre e i postulati di base del positivismo in particolare medico scientifico sono apertamente inadeguati o meglio in attesa di essere ridefiniti o quanto meno ricontestualizzati.

Oggi i termini che in qualche modo pongono il problema del ripensamento medicina sono tanti e diversi ma sostanzialmente sono due: *complessità* e *necessità*.

Questi due termini oggi nei contesti socio-economici attuali mettono in crisi il concetto base della conoscenza medica quello di “*evidenza scientifica*”. Oggi di fronte alla *complessità* e ai cambiamenti del concetto di *necessità* l’idea di evidenza scientifica classica del positivismo elaborata negli ultimi decenni sotto forma di evidenza statistico-epidemiologica (medicina basata sull’evidenza) entra in crisi.

Oggi la complessità che si cela dietro ogni malattia e che il medico deve fronteggiare e governare è in realtà una *super complessità* perché implica problemi di ogni tipo: morali, scientifici, economici, giuridici, organizzativi, nei confronti dei quali l’apparato concettuale della medicina, cioè il suo positivismo “semplice” volto a ridurre la complessità, appare alla prova dell’esperienza decisamente inadeguato.

Oggi in particolare le grandi e profonde trasformazioni culturali antropologiche, normative, di questa società hanno letteralmente “rivoluzionato” la figura del malato rivoluzionando la sua idea di *necessità*, cioè i suoi bisogni rispetto alla cura delle malattie

e quindi al suo diritto individuale e collettivo alla salute.

Oggi le necessità di salute di questa società e dei suoi individui sono di gran lunga più complesse e “*esigenti*” di quelle rispetto alle quali la medicina scientifica si è definita in quanto tale. Ne consegue che la medicina di taglio positivista si trova suo malgrado con i suoi vecchi apparati concettuali tutti imperniati sull’idea di evidenza scientifica ad essere strutturalmente inadeguata.

Oggi per di più l’idea di necessità è de-finanziata, tagliata, ridimensionata proprio in nome della sostenibilità. Ciò che si de-finanzia alla fine è la domanda di salute quindi le necessità dei cittadini.

Tutto questo può apparire molto paradossale e bizzarro perché nel frattempo la medicina che noi nei suoi modi di conoscere e di fare, definiamo anacronistica, ha fatto progressi incredibili, scoperte senza precedenti, acquisendo nuove e impensate possibilità di cura, raggiungendo un potere di contrasto alla malattia senza precedenti.

Ciò si spiega semplicemente distinguendo la conoscenza tecnico-scientifica della medicina dal paradigma che se ne serve e che con una certa idea di evidenza scientifica è base della medicina stessa. Cioè distinguendo la tecnica dalla conoscenza che di essa si avvale.

Si può passare dal coltello di ossidiana, al bisturi manuale, a quello elettrico o a quello laser, quindi cambiando tecnica ma senza cambiare il modello culturale nel quale quella tecnica viene applicata.

Ed è quello che è avvenuto per la nostra medicina positivista: la tecnica è oltremodo cambiata ma a paradigma culturale sostanzialmente invariato. È da questo particolare conflitto tra la *tecnica* che cambia e la *cultura* che non varia che nasce il problema dell’*anacronismo*. Oggi disponiamo di farmaci potentissimi in grado di contrastare malattie importanti e letali ma dentro una concezione di cura culturalmente invariata. La stessa cosa può dirsi per quanto riguarda la diagnosi. I mezzi e le conoscenze quindi che la medicina impiega sono potenti ma i modi culturali attraverso i quali se ne serve sono anacronistici.

L’*invarianza culturale* della medicina, quindi l’anacronismo, può convivere benissimo con il massimo sviluppo scientifico della tecnica ma i prezzi che si pagano sono piuttosto salati e non solo per il malato, ma anche per la credibilità della medicina, per i suoi costi, per la sua organizzazione.

Oggi l’*anacronismo culturale* della medicina è diventato:

- prima di ogni cosa un problema di inadeguatezza nei confronti delle nuove e vecchie necessità del malato;
- quindi un grosso problema economico perché ad esso vanno ricondotte tutte le diseconomie legate alla inappropriata delle cure;
- la base delle anti-economicità cioè la base dei costi che più avanti abbiamo definito causati dalla regressività del sistema.

La massima causa della regressività è il persistere di approcci semplificatori e riduzionisti a fronte della necessità di curare dentro le tante logiche della complessità. *La medicina è*

anacronistica perché in massima parte è ancora fortemente riduzionista cioè una medicina cioè che tende a ridurre la complessità del malato ancora oggi alla malattia. Quindi a scambiare e confondere *complessità* con *complicazione*.

Il paradosso vero è che sino ad ora, dopo tante riforme sanitarie, nessuno ha pensato di porre rimedio all'anacronismo della medicina, aggiornandola, ripensandola, ricontestualizzandola, cioè riformandola. Anzi il grande errore politico oltreché culturale è stato quello di riformare la sanità senza riformare la medicina.

Ciò è alla radice della stragrande maggioranza dei problemi anche di sostenibilità che abbiamo oggi sul tappeto.

Medicina tra complicazione e complessità

La parola “*complessità*” è una parola giovane, quasi un neologismo, mentre la parola “*complesso*” è molto antica. Essa nasce aggiungendo all’aggettivo “*complesso*” il suffisso “*ità*”. In questo modo ciò che è *complesso* viene *de-aggettivato* e trasformato in *sostantivo*. *Complessità*, quale sostantivo, compare nei vocabolari a partire dagli anni 50/60, nel momento in cui la biologia inizia il suo ripensamento epistemologico, e esploderà, quasi come una moda, negli anni 70/80. La famosa “*sfida della complessità*”. Perché si passa dall’aggettivo al sostantivo? Cioè da *complesso* a *complessità*? La biologia scopre che il vivente è naturalmente complesso ma che la sua organizzazione ha una natura così sistemica da configurarsi in quanto tale come oggetto di studio. L’aggettivo “*complesso*”, che ha sempre definito la qualità del biologico, per la prima volta, in quanto tale, diventa un oggetto di conoscenza, cioè una *realtà* da conoscere. Questa realtà da studiare si definisce *complessità*. Quindi cosa è la complessità? È una nuova *realtà ontologica*, cioè una *entità* con propri predicati, aggettivi, attributi e qualità. Da questo momento in poi la complessità in medicina sarebbe dovuta diventare, la condizione per conoscere la realtà della malattia del malato e del contesto. Oltre la malattia quale oggetto biologico di studio clinico c’è quindi la complessità della malattia quale oggetto di studio sovra-clinico. Oltre la malattia come fenomeno biologico in sé, c’è la realtà della malattia che comprende oltre la malattia naturalmente, tutto il resto tutto ciò che la riguarda e che spesso, a parte le singularità genetiche, non è strettamente biologico.

La malattia così in quanto complessità diventa la *co-emergenza* non solo di un fenomeno biologico ma soprattutto di una realtà sistemica fatta da tante cose biologiche e non biologiche. Per questo la malattia andrebbe ridefinita e ripensata attraverso e per mezzo di tale realtà sistemica, perché è tale realtà che la esprime la connota e la denota. È in ragione di ciò che per la medicina, già a partire dalla metà del secolo scorso sorge la necessità di un ripensamento profondo.

Il malato è “*complesso*” in quanto realtà molteplice e multi-dimensionale. Egli in quanto tale è una *unità molteplice* costituita da tante cose: un *essere*, una *persona*, una *genomica*, un *fenomeno*, un *contesto*. Conoscere e curare il malato attraverso la sua complessità significa:

- avere una *sensibilità ontologica* nei confronti dell'essere;
- confrontarsi con le *opinioni della persona*;
- conoscere biologicamente la malattia come *fenomeno* unico e singolare;
- tenere conto di un *contesto*, cioè dei servizi in cui si opera, dei problemi di spesa, dei diritti, dei rapporti con altre professioni, ecc.;
- imparare a fare i conti con l'individualità e la singolarità.

Cioè conoscere la complessità significa aggiornare il modo di ragionare della medicina.

Altra cosa è la definizione di “*malato complesso*” fornita dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) cioè: “*una persona affetta da due o più malattie croniche, in cui ciascuna delle condizioni morbose presenti è in grado d'influenzare l'esito delle cure delle altre coesistenti, attraverso varie modalità: la limitazione della speranza di vita, l'aumentata morbilità intercorrente, le interazioni tra terapie farmacologiche, l'impossibilità del pieno impiego di cure adeguate per controindicazione ecc.*”. Questa definizione, a ben guardare, definisce la complicazione in quanto la sua logica si limita solo al fenomeno biologico, quindi alla malattia per lo più intesa in senso biologico e in modo standard cioè che non tiene conto della singolarità genetica del malato e ragiona come se a “*più malattia*” corrispondesse “*un grado maggiore di complessità*”. In realtà a “*più malattia*” corrisponde solo “*un grado maggiore di complicazione*”. In questa definizione cioè sono inclusi, per quanto accentuati, i condizionali della malattia, mentre restano esclusi quelli che riguardano l'essere, la persona, l'unicità biologica e la singolarità, il contesto.

Indubbiamente in un malato anziano, cronico, portatore di più malattie vi è, clinicamente parlando, un grado di *complicazione* in più. Ma questo vale anche per qualsiasi malato singolare cioè per qualsiasi individualità genetica e per qualsiasi personalizzazione. È l'accresciuta complicazione patologica che vanifica la pretesa dogmaticità dell'ebm e delle linee guida e che obbliga il clinico a tornare ad una epistemologia osservazionale, empirica, congetturale. Ma se la *complicazione* cioè il *caso complicato* mette fuori gioco la dogmaticità dell'ebm, figuriamoci la complessità cioè il *caso complesso*. Il che vuol dire che non solo per il “*malato complesso*” ma per ogni malato, l'ebm va usata con molta cautela, vale a dire con la minore dogmaticità possibile. L'ingenuità e la pretesa dell'ebm è stata, da una parte, ridurre la complessità ad una *teoria della rappresentazione statistica del malato* e, dall'altra, negare il problema della complicazione cioè il “*mondo reale*” dei malati.

In effetti il malato complesso è qualcosa che *co-emerge* da una ordinaria complessità ontologica del malato, più una maggiore complicazione clinica più le variabili di contesto a partire da quello della spesa e dei costi della cura. Ma il grado di complicazione clinica non è sufficiente a definire la complessità di un malato. Essa resta una parte dell'intero ma non è l'intero.

La clinica sa come conoscere il *malato complicato*, sa che di fronte alla sua singolarità deve in qualche modo de-proceduralizzare il suo giudizio, e sa che il modo migliore in certi casi è “navigare a vista” e decidere il cammino passo dopo passo mettendosi in gioco come clinica. Ma come fa un clinico a conoscere la complessità? Se ragionassimo con la logica giusta si tratterebbe di *interconnettere* tra loro tutte le variabili principali che la compongono. Cioè si tratta di *ri-comporre* il malato come “*sistema di parti*”, non di *de-comporlo* come “*insieme di parti*”. Il *sistema* non è mai solo un *insieme*, cioè solo la somma delle parti. Per interconnettere le tante parti di un malato la categoria chiave è *relazione cioè connessione*.

La relazione, da un punto di vista epistemologico, è una specie di ponte che collega mondi visti tradizionalmente in modo separato, quindi è una “e”, cioè una *coniunzione*.

I termini diversi di un malato uniti e riuniti dalla “e” ricostruiscono il suo *grado di complessità*. La congiunzione cioè la “e” che oggi la clinica deve saper coniugare riguarda fondamentalmente tre cose:

- *il mondo dell'evidenza scientifica*, quindi le verità biomediche della malattia;
- *il mondo dell'essere e della persona dentro un contesto non casuale*.
- *il mondo dell'organizzazione e dei costi della cura*.

La “*conoscenza clinica*” della malattia diventa, con una “e”:

- *conoscenza scientifica... e... altra conoscenza*;
- *conoscenza dell'organo e conoscenza del soggetto*;
- *conoscenza biologica e conoscenza relazionale*;
- *conoscenza organizzativa e economica ecc.*

La conoscenza medica così diventa un *reticolo di congiunzioni* cioè di conoscenze di natura diversa.

I problemi inediti dell'evidenza scientifica

C'è un grande equivoco da chiarire: la medicina da sempre cerca e si avvale giustamente di quelle che si definiscono *evidenze scientifiche*. La pretesa dell'ebm (*evidence base medicine*) cioè di un certo tipo di proceduralismo statistico, è quella di proporsi come una evidenza speciale, una super evidenza, più scientifica di tutte, e in quanto tale sostituire i tanti e diversi tipi di evidenze con le quali un medico ha a che fare. L'ebm altro non è se non l'espressione statistica dei principi cardine del positivismo in particolare quello *della verifica e della conoscenza procedurale*. Se in medicina di evidenze ve ne sono tante (osservazionali, empiriche, fattuali, contingenti, organiche, biochimiche ecc) per l'ebm le *evidenze scientifiche* sono solo quelle accertate attraverso delle procedure di descrizione,

misurazione, valutazione, controllabilità. L'abbaglio che hanno preso i teorici dell'ebm è stato di credere che le evidenze statistiche potessero vicariare quelle cliniche e quelle empiriche. Proprio la complessità del malato ha dimostrato ormai che questa vicarianza non può essere data. L'ebm facendo ricorso all'*induzione* generalizza certe astrazioni statistiche elaborate con metodologie meta-analitiche con tutti i pregi e i difetti delle astrazioni statistiche e delle generalizzazioni. Diversamente, l'*evidenza clinica* si avvale di tutto quanto è in grado di dimostrare una *verità plausibile* (esperienza, tecnologia, esperimenti, osservazione, constatazioni fattuali, conoscenze biochimiche, relazioni, situazioni, anamnesi, procedure diagnostiche, constatazioni empiriche) e si avvale di diverse logiche, inferenze, ragionamenti deduttivi, induttivi, pratico-deduttivi, abduuttivi, in grado di dimostrare con ragionevole scientificità qualcosa.

L'assimilazione dell'ebm alla evidenza scientifica è stata favorita:

- da un certo contesto nel quale per redimere soprattutto i problemi dei costi delle cure si cercava una verità in qualche modo apodittica che distinguesse con chiarezza le cose da fare da quelle da non fare;
- da una confusione terminologica: la nozione di "*evidenza*" (*clearness, truth, obviousness*) è stata confusa con la nozione di "*prova*" (*evidence, proof*). La *prova* sta all'*evidenza* come un *mezzo* sta a uno *scopo*, cioè come un *dato* sta alla *conoscenza*.

In ragione della complessità del malato la clinica di fronte all'ebm ha imparato ad essere prudente e a non considerare le sue verità come apodittiche ma soprattutto a distinguere il concetto di *prova* da quello di *evidenza*. Può darsi che di fronte a certe prove, soprattutto diagnostiche e di laboratorio, essa finisca per assumerle direttamente come evidenze. In questi casi vale la *regola transitiva*: se in una radiografia compaiono delle metastasi, allora le metastasi sono la prova di una *probabile* evidenza oncologica. Ma di fronte a eventi non chiari e ambivalenti, di fronte al malato complicato e singolare, la regola transitiva tra *prova* e *evidenza* non si può usare con certezza. In particolare, in certi casi non è possibile usare la regola transitiva tra prove statistiche e evidenze cliniche. La medicina interna soprattutto conosce molto bene questi problemi. Per un clinico le *prove*, comprese quelle utilissime della statistica epidemiologica, rappresentano semplicemente dei *dati interpretabili*, che a loro volta, lo obbligano a un *supplemento di indagine* per cercare, nella realtà, più soddisfacenti evidenze scientifiche. Oggi la questione dell'evidenza scientifica al confronto con la complessità del malato, merita di essere ri-puntualizzata. La natura razionale ed empirica della clinica ha sempre visto l'evidenza scientifica come "*una verità irresistibile*", cioè come indiscutibile *constatazione dei fatti*, ma oggi i fatti spesso tradiscono una oggettività relativa a tanti fattori, a partire dalle caratteristiche dell'osservatore clinico della singolarità del malato dei problemi organizzativi e di spesa. Inoltre l'innegabile base ipotetica dei ragionamenti medici oggi non può che guardare all'evidenza all'interno del problema della *conferma* e della *probabilità diagnostica*, quindi all'interno della *giustificazione epistemica*. In fin dei

conti nella complessità clinica non esiste una evidenza tout-court.

L'evidenza, nella maggior parte dei casi, serve a:

- determinare se e in quale misura un sintomo o altro, può valere come prova per un'ipotesi di malattia;
- per mettere a confronto informazioni biomediche diverse e valutare l'ipotesi diagnostica o terapeutica più probabile;
- per stabilire il livello in cui una certa informazione biomedica conferma una certa ipotesi, oppure se rispetto alle meta analisi vale la pena di prescrivere o di non prescrivere.

In sostanza, proprio in ragione della complessità, si dovrebbe revocare all'evidenza la possibilità di essere definita con criteri univoci e di configurarsi come una prova inoppugnabile. Ma nonostante le tante disconferme che l'ebm ha avuto in questi anni il criterio dell'evidenza ancora oggi tende a riproporsi come una verità dogmatica e in quanto tale indiscutibile quindi non interpretabile. Non è un caso se ancora oggi resta del tutto ignorata la problematica che lega l'evidenza come dato oggettivo interpretabile a chi interpreta cioè alle sue capacità di interprete. Le componenti oggettive dell'evidenza sono statisticamente innegabili ma quanto quelle doppiamente soggettive del medico e del malato. Tutto questo è completamente assente da quel dibattito definito "appropriatezza" e che affronteremo nella parte dedicata alla "medicina amministrata". Ancora oggi si fa fatica ad ammettere l'*interpretabilità delle evidenze* perché una tale ammissione implicherebbe un indebolimento del criterio di verità.

Ma anche l'interpretabilità dell'evidenza scientifica, causata da una crescita del grado di complessità del malato, implica un ripensamento della medicina cioè del suo modo classico, cioè positivista, di conoscere di giudicare e di fare.

Evidenza clinica verità e limiti

In ragione della complessità malattia/malato l'evidenza non può essere più un dato solo bostatistico ma deve fare i conti con altre variabili. Non solo. Con l'ingresso sulla scena della conoscenza complessa del malato l'evidenza non riguarda più solo il medico ma chiama in causa il malato e le sue opinioni. Sarebbe quindi più corretto parlare di *evidenza scientifica condivisa*, intendendola come qualcosa che tende a ridurre lo spazio esistente tra *ciò che crede il medico*, il suo sapere teorico e *ciò che crede il malato* e il suo sapere empirico e *ciò che crede l'organizzazione* quale contesto di spesa della cura.

Questa per la medicina positivista è una novità assoluta. Una complessità del tutto inedita.

L'*evidenza scientifica* rientra all'interno delle problematiche delle *garanzie del sapere*,

cioè dentro la necessità per il medico e per il malato di avere un qualche fondamento in cui credere.

Essa, naturalmente, non è priva di fallacie. Non è infrequente che un medico come abbiamo detto soprattutto di fronte a malati complessi creda di avere un'evidenza affidabile e tuttavia possa ingannarsi nel giudicare il tipo di evidenza. Per non parlare di tutti i problemi definiti di "*appropriatezza*" spesso, come vedremo nei paragrafi successivi, ciò che è appropriato secondo le linee guida è inadeguato al confronto con una qualche complessità del malato.

Esiste quindi soprattutto di fronte al problema della singolarità del malato, anche il problema della *possibile inaffidabilità della credenza di evidenza*.

Del resto la vera evidenza non avrebbe bisogno di essere dimostrata, essa è per definizione auto-dimostrativa. Se in clinica le evidenze vanno dimostrate e interpretate vuol dire che quali verità scientifiche non sono auto dimostrative.

I positivisti credono ciecamente nelle evidenze cioè nelle verità comprovate dai fatti, dai dati e dalle verifiche, e sono convinti che l'oggettività delle evidenze scientifiche in quanto oggettiva è garantita dalla metodologia. Ma oggi la metodologia, particolarmente in regime di complessità, non ha solo il compito di guidare l'indagine medica, ma anche quello di mediare i problemi di *cosa conoscere* con i problemi di *colui che conosce* e soprattutto *con quelli della persona da conoscere* e ancora con quelli delle *organizzazioni* in cui opera e dei limiti finanziari dei quali tenere conto.

La metodologia nata come una rigorosa rotaia su cui far camminare la conoscenza medica nonostante quello che pensano i positivisti tende oggi a essere una procedura di razionalità accertabile, controllabile, ripetibile che media i rapporti tra un soggetto che conosce e un soggetto da conoscere in un certo contesto organizzato. I bei tempi della metodologia come sicura verifica della verità sono finiti.

Le decisioni cliniche oggi si devono confrontare con generi di razionalità diversi da quella scientifica a quelle economiche morali giuridiche, a quelle ancora che hanno a che fare con il mondo delle opinioni, delle culture, delle convinzioni personali. La nuova sfida è *congiungere* il mondo della conoscenza scientifica... e... quello di tanti altri mondi.

La nuova sfida è semplicemente una "e" una "*congiunzione*" appunto: malattia... e... malato, malato... e... medico, malato e medico... e... tutto il resto.

Ma anche questo implica un non marginale ripensamento della medicina. Le nuove problematiche legate al rapporto tra metodo e complessità sono ancora estranee nel modello di formazione classico di un medico o di un infermiere.

Evidenza clinica e le verità del malato

L'evidenza scientifica per un clinico è *verità logica, regola* per decidere *cosa fare*, criterio da cui dipende il *come fare*. Ma, ripetiamo, tutto questo oggi per tante ragioni che non ripetiamo, deve confrontarsi con le opinioni del malato. Tenere conto delle opinioni del malato è più facile a dirsi che a farsi. Ma non perché, come dice noiosamente la letteratura, esiste il problema del *paternalismo* del medico e quindi quello dell'*empowerment* del paziente, ma semplicemente perché l'evidenza scientifica in quanto verità tende per sua natura ad auto *prescriversi*, cioè a imporsi al malato. Per questo come vedremo successivamente chi propugna che la scelta clinica debba essere condivisa con il malato (*Choosing wisely*) e nello stesso tempo sostiene che tutto deve basarsi su delle evidenze, non è privo di aporie.

Per molti medici non ha senso discutere con il malato di verità scientifiche, non perché siano irrispettosi, o paternalisti, o peggio "*scienziati*", ma solo perché sono convinti che in medicina le verità scientifiche non sono discutibili meno che mai con il malato che di scienza non sa niente. Il malato va persuaso alle evidenze scientifiche.

Ciò di cui il medico deve convincersi è che oggi è cambiato proprio l'atteggiamento della società nei confronti della razionalità scientifica e della scienza in generale, e quindi nei confronti persino delle evidenze scientifiche. In generale ciò che è *prescrittivo*, in questa società, è visto addirittura come una forma di "*disumanità*", anche se attuata, come nelle cure mediche, a fin di bene. Oggi la società è convinta che la medicina può produrre conseguenze indesiderabili. Da questa consapevolezza nasce la necessità per la clinica di misurarsi con l'opinione delle persone. Alla base dei tanti conflitti tra medicina e società (contenzioso legale) vi è una evidenza scientifica avvertita come "*disumana*", perché si occupa solo di corpi e non di persone, e a volte perfino irragionevole nei confronti di questa famosa "*complessità*" del malato. La critica principale che la post-modernità rivolge all'evidenza scientifica riguarda soprattutto la *questione dell'unilateralità della scelta*, cioè l'essere obbligati come malati a certe condotte senza alcuna alternativa. Del resto per la clinica la scelta obbligata deriva sempre dall'evidenza scientifica. Per il malato post-moderno, l'*esigente*, la scelta resta certamente una questione di razionalità ma diventa anche una questione di buon senso, di condivisione e di consensualità, di rispetto in una parola di "*ragionevolezza*".

Quindi oggi in questa società qualsiasi evidenza scientifica non solo deve fare i conti con la complessità, ma va condivisa *Evidenza scientifica... e... opinione del malato* questa è un'altra questione importante del nostro tempo. Come non è mai avvenuto sino ad ora oggi per il medico si tratta di tenere conto delle "*preferenze*" delle persone della loro singolarità della loro specificità e individualità. Ma nel momento in cui un medico deve tenere conto di tutto ciò, vale a dire di qualsiasi forma di complessità allora cambia il suo modo di conoscere o almeno si pone la questione inedita di ripensare il suo modo di conoscere e di fare il medico.

Si dice:

- “*teorico*” il clinico che si pone il problema della *correttezza razionale*;
- “*tecnico*” quello che si pone il problema dei *mezzi razionali* da impiegare;
- “*pratico*” quello che si pone il problema dei *fini concreti* di una persona malata.

Sino a questo momento l'evidenza scientifica è stata un problema di razionalità ma è tempo che essa diventi un problema di buon senso cioè anche di ragionevolezza. Oggi serve un medico pratico o meglio pragmatico in grado di coniugare la teoria, la tecnica con i risultati. ma per avere un medico del genere bisogna aggiornare una intera ortodossia.

Evidenza e relazione

Oggi l'evidenza scientifica per essere sufficientemente evidente deve quindi essere anche *convincente* quindi non avere aporie, contraddizioni, con la complessità con la quale ha a che fare. Essa non sarà mai così convincente se oltre a solide basi oggettive e a buone conoscenze, non ha *relazioni* con la complessità di una persona. La clinica nasce come un sapere *osservazionale irrelato*, cioè senza relazioni, concepito sulla base delle evidenze empiriche disponibili. È del tutto insensato pensare di avere delle relazioni con un'evidenza scientifica, con un organo, con una malattia, con un corpo malato. Per avere delle relazioni si deve per forza considerare l'evidenza scientifica della malattia come propria di una persona. Solo con delle persone si hanno delle relazioni. Tuttavia sostenere che la clinica non ha relazioni non è del tutto corretto, anche perché comunque un rapporto con il malato, con i suoi familiari inevitabilmente esiste. È più corretto dire che la clinica non ha relazioni tali da influenzare la sua razionalità e le sue evidenze scientifiche. Essa ha però delle *giustapposizioni* cioè un genere di rapporti che permette all'evidenza scientifica di non essere inquinata da qualcosa che non sia rigorosamente organico, fisico, sostanziale. *Giustapporre* significa “*porre a fianco*”, “*mettere accanto*”, “*accostare*” e indica un “*rapporto di semplice contiguità*”. Si tratta di *rapporti senza interdipendenze*, che quindi permettono all'evidenza scientifica di essere indipendente autonoma, auto giustificativa rispetto a tutto quello che non è considerato scientifico. La giustapposizione si basa sui *ruoli* e non sulle *relazioni*. Il ruolo del medico è giustapposto al ruolo del malato e viceversa. L'evidenza scientifica è giustapposta all'opinione personale. Si tratta della vecchia distinzione tra “*episteme*” e “*doxa*”, tra scienza e opinione, sulla quale anche la scienza medica si è basata.

La giustapposizione è la distanza/vicinanza tra due posizioni corrispondenti. Quindi l'ideale della giustapposizione clinica non è né *dialogico*, né *condividente*, né *partecipante*, ma è *razionale, impersonale, prescrittivo*. L'evidenza scientifica ha tutte queste caratteristiche. Essa è una dimostrazione di oggettività, di fattualità, di obiettività. Queste caratteristiche nella relazione con l'altro sono destinate a complessificarsi.

Evidenza clinica... e... relazione implicano un ripensamento delle giustapposizioni:

- giustapposizioni e relazioni sono *due modi diversi di conoscere* clinicamente la malattia e il malato;
- le relazioni sono soprattutto un problema di *conoscenza*, non di amabilità;
- giustapposizioni e relazioni sono *due modi diversi di intendere l'evidenza scientifica*: in un caso essa è una conoscenza autosufficiente, nell'altro essa è comunque una conoscenza interdipendente;
- giustapposizioni e relazioni danno luogo a organizzazioni della medicina, quindi a organizzazione delle discipline scientifiche e degli operatori molto diverse. La prima preferirà schemi tayloristici, quindi divisionali, la seconda schemi integrati quindi dipartimentali.

Oggi una clinica priva di relazioni è considerata socialmente inaccettabile ma ancora oggi la problematica epistemologica delle relazioni è fuori dai programmi di formazione degli operatori.

Capitolo 14

Medicina “contro tempo”

I problemi della necessità

I nuovi problemi della necessità

A parte la complessità che da sola giustificerebbe un ripensamento non marginale della medicina, vi è un'altra ragione che spinge nella stessa direzione e che riguarda il suo cardine principale, quello storico a sua volta vincolante imperativo e dogmatico, vale a dire la *cura secondo necessità*.

Curare secondo necessità è la regola base della medicina ippocratica. Anche quando la medicina ippocratica a partire dalla metà dell'800 diventa positivista questa regola viene confermata, cambia semplicemente il modo di soddisfare la necessità, cioè subentra un modo positivista di curare le malattie, ma il principio è del tutto confermato.

Il concetto di *necessità* oggi è molto cambiato rispetto a ieri. In pratica non è più un principio assoluto ma diventa relativo, in parte:

- perché è cambiato profondamente la figura classica di paziente cambiando il sistema dei suoi bisogni;
- perché i limiti economici nei quali la medicina è costretta ad operare spingono in ogni modo per ridurlo al fine di ridurre i costi.

Oggi *meno necessità* vuol dire *meno spesa*. La *necessità* oggi si trova nel mezzo di un conflitto, esasperato dal de-finanziamento, tra il cittadino e l'economia, cioè tra bisogni e risorse. Solo questo, quindi complessità e evidenza a parte, basterebbe, da solo a giustificare un processo di ripensamento della medicina. Ripensamento però che è molto lontano dalle facoltà di medicina. Le facoltà continuano ad insegnare una medicina sulla base di un concetto di necessità teorico, quindi deontologicamente e scientificamente corretto, ma molto lontano dalla realtà.

Ma vediamo meglio il problema.

Due sono i principali principi regolatori dell'agire di un medico:

- *ciò che è necessario al malato è vero perché non può essere altro* per cui il *necessario* per l'operatore è a un tempo una *verità scientifica*, un *obbligo morale* e un *condizionale pragmatico*;
- *ciò che è necessario è sempre orientato ad un fine di cura* quello che conta è la sua

soddisfazione che in quanto tale è prevalentemente una necessità etica.

Oggi, ma già da molti anni, tali principi, soprattutto per i medici, da sempre i titolari assoluti sulle necessità del malato (ma ora non più) non sono più così prescrittivi e questo per almeno cinque ragioni:

- la *necessità di cura* in questi ultimi decenni è stata reinterpreta in molti modi si pensi alla complessa questione dell'*appropriatezza*, della *razionalizzazione* delle cure, della *selettività* dell'accesso ecc.;
- il *fine della cura* perseguito da sempre dalle professioni sanitarie ha perso il suo carattere apodittico dovendo essere compatibile con i limiti finanziari e con tante altre cose compreso l'opinione del malato o meglio le trasformazioni socio-culturali che hanno interessato la figura tradizionale del paziente;
- il medico, in particolare, non è più il solo a giudicare sullo *stato di necessità* dal momento che da una parte i soggetti gestionali e tecnocratici ma anche altre professioni, e dall'altra numerosi soggetti sociali hanno cambiato l'interpretazione delle "*occorrenze*" cioè quello che deve essere, che va fatto o che obbligatoriamente accompagna un qualche concetto di cura;
- la tendenza da tempo è di *predefinire* le necessità in *procedure ante oculus* cioè standardizzare i bisogni di cura del malato per ragioni di affidabilità scientifica e per assicurarsi comportamenti professionali prevedibili e il meno costosi possibile;
- nella pratica medica corrente a volte il criterio della necessità è frainteso dalle logiche opportunistiche di tipo precauzionale che adottano gli operatori per cautelarsi dai rischi professionali nei quali possono incorrere (medicina difensiva, self interested, free rider ecc.).

I problemi che esistono nell'armonizzare la necessità del sistema con la necessità del malato ci dicono che ormai sta declinando quello che è nella storia della medicina è sempre stato alla base dell'agire professionale vale a dire il "*necessitarismo*".

Di che si tratta? Per il *necessitarismo* quello che si deve fare, non può non essere fatto, cioè va fatto per forza. Cioè la verità scientifica diventa obbligo morale. Scienza e morale sono la stessa cosa. Due verità indiscutibili. In ragione di questa doppia verità il possibile (quello che si può fare) coincide con il necessario (quello che si deve fare) e viceversa.

Il *necessitarismo* non ammette nessuna sorta di condizionamenti o di influenze al di fuori della verità scientifica e dell'obbligo morale, e colloca l'idea di *necessità* quasi come se fosse un'idea metafisica, cioè una idea oltre e al di sopra della realtà concreta, o meglio detto, della *contingenza* che esiste nella realtà concreta. Ancora oggi si dice comunemente:

- che la "*salute non ha prezzo*" quasi a dire che le *necessità di salute* devono essere soddisfatte prima di ogni altra cosa;
- che "*la salute viene prima di tutto*" stabilendo con ciò un ordine prioritario di tipo

morale.

Tutti questo a partire dall'art 32 della Costituzione è stato tradotto in diritto. Ma il diritto alla salute vuol dire rimarcare il valore metafisico della necessità, cioè di qualcosa che è al di là e al di sopra di ogni cosa. Il diritto alla salute è un dichiarare la necessità di salute come qualcosa di fondamentale e inalienabile appunto quasi metafisica. Diritto alla salute e necessità per il nostro ordinamento coincidono. Il diritto alla salute è del tutto coerente con il necessitarismo della medicina. Il diritto vale come qualcosa che non si può non fare, perché di diritto, esattamente come la necessità. Più si sottolinea la priorità della necessità di salute su qualsiasi altra forma di necessità e più si rafforza la tesi del diritto quale necessità, meno si considera la salute una priorità nel senso che è comunque condizionabile e più si indebolisce l'idea di diritto quale necessità.

Oggi il diritto quale necessità è visibilmente negato da tutte le forme di de-finanziamento, dalle politiche di riordino regionali, dai tentativi maldestri di contenere i consumi condizionando gli atti clinici, dalla svalutazione del lavoro professionale, ecc.

Per cui oggi in sanità non è facile affermare che il *possibile* coincide con il *necessario* per il semplice fatto che un ragionamento del genere ha senso se esiste una soluzione senza alternative. Oggi il necessario è in competizione con tante alternative e per giunta di genere diverso. Il farmaco generico ad esempio è in alternativa con il farmaco di marca, il ricovero in ospedale è in alternativa al trattamento diurno, la durata di un ricovero è in alternativa alla durata prevista dal DRG, gli esami diagnostici che un medico vorrebbe prescrivere sono in alternativa con quelli previsti dalle regole di appropriatezza, ecc. In tutti questi casi il necessitarismo, pur conservando il principio di necessità perde la sua imperatività. Cioè diventa relativo al modo di soddisfare una necessità. Le cose si complicano se le alternative sono condizionate da un altro genere di necessità, quelle gestionali e contabili delle aziende sanitarie. In questo caso spesso le necessità gestionali arrivano a negare quelle cliniche o quantomeno a condizionarne l'autonomia. Un esempio è il famoso decreto per l'appropriatezza, che tanto ha fatto discutere, nel quale è evidente che la necessità finanziaria del risparmio prende il sopravvento su quella clinica della cure.

Oggi il fenomeno nuovo legato alla necessità è quello della *vicarianza*, cioè quando:

- si sostituisce un concetto di necessità con un altro concetto di necessità;
- si sostituisce un genere di necessità con un altro genere di necessità;
- si sostituisce ciò che è necessario con ciò che è negato come necessità, cioè con il non necessario.

Il problema che si pone con la *vicarianza* è comprendere se essa rispetto ai reali bisogni di un malato, è un gioco a somma positiva o negativa. L'esperienza ad esempio dei piani di rientro ci dice che la vicarianza delle necessità finanziarie rispetto a quelle cliniche è un gioco rispetto ai bisogni dei malati interamente a somma negativa.

Quindi ci pare di poter dire che oggi assistiamo ad un passaggio piuttosto significativo

per ciò che riguarda la necessità delle cure e che è ben testimoniato dall'evoluzione del concetto di LEA (livelli essenziali di assistenza garantiti dallo Stato):

- da una *idea assoluta di necessità* cioè quella che stabilisce che qualcosa non può essere altrimenti;
- ad una *idea relativa di necessità* in cui la necessità è funzione di tante variabili da quelle personali del malato a quelle del de-finanziamento del sistema sanitario.

Ma se il necessitarismo ippocratico, per tante ragioni, declina come si può continuare a insegnare una medicina interamente basata su un necessitarismo metafisico? Il declino del necessitarismo mette in crisi la dogmaticità del concetto di evidenza scientifica, cioè in certi casi per ragioni finanziarie si separa la verità scientifica da quella morale, operazione molto comune ormai e che a sua volta diventa un fattore di crescita della complessità. Ma se è così come è possibile non ripensare la medicina?

Necessità tra ciò che si fa e ciò che si dovrebbe fare

Uno dei mutamenti più significativi del nostro tempo consiste nel fatto che tanto la *necessità* che la *possibilità* sono diventate qualcosa che si deve *negoziare* con il malato e per estensione con la società civile, ma anche con le aziende, con i problemi della spesa pubblica ecc.

Ma su cosa si basa la transazione e quindi questa specie di negoziato?

Per rispondere serve ribadire che la nozione di necessità dipende:

- dallo stato di necessità che pone la malattia;
- dal criterio in base al quale si dice che lo stato di necessità è un problema da risolvere.

Sulla base dello *stato di bisogno* in sanità è cresciuta nel tempo la distinzione tra *necessità reale*, che è necessità di esistenza, e *necessità ideale* che è necessità teorica, razionale, logica. Si rammenta che sino a non molto tempo fa i due tipi di necessità tendevano a sovrapporsi, cioè, ciò che si sarebbe dovuto fare e ciò che si sarebbe fatto nella realtà, in ragione dei mezzi disponibili, tendevano a coincidere. Se si guarda alla evoluzione dei livelli garantiti di tutele è chiaro che a fronte di un set di bisogni teorici di cura, cioè di cose delle quali i malati avrebbero bisogno, ciò che viene concesso sono i LEA (livelli essenziali di assistenza) che altro non sono se non necessità convenzionali. Quando i LEA sono ad esempio definiti con i criteri di appropriatezza cambia il profilo delle necessità, ciò che prima era considerato necessario diventa relativamente necessario, cioè necessario in rapporto a certi casi e non ad altri, o diventa relativamente non necessario rispetto a certi limiti di bilancio, quindi escluso dalle tutele pubbliche.

Sulla base del criterio in base al quale lo stato di bisogno è ammesso come problema dobbiamo dire che in sanità ormai da tempo si distinguono, soprattutto per ragioni

economiche le necessità in base:

- a dei criteri di evidenza scientifica;
- a criteri di uso ottimale delle risorse;
- a criteri di appropriatezza;
- a criteri di priorità e selettività delle cure (piani di rientro);
- alle effettive condizioni dei servizi (blocco del turn over, liste di attesa, ecc.).

Quindi la distinzione in medicina tra *necessità relative* e *assolute* oggi va ben oltre la clinica (diversi stati di bisogno, gradi di gravità, ecc) e evidenzia un fenomeno tipico del nostro tempo sollecitato in modo particolare dalla penuria di risorse e che riguarda il divario sempre più crescente tra quello che si “*fa*” e quello che si “*dovrebbe fare*” o si “*potrebbe fare*”, quindi tra le *necessità logiche* della medicina e le *necessità pratiche* del suo esercizio.

La *necessità logica* per un medico equivale ad una *necessità ideale* perché vale come coerenza razionale, come rispetto per l’ortodossia come principio di scienza e coscienza, come obbligo morale... quindi ribadiamo, come qualcosa che non si può non fare. Essa entra spesso in conflitto con quella pratica in senso generale, perché nella pratica l’ideale deve giustamente adattarsi rispetto soprattutto a quella gestionale di chi deve amministrare dei limiti ma anche a quella soggettiva dell’esigente. L’esempio più diffuso è la somministrazione di un farmaco che in teoria deve rispondere a delle necessità logiche tutte riferite alle caratteristiche del bisogno terapeutico, ma nella pratica deve rispondere a delle necessità gestionali, cioè curare ma al minor costo possibile.

A fondamento della necessità logica del medico in genere vi è il “*principio di non contraddizione*”: *assunte certe premesse cliniche per il medico sarà necessariamente logico fare tutto ciò che va fatto, cioè tutto ciò che non entra in contraddizione con le premesse.*

Nella pratica questo viene sostanzialmente rispettato ma mediando molto tra bisogni del malato e costi dei trattamenti... per cui nei fatti il medico esce dalla necessità logica ammettendo delle contraddizioni controllabili o sopportabili. Per esempio per restare all’esempio della somministrazione del farmaco il ricorso a un farmaco meno costoso spesso sacrifica una buona *compliance* terapeutica, ma un trattamento con una bassa *compliance* terapeutica non è più un trattamento logico o ideale ma è un trattamento che media le necessità con le possibilità al fine di contenere i costi.

In sostanza oggi un medico è come in mezzo a due fuochi incrociati cioè egli si trova a fare i conti sulla necessità tanto con l’economia che con l’etica. Ripensare la medicina serve anche a togliere il medico da questa difficile posizione professionale.

Necessità clinica quale impensabilità

Abbiamo definito *necessità logica* quella che in genere è definita dall’ortodossia medica, dalla metodologia clinica, dalla trattatistica, per dire semplicemente che per un medico il

necessario è ciò che bisognerebbe fare per cui è:

- impensabile che non lo si faccia;
- impensabile che sia contraddittorio con le necessità rilevate;
- impensabile che venga fatta una cosa diversa dalle necessità.

Il ragionamento per il medico è semplice:

- non essendo pensabili altre premesse dalle necessità nulla di diversamente necessario si potrebbe concepire;
- la necessità logica per il medico si basa essenzialmente sul contenuto della necessità, cioè sull'essenza della necessità, sul genere di necessità.

Ma vi è un altro modo di intendere la necessità logica della clinica anche in considerazione del fatto che la clinica è fondamentalmente un procedimento logico diagnostico e terapeutico, ed è quello che si debba ammettere come necessario qualcosa di *coerente* alla diagnosi e al trattamento della necessità. In questo caso il fondamento della necessità non è più il contenuto del bisogno da assumere come vincolo di ciò che è pensabile fare ma è un *principio metodologico* secondo il quale si deve stabilire rispetto ad un bisogno, cosa sia necessario fare o non fare in ragione di altre considerazioni che prescindono dal contenuto del bisogno stesso come sono quelle che riguardano ad esempio i limiti economici. Il problema nuovo sorge quando il principio della coerenza si estende ai problemi extra clinici come sono quelli sociali dell'esigente e quelli di bilancio delle aziende.

In questo caso il malato da una parte e il limite economico dall'altra arrivano a condizionare il *principio metodologico della coerenza* per adattarlo non tanto al contenuto del bisogno tout court ma alle condizioni di fattibilità e di plausibilità del contesto nel quale quel bisogno deve essere soddisfatto.

In questo ambito di questioni rientra una problematica che comincia a creare aporie piuttosto importanti e che è quella del *proceduralismo*, cioè la definizione di linee guida, dei protocolli diagnostici e terapeutici, l'uso e l'applicazione dell'ebm ecc. quale mediazione tra le necessità del malato e quelle dell'azienda.

La differenza tra necessità logica basata sui contenuti del bisogno e necessità logica basata su principi metodologici è importante:

- nel primo caso ai contenuti di necessità del malato corrispondono contenuti di possibilità;
- nel secondo caso si tratta di legare le possibilità della risposta al bisogno alle possibilità del sistema cioè alle possibilità consentite.

In questo secondo caso rientrano gli standard di necessità, gli indicatori, i volumi di servizio, i parametri di appropriatezza ecc.

Il problema nuovo che sorge e rispetto al quale tanto il medico che la medicina non sono adeguatamente aggiornati, è:

- collegare la necessità definita attraverso degli standard di necessità che delimitano le possibilità di un sistema a soddisfare una necessità in un certo modo (*necessitudo*);
- con la necessità di un malato definita sul contenuto del suo bisogno (*necessitas*).

Oggi in sostanza spesso *necessitudo* e *necessitas* non coincidono. L'esempio più eclatante è la questione dell'appropriatezza: non è detto che la *necessitudo* delle linee guida corrisponda con la *necessitas*, del malato.

Nei confronti di queste nuove problematiche la medicina accademica è ancora fortemente arretrata e chi ne paga il prezzo è il medico e gli operatori in genere, che si vedono come gettati nell'arena dei problemi sociali ed economici e naturalmente il malato le cui necessità sono sempre più in conflitto con quelle finanziarie del sistema.

I problemi del giudizio di necessità

In medicina e in sanità la nozione di *necessità del malato* è sempre stata organizzata in un *giudizio* che fino ad ora ha assunto significati diversi in funzione di due variabili:

- la *condizione di malattia* che esprime un bisogno reale di cura, di assistenza, e di salute dell'individuo;
- il *criterio guida* in base al quale la cura o la salute è giudicata necessaria.

Il primo criterio coincide in tutto e per tutto con la *necessità reale* del malato, quindi con i problemi della malattia, ed è stato sino ad ora soddisfatto principalmente dalla clinica.

Il secondo criterio, prima di essere clinico era primariamente *morale* fino ad acquisire la configurazione del diritto, degli imperativi deontologici, delle norme, delle organizzazioni sanitarie cioè dei condizionali che rendono moralmente possibile la cura.

La *necessità reale* del malato con il tempo si è espansa in modo extra clinico ammettendo nel suo dominio tradizionalmente biologico bisogni diversi del malato. Si rammenti il linguaggio corrente: *complessità*, *persona*, *centralità*, "*alleanza terapeutica*", "*prendersi cura*", "*relazione con il malato*", "*empowerment*". Sono espressioni che denotano certamente un profondo mutamento ontologico del soggetto malato ma anche un profondo mutamento delle sue necessità.

Il cambiamento del malato, lo ribadiamo ancora una volta, è una questione importante soprattutto per i sistemi sanitari perché implica un cambiamento di necessità quindi un cambiamento della domanda. È quando cambia la domanda che si pongono problemi di adeguatezza dell'offerta.

Quindi oggi rispetto al malato il concetto di *necessità* in medicina si è allargato nel senso che si è articolato in tante specie di necessità spesso tra loro in conflitto. Nello

stesso tempo si è ristretto per ragioni soprattutto finanziarie. La clinica così entra in conflitto con la gestione.

In questo conflitto, dal quale derivano la maggior parte dei problemi di autonomia delle professioni, la necessità strettamente clinica acquisisce sempre più un *carattere ipotetico* perdendo piano piano il suo carattere assoluto e vincolante. *La necessità è ipotetica* quando è funzione di tante variabili che vanno spesso al di là della malattia in senso stretto. Oggi ad esempio nessun tipo di necessità è ammessa al di fuori di criteri di appropriatezza. Al di fuori di questi criteri si scade nella presunta inutilità. Cioè nello spreco.

Cosa vuol dire nella situazione descritta, per un medico, giudicare la necessità di salute e di cura e soprattutto che tipologia di giudizio se ne può dedurre?

Per prima cosa chiariamo cosa vuol dire *giudicare*: giudicare per un medico vuol dire soprattutto mettere in campo un *atto cognitivo* attraverso il quale egli coordina il suo pensiero, le sue conoscenze e le sue esperienze con le varie forme di necessità espresse, quindi con i soggetti che esprimono tali necessità siano esse cliniche o personali o gestionali, e inevitabilmente con i contesti rispetto ai quali le necessità vengono affermate e condizionate.

Il *giudizio di necessità* in sostanza è:

- una *sintesi* con la quale il medico riassume la sua *appercezione del malato* in tutti i suoi aspetti nel tentativo di risolvere il problema dei valori di verità che si accompagnano ad una qualsiasi bisogno di cura o di assistenza;
- una *operazione* che tenta di unificare molte cose: le convinzioni di un medico, quelle del malato e quella dell'azienda e di tante altre cose;
- un *parere* su ciò che si ritiene vero e a quale condizione lo sia e che in qualche modo riduce la complessità di ciò che si crede o no necessario.

Ma ancora oggi questa capacità di percepire il complesso il medico non c'è l'ha per la semplice ragione che esso è formato prevalentemente a percepire solo la necessità clinica come assoluta. Ciò che gli viene insegnato è la clinica ma non i suoi rapporti con l'economia, con il nuovo malato, con la complessità in senso generale.

I giudizi di necessità in medicina si possono distinguere e classificare secondo:

- la *quantità della necessità* (l'urgenza ha più necessità di cura altre situazioni di malattia);
- il *grado di estensione o intensione del bisogno*: vi sono necessità *universali* che riguardano ad esempio la popolazione e il diritto alla salute, *particolari* che riguardano certe malattie, *singolari* che riguardano un caso particolare, *individuali* che riguardano genericamente le persone. Il giudizio in base alla estensione si articolerà in tanti giudizi diversi: epidemiologico, patologico, specialistico, clinico ecc.;
- la *relazione tra necessità e metodo*. Un esempio sono i codici adottati dal pronto soccorso (rosso, giallo, bianco ecc.) dove la necessità è definita in ragione di un

predicato di gravità e di urgenza, le liste di attesa, la programmazione delle cure, gli interventi chirurgici ecc; un altro esempio è la singolarità dove in genere il metodo non funziona obbligando il medico “a navigare a vista”;

- la *relazione in sé della necessità*, cioè secondo la *qualità prevalente* della necessità, un esempio sono i diversi tipi di giudizi clinici: *categorici*, questa malattia ha necessità di essere curata in un solo modo, *ipotetici* questa terapia è condizione per un certo trattamento; *disgiuntivi*, questa malattia o è x o è y quindi la necessità è o l’una o l’altra ecc.;

- la *modalità della relazione “se necessario”* in questo caso i giudizi possono essere diversi: *apodittici*, la necessità di cura per questa malattia deve essere antibiotica quindi questa malattia non può essere curata con altri farmaci; *assertori*, questo malato è un codice bianco quindi non può essere un codice rosso; *problematici*, questo malato può essere sia un caso che un altro caso per cui si potrebbe curare con questa o con quella terapia.

Oggi queste 4 categorie di giudizi sulla necessità devono fare i conti non solo con i limiti economici, ma anche con i contesti organizzati, con le opinioni del malato, con i problemi relativi alle responsabilità professionali (contenzioso legale) per cui il giudizio come atto cognitivo del medico non è più semplicemente un giudizio clinico. Rispetto a questo giudizio tutto sommato sulla complessità ancora oggi manca una preparazione del medico adeguata e la medicina come dottrina è ancora parecchio indietro.

Il giudizio condizionato del medico

Per la medicina l’atto di giudicare ciò che è necessario sino ad ora è stato interpretato sostanzialmente in due modi:

- il giudizio è l’atto attraverso il quale il medico riconosce e afferma che un certa necessità è stata colta (*simplex apprehensio*) e che quindi è in grado di attribuirlo ad una malattia e a un malato (*iudicium*);
- il giudizio è l’atto con cui il medico applica ad una presunta necessità la propria conoscenza per farne un oggetto di trattamento intellegibile.

Se si guarda al contenuto del *giudizio di necessità* il medico è semplicemente colui che agisce dopo che ha messo in rapporto le necessità del malato con le proprie conoscenze cliniche, (l’infermiere con i concetti di assistenza) ma anche dopo aver valutato le condizioni soprattutto economiche di fallibilità. Il suo giudizio prima di ogni cosa è:

- *razionale* nel senso che sono considerati e assunti secondo un canone di regole razionali definite dalla metodologia clinica e da quella del nursing;
- *pratico* nel senso che il giudizio serve a guidare l’azione clinica tenendo conto dei

contesti in cui opera;

- *etico e morale* quale tentativo di conciliare un ordine morale con dei limiti naturali e non solo.

La domanda da porre è la seguente: *in quale modo e in quale misura il giudizio clinico sulla necessità del malato nei contesti complessi conduce all'atto?*

Oggi colui che legge la necessità del malato non è più solo il medico vi sono altri operatori, vi sono gestori, vi è lo stesso malato. I limiti economici ad esempio sono i più implacabili detentori di verità, gli standard, le procedure, le linee guida, sono tutte cose che in qualche modo condizionano l'autonomia del giudizio e gli atti conseguenti.

Tanto il *giudizio* che l'*atto* quindi non sono regolati solo dal valore transitivo della necessità (se è necessario x allora devo fare y) ma sono regolati anche da altri valori transitivi (se i contesti sono x... allora devo fare y).

Se rammentiamo la distinzione aristotelica di atto "*ciò che è in potenza*", quindi non deliberato, e "*ciò che è agito*" quindi deliberato, l'atto del medico è il passaggio che produce il giudizio di necessità dall'*indeliberato* al *deliberato*, quindi è un mutamento. Questo vuol dire che tra l'*indeliberato* e il *deliberato* in mezzo c'è il *deliberante* che interpreta la necessità nei contesti in cui opera, il vero autore di quel mutamento che burocraticamente chiamiamo "*atto*".

Oggi il *deliberante* è come abbiamo visto spiazzato perché la sua evidenza scientifica è inadeguata a confrontarsi con gradi crescenti di complessità e perché la nozione di necessità è radicalmente cambiata, perché la sua attività è sempre più burocratizzata ecc.

Se consideriamo ora la nozione di "*operazione*" che vuol dire sostanzialmente attività svolta dagli operatori in una attualità, comprendiamo il disagio di chi deve deliberare ciò che a suo giudizio servirebbe ad un malato. Oggi il deliberante cioè il medico è sollecitato a svolgere delle operazioni in contesti complessi ma non è preparato alle operazioni che la complessità sollecita. Cioè oggi in pratica esistono pesanti contraddizioni tra chi opera e le operazioni che andrebbero fatte. Cioè tra il deliberante e ciò che dovrebbe essere deliberato. Siccome sino ad ora nessuno ha pensato di rimuovere tali contraddizioni con un ripensamento della medicina e quindi del medico, la tentazione pericolosa è quella di amministrarne gli atti, cioè di guidarlo a scapito della sua autonomia come se fosse un trenino teleguidato.

Insomma oggi la *necessità* è una questione ad alta complessità ma la medicina come dottrina continua a formare il medico prevalentemente ad una necessità clinica lineare. Se il malato abbisogna di x allora y. Tale linearità non esiste più.

Quindi per i medici ancora formati alla linearità e alla regola transitiva semplice questo profondo cambiamento culturale comporta non pochi problemi e tutti vanno a detrimento della sua autonomia di giudizio. Un problema non da poco perché riguarda un altro caposaldo importante della medicina ippocratica oltre quello della necessità: *la cura come autonomia di giudizio*. Un medico che non è autonomo nel giudicare la necessità di un malato rischia di diventare un impiegato che dispensa trattamenti.

Necessità e autonomia delle professioni a rischio

I problemi relativi alle necessità se non affrontati e risolti adeguatamente si scaricano fatalmente su due persone: il malato che non è curato adeguatamente e l'operatore che non è messo in condizione di curare adeguatamente il malato cioè non ha l'autonomia per farlo.

La questione dell'*autonomia professionale* è davvero una questione seria e piuttosto complicata.

In genere il significato implicito di “*necessità*” si oppone a *libertà*, nel senso che se qualcosa è necessario si deve *per forza* fare per cui gli atti professionali sono come necessitati e decisi dal bisogno del malato, non dal medico. In realtà per secoli la *necessità del malato* è coincisa esattamente con la *libertà professionale* del medico. Questo oggi per le cose già dette rischia di non essere più e la medicina non è preparata a reggere questo cambiamento.

È vero che gli atti professionali sono relativamente eteronomi (il medico ricava dal bisogno del malato la norma della propria azione), è vero che le scelte del medico sono “*relativamente*” necessitate e quindi “*relativamente*” determinate dai problemi dei malati, ma è altrettanto vero che comunque la nozione di necessità è sempre stata alla base dell'autonomia professionale. Perché?

La “*necessità*” è una “*modalità*” attraverso la quale e per mezzo della quale il medico afferma una *particolare relazione* tra di lui (l'operatore che opera) e il malato (il predicato della sua opera). Il dominio di questa relazione è il dominio dell'autonomia professionale.

Un medico nella pratica non è mai solo ciò che sa, i suoi titoli di studio, le sue competenze normate dalle leggi e dai contratti il suo profilo professionale (operatore formale), ma è anche i *propri modi di essere*, le sue esperienze, il suo contesto di lavoro, la sua collocazione nel servizio, i modi di retribuirlo, i limiti e le condizioni che l'azienda gli impone di rispettare... per cui il *suo modo di essere* pragmaticamente finisce per dipendere da tante cose, al punto che il *suo modo di essere* diventa parte costitutiva del suo essere operatore ma soprattutto co-emerge continuamente da contesti, contingenze, cioè da fattori che esorbitano la nozione di necessità. Il modo di essere di un medico pagato ad ore non è uguale di quello di un medico pagato a quota capitaria e meno che mai è la stessa cosa di un medico pagato per compiti.

Sino ad ora i *modi di essere* del medico, o dell'infermiere, sono stati considerati come impliciti alle loro definizioni formali o normative cioè tautologici, quindi inutili da definire... ma oggi non è più così. Oggi ad esempio i medici stretti e assediati da mille problemi tentano disperatamente di difendersi cercando di definire ciò che non hanno

mai avuto bisogno di definire, cioè l'*atto medico*, perché ciò che era implicito, cioè l'autonomia sulle necessità del malato, non lo è più. L'autonomia del giudizio è stata in qualche modo ridimensionata. L'atto medico è un tentativo di difendere delle prerogative professionali nei confronti di ciò che è considerato necessario e che in quanto tale implica esclusività di giudizio, autonomia di giudizio, libertà decisionale. Ma lo stesso significato ha per gli infermieri la questione della loro autonomia professionale, soprattutto dopo la L.42 cioè il superamento del principio di ausiliarità che li poneva sotto la potestà scientifica dei medici.

Per un medico o per un infermiere avere la titolarità circa la necessità di un malato significa avere autonomia circa la sua predicazione. Oggi la "*questione professionale*" per tutte le più importanti professioni di cura e di assistenza sorge perché il loro grado di autonomia nei confronti della necessità è stato radicalmente ridimensionato.

Ma i conflitti tra professioni oggi non sono letti dal punto di vista delle necessità del malato ma prevalentemente dal punto di vista delle prerogative degli operatori. E la medicina quale dottrina continua a formare operatori come se nulla fosse accaduto e come se tra loro non esistessero conflitti. Questo è sbagliato.

De-finanziamento delle necessità

Insomma la nozione di necessità a parte i cambiamenti del malato oggi è ridimensionata soprattutto dalla variabile finanziaria.

Oggi le questioni che sono sotto i nostri occhi sono le seguenti:

- tutte le politiche adottate sino ad ora con uno scopo di de-finanziamento dalla di razionalizzazione, all'ottimizzazione e che rientrano negli approcci marginalisti del miglioramento e del risparmio hanno funzionato come ridefinizioni di necessità;
- tutte le politiche di compatibilizzazione si muovono all'insegna di una ridefinizione delle necessità nel senso che qualora questa non fosse compatibile in tale caso essa dovrebbe adattarsi ai limiti imposti;
- le tante *occorrenze* economiche, gestionali, cliniche, personali, etiche entrano tra loro in competizione perché diverso è il loro approccio alle necessità... ciò che è necessario per un clinico non è detto che sia necessario per un gestore;
- il proceduralismo a partire dall'ebm, per continuare con le linee guida, con i protocolli terapeutici sono pensati nella logica della pre-definizione degli *standard di necessità*;
- nel momento in cui la necessità non è più letta ad oculos prevale una forte diffidenza nei confronti di coloro che autonomamente dovrebbero leggere quella necessità (i LEA, livelli essenziali di assistenza che garantiscono ai cittadini ciò di cui avrebbero diritto, sono necessità organizzate in funzioni, i DRG sono necessità organizzati come tariffe, i protocolli terapeutici sono necessità farmaceutiche ecc.).

I conflitti tra professioni sono conflitti che riguardano il grado di autonomia della professione su ciò che è necessario. Il conflitto sulle competenze in realtà è un conflitto sul controllo delle necessità del malato al quale consegue quello sulle autonomie e sulle responsabilità.

Tutto questo a un tempo, quindi contestualmente, sinergicamente ma anche in modo quasi caotico e promiscuo, modifica l'idea di necessità quale principio regolatore della medicina prima e della sanità dopo. Ma la medicina è come paralizzata da queste novità problematiche e quindi manifestamente inadeguate.

Dopo i tagli lineari alla sanità degli ultimi anni, i piani di rientro imposti alle Regioni per obbligarle a rientrare dai disavanzi, e dopo la fissazione da parte del governo, di un piano di de-finanziamento programmato nel tempo (fino al 2020) ormai la tendenza che prevale è la crescita incontrollata delle diseguaglianze sociali di accesso al soddisfacimento delle necessità e rispetto all'eguaglianza di trattamento. Alla fine la necessità diventa suo malgrado il riferimento delle discriminazioni di reddito: chi ha reddito soddisfa le sue necessità con il ricorso al privato o ai fondi o alle mutue integrative, chi non ha reddito rispetto alle proprie necessità subisce gli effetti di una restrizione sempre più crescente dell'offerta pubblica.

Oggi è in atto un passaggio quasi epocale, nel senso che quello che sta avvenendo ha un carattere inedito perché per la prima volta cambia ontologicamente la figura dell'operatore, cioè chi è l'operatore. Il passaggio è dalla necessità che idealmente denota l'operatore e lo definisce nella sua autonomia cognitiva alla necessità che praticamente denota l'operatore e che ne condiziona l'autonomia.

In questo passaggio da *autonomia incondizionata* a *autonomia condizionata* si colloca la problematica della prassi, quindi i problemi che riguardano gli atti concreti degli operatori nei confronti delle necessità del malato e rispetto ai quali ribadiamo la medicina come dottrina e come formazione è ancora piuttosto in ritardo.

Sono gli atti concreti degli operatori che loro malgrado nel bel mezzo del conflitto ormai innegabile che si è creato tra diversi generi e diverse interpretazioni di necessità rappresentano un grosso problema dal momento che essi rischiano di negare persino delle norme deontologiche basilari. Oggi la prassi rischia di negare la deontologia un problema che in nessun modo la formazione in medicina può permettersi di ignorare.

Oggi la medicina non è ancora in condizione di insegnare ai futuri operatori a dedurre l'*autonomia di un giudizio* da una interpretazione di necessità per definizione complessa.

È del tutto evidente che in ballo vi è la questione di *quale operatore* serva per gestire l'autonomia di giudizio in una complessità. Oggi qualsiasi professione non è più deducibile come è stato sino ad ora semplicemente solo da ciò che il malato necessita.

Oggi qualsiasi operatore non può che essere deducibile dalle nuove complessità. Definire la professione per dedurre l'atto ieri voleva dire partire dalla necessità del malato oggi vuol dire partire dalla complessità nella quale la necessità del malato è collocata.

Ma questo ha conseguenze importanti non solo sul piano della formazione medica ma anche su quello più squisitamente sindacale e contrattuale: oggi gli atti professionali non possono più essere definiti solo e semplicemente per mansioni, profili, competenze. Se ieri l'operazione contrattuale era tradurre le necessità del malato in compiti professionali contrattualizzati, oggi non è più possibile perché nei compiti non rientrano le complessità reali con le quali l'operatore ha a che fare. Per cui il lavoro va ridefinito sulla base delle nuove complessità

Già ora, nella pratica succede che le definizioni contrattuali degli atti professionali non corrispondono mai perfettamente alle letture reali della necessità del malato nel senso che le norme non sono mai conformi perfettamente alla realtà. Ma oltre a ciò oggi le definizioni contrattuali degli atti professionali sono spiazzate dalle complessità in gioco.

Oggi gli atti degli operatori devono tenere conto anche di necessità diverse da quelle del malato e la tendenza di pre-confezionare i giudizi attraverso procedure e quanto altro cioè a condizionare l'autonomia delle professioni non risolve il problema ma al contrario rischia di esasperarlo.

Detto sinteticamente:

- l'attività professionale qualunque essa sia tende ad essere sempre più condizionata dalla complessità con la quale ha a che fare;
- il carattere intellettuale di una professione non è più solo il sapere disponibile cioè la quantità di conoscenze ma è nel *decidere* come *scegliere* ed *usare* le proprie conoscenze in rapporto a certi limiti per soddisfare delle necessità;
- come *decidere* e *scegliere* è inevitabilmente una questione di *autonomia del giudizio* sapendo che l'autonomia è sempre condizionata;
- il carattere intellettuale delle professioni dipende dal grado di autonomia del giudizio nei confronti di necessità complesse.

In sostanza i problemi che ruotano intorno alla questione necessità pongono con urgenza la necessità di un nuovo genere di operatore che sappia governare più generi di necessità da quelle relazionali, cliniche, gestionali, organizzative e finanziarie.

Oggi la medicina per come è insegnata ancora non è in grado di formare questo nuovo operatore perché i suoi apparati concettuali e la sua base dottrinale è come si diceva all'inizio del capitolo anacronistica cioè contro-tempo. Ma anche il sindacato, gli ordini e i collegi, non hanno meno problemi perché ancora oggi tanto i contratti che i codici deontologici continuano a pensare gli atti e le regole di comportamento per compiti dedotti da necessità semplici e non per complessità.

I problemi della necessità si ripercuotono inevitabilmente sugli atti professionali e quindi sulle prassi agite per la sua soddisfazione che a loro volta si ripercuotono sul

sistema organizzato di tutela e alla fine sul malato.

Se è così è ragionevole e plausibile ritenere che a un tempo tanto la medicina che il sindacato debbano preoccuparsi di ridefinire il rapporto tra necessità e prassi professionali e contratti. Se i problemi della necessità condizionano le prassi perché non ripensare le prassi per risolvere i problemi della necessità? Ma come è possibile ripensare le prassi senza ridefinire la medicina cioè la formazione professionale? E senza ridefinire i contratti e gli stati giuridici degli operatori?

Tutte le riforme fatte sino ad ora, hanno tentato di affrontare i problemi della necessità evitando di riformare sia la medicina che le prassi degli operatori. Esse si sono limitate a medicina invariante quindi a formazione invariante, ad imporre alle prassi professionali tradizionali semplicemente limiti e condizionamenti. Per cambiare le prassi bisogna cambiare la medicina e la formazione cioè aggiornarne i postulati dottrinali. Da qua non si scappa. Per formare gli operatori alla complessità serve da una parte riformare l'impianto positivista della medicina per le varie ragioni dette, e dall'altra ripensare le prassi cioè ripensare il rapporto tra operatore/operazione.

Sino ad ora il mondo della medicina (le conoscenze) e il mondo del sindacato (le prassi) sono stati visti come distinti e incomunicabili. Solo da qualche anno tanto il sindacato che l'ordinistica ha cominciato a porre problemi all'università di formazione e di aggiornamento, ma non per riformare il rapporto tra conoscenze e prassi ma per aggiustare gli accessi, i tempi della formazione, i titoli formatici ecc.

Oggi è urgente riformare il rapporto tra conoscenze e prassi quindi riformare gli operatori e il loro lavoro perché sono cambiate tre cose: la nozione di necessità, quella di complessità e inevitabilmente quella di evidenza. Tanto la medicina che il sindacato rischiano di essere contro-tempo. Tutto il resto cioè la parte ordinamentale della formazione universitaria pur importante è ormai diventata terribilmente secondaria o meglio essa deve seguire da una riforma più profonda del paradigma.

Capitolo 15

Medicina “contro tempo”

La medicina amministrata

Può essere appropriata una medicina inadeguata?

Complessità, necessità, evidenza quali *nozioni esplicative* sono i referenti finali quasi conclusivi di profonde e vaste trasformazioni sociali, scientifiche, morali, economiche, ontologiche. La comodità di queste tre semplici parole è quindi quella di sintetizzare le tante ragioni che ci dovrebbero indurre a ripensare la medicina. Per evitare analisi complicate basterebbe dire che la medicina si dovrebbe ripensare per problemi legati alla *complessità*, alla *necessità* e all'*evidenza*. Ma la medicina si dovrebbe ripensare anche per altro e in particolare per i problemi legati alle scelte di politica sanitaria che sono state fatte in questi anni. Come ha risposto la politica sanitaria ai problemi di cambiamento della medicina? Ha risposto e continua a rispondere in modo decisamente sbagliato, in realtà continua a non rispondere, con ciò rendendo ancor più complicati i problemi che dovremmo risolvere.

Oggi sono due i grandi problemi che sovrapponendosi fanno “*massa*” mettendo in serio pericolo l'essenza del valore morale del diritto alla salute quello sancito dal giuramento di Ippocrate in poi fino all'art 32 della Costituzione:

- 1) l'infrangersi della grande illusione di poter riformare la sanità quale *contenitore* indipendentemente dalla riforma della medicina quale *contenuto*;
- 2) i consumi di medicina, vale a dire i consumi diagnostici e terapeutici, assistenziali, quindi gli atti medici che quei consumi determinano, presi di mira per fini di risparmio.

In questo caso *invarianza delle prassi* e quindi dei contenuti e *de-finanziamento dei loro costi* sovrapponendosi rischiano di violare un tabù inviolabile quello di cui abbiamo parlato del *dovere morale del medico* di curare il malato secondo le sue necessità.

Per capire a fondo la portata etica ma non solo di questo rischio vale ricordare che sino ad ora il *dovere morale* del medico è stato sempre la prima garanzia di cura per qualsiasi malato.

Per quanto riguarda la medicina in questi decenni, soprattutto dopo il varo della riforma del '78, molte sono state le proposte di legge presentate per riformarla ma nessuna di esse è andata in porto. E poi il loro riesame rivela una incongruenza a dir poco significativa: le proposte di riforma presentate erano tutte di stampo ordinamentale ma del tutto avulse dai problemi di cui abbiamo parlato prima quelli legati alla *complessità*, alla *necessità* e all'*evidenza*. Questi problemi si riveleranno tali con il procedere soprattutto del *de-finanziamento* e quindi negli anni 70 non potevano essere presi in considerazione. In ogni caso il risultato è stato che a *invarianza di contenuto* anche il

contenitore sanitario è rimasto invariante. Cioè il processo riformatore contenitore/contenuto non ha avuto luogo limitandosi ai cambiamenti puramente ordinamentali e organizzativi dei contenitori.

Su tale questione ben pochi hanno fatto la battaglia per ripensare sul serio la medicina cioè per ripensare i contenuti, i modi, le pratiche relative all'uso della conoscenza. I più volenterosi si sono limitati a medicina paradigmaticamente invariante a volerne razionalizzare i comportamenti per accrescerne il grado di "umanità", o di "appropriatezza" o di "comunicazione" rivolto al malato.

Per quanto riguarda i *consumi di medicina* nelle loro forme soprattutto diagnostiche e terapeutiche va detto che amministrare la clinica in nome dell'appropriatezza (valore in sé indiscutibile), non è uno scherzo. Si corre il rischio che per essere appropriati ai costi si finisca per essere inadeguati nei confronti delle necessità e delle complessità dei malati. La medicina rischia la schizofrenia tra *appropriatezza* e *adeguatezza* quindi tra costi e efficacia.

Anche il lavoro di razionalizzazione della medicina per mezzo dell'appropriatezza non è a sua volta privo di contraddizioni. Essa a sua volta ripropone comunque la questione del ripensamento della medicina. Cosa significa oggi medicina appropriata? Solo quella che costa meno? O solo quella che evita l'inutilità? O quella che è adeguata quindi impossibile in massimo grado alla complessità di un malato in una certa società e alle esigenze della spesa pubblica? O quella che segue fedelmente le evidenze scientifiche disponibili?

L'appropriatezza da anni è un obbligo di legge (articolo 15 decies legge 229) che prevede nel caso fosse disattesa la punibilità del medico. Il ministero della salute come è noto ha definito per l'appropriatezza un decreto che ha suscitato l'indignazione dei più (ora le norme di questo decreto sono confluite nel provvedimento di ridefinizione dei LEA) ma tale decreto non ha fatto altro che riprendere la norma che rende l'appropriatezza obbligatoria. Questo decreto, quindi la misura relativa ai LEA, mira in sostanza a ridurre l'autonomia clinica del medico e per questo esso ha delicate ricadute sociali ma soprattutto delicate ricadute sullo statuto ontologico della medicina. La riduzione dell'autonomia clinica cambia il modo di curare le persone quindi ricade sul malato. Ma nello stesso tempo cambia il modo di intendere la medicina ippocratica. L'appropriatezza è l'esempio di una politica sanitaria che investe lo statuto ippocratico della medicina.

Tante e diverse sono le definizioni di appropriatezza ma essa grosso modo nella realtà per come si è affermata, ha lo stesso significato del concetto di *efficienza*, o di *uso ottimale* delle risorse, vale a dire quello del *rapporto costi/benefici*. Una prestazione è appropriata certo se risponde alle necessità reali del malto ma soprattutto quanto i suoi costi sono giustificati dai benefici. Questo significato però con il procedere del de-finanziamento si è appiattito molto sul valore della economicità vale a dire che per l'istituzione l'importante è ridurre i costi quanto ai benefici alla fine essi diventano secondari.

L'appropriatezza oggi è intesa soprattutto dal governo in senso

- *economicistico* perché punta a ridurre i costi dell'attività prescrittiva;
- *behaviorista* perché punta a modificare i comportamenti prescrittivi;
- *normativo* perché ridefinisce di fatto uno status professionale riducendo l'autonomia del medico;
- *penalizzante* per il malato perché di fatto riduce le tutele gratuite ma soprattutto perché il malato alla faccia della personalizzazione rischia di essere uno standard.

Di fatto con la scusa dell'appropriatezza si è cominciato da anni a ridurre i LEA garantiti alle persone. Per inappropriatezza molte prestazioni sono state escluse dall'area della gratuità.

Questa fraintesa idea di appropriatezza ha tante aporie ma non è né ingiustificata, né gratuita né implausibile:

- da una parte tante sono le diseconomie legate agli atti medici da combattere;
- la teoria proceduralista sulla quale essa poggia i suoi postulati, si poggia su una idea statistica di evidenza.

L'appropriatezza e l'evidenza sono i Pilastri teorici su cui si è fondata la politica di razionalizzazione della spesa e su cui ancora ora poggia gran parte della teorizzata *spending review*. Ma anche l'intera teoresi della qualità (Siquas Vrq) oggi diventata *slow medicine* (*fare di più non significa fare meglio*), i precetti sul "*non fare*" sui quali si basa *Choosing wisely* o e le proposte di Gimbe circa il *Value Based Pricing* (VBP) e quelle di "*allineare sanità e salute*".

Ma se l'appropriatezza è un obbligo essa rientra tra i doveri professionali e in quanto tale essa prima di ogni altra cosa è *questione deontologica*.

Ma "come" definirla? Cioè qual è l'appropriatezza che vogliono i medici? Ma la domanda vera è un'altra, quella più importante e più difficile alla quale i medici almeno sino ad ora non hanno risposto: *quale autonomia rispetto ad un dovere?*

La domanda, a parte il merito tecnico, ha un senso squisitamente politico e si riferisce alla questione del "*cambiamento della medicina*". L'appropriatezza è una questione complessa perché ha che fare con una certa medicina, una certa clinica, con l'economia, la società, ecc. Nel momento in cui essa viene ridotta inopinatamente a proceduralismo come tendono a fare tutti coloro che ci propongono di qualificare i consumi con le linee guida e le raccomandazioni, essa entra inevitabilmente in contraddizione con l'autonomia del clinico e quindi con la medicina ippocratica che su questa autonomia si fonda.

L'*autonomia clinica* è il presupposto principale della medicina ippocratica. Senza di essa non è possibile curare un malato per i suoi effettivi bisogni e le sue personali necessità.

La medicina che invece pensa di curare il malato riducendo o vincolando l'autonomia

clinica del medico diventa automaticamente una medicina post ippocratica. Cioè un altro genere di medicina che se conviene alle politiche di de-finanziamento non conviene in nessun modo alla società e ai malati perché sarebbe una medicina del tutto pre-standardizzata e spersonalizzata. Cioè una medicina super semplificata del tutto incurante dei problemi legati alla necessità alla complessità e all'evidenza.

Chiariamo bene le definizioni:

- per “*medicina ippocratica*” si intende una medicina che si basa sull'autonomia intellettuale etica e scientifica del medico (come da giuramento);
- per “*medicina amministrata*” si intende una medicina ispirata guidata e condizionata con degli atti legislativi o amministrativi o procedurali tesi a ridimensionare l'autonomia clinica;
- per “*medicina neo ippocratica*” si intende una medicina che conferma il valore della autonomia ma ripensando se stessa e quindi il medico.

Quale medicina? Quale medico?

Quali le contro proposte alle tendenze che vogliono affermare una medicina amministrata o post ippocratica? L'unica possibile è quella che svilupperemo nella seconda parte ed è di riformare da una parte l'*ippocratismo* e dall'altra il *positivismo* medico ma non di negarli quindi di tendere semmai ad una medicina neo ippocratica e post positivista mettendo a punto un nuovo genere di medico.

Detto in parole povere:

- *la soluzione ai problemi di appropriatezza e di autonomia professionale si trova non sul terreno di “cosa fare” ma su quello di “chi fa” e di “quale medicina fare”;*
- *si tratta da una parte di assumere “chi fa” come una garanzia di risultato e quindi dall'altra di ripensare la medicina e la formazione.*

Quindi la domanda giusta non dovrebbe essere “*quale appropriatezza*” ma “*quale medicina e quale medico*”?

Abbiamo già detto dei legami profondi relativi al rapporto tra conoscenza e prassi che legano le università, i sindacati e gli ordini.

Spieghiamo meglio tali legami. Sono tre i postulati che i razionalizzatori della medicina si ostinano a non capire:

- l'atto clinico è definibile prima di tutto a partire dall'agente;
- il modo di fare segue il modo di essere;
- il modo di essere dipende da quale medicina si pratica.

Perché la conoscenza e la prassi sono reciprocamente legate? Perché quello che fanno i

medici dipende da come sono i medici e da come diventano medici e dalla medicina che praticano. Se è così bisogna cambiare la medicina per cambiare le prassi del medico. Non regge l'idea di cambiare la prassi a medico invariante come propongono alcuni razionalizzatori degli atti clinici. Se la prassi in nome dell'appropriatezza cambia per decreto, allora cambia anche il medico ma secondo le logiche di quel decreto che non sono certo quelle della buona medicina o della medicina della complessità.

Il problema "appropriatezza" si risolve non mediando sulle procedure o vigilando sui comportamenti prescrittivi ma cambiando il rapporto medicina/medico (conoscenza/prassi), cioè proponendo un altro genere di agente e un altro genere di medicina. Ribadiamo, si tratta di spostare il tiro dal "cosa fare" al "chi fa". Se si resta sul terreno del "cosa fare" i medici perderanno l'ennesima battaglia, nel senso che la logica proceduralista vincerà per cui essi dovranno comunque accettare una autonomia limitata e una sempre più crescente burocratizzazione della loro professione.

Se il governo lamenta un problema di inappropriata che ha quantificato in termini di costo, allora le strade sono due:

- o a medicina invariante si definiscono delle regole che il medico deve seguire;
- o ripensiamo la medicina per avere un altro genere di medico in grado di risolvere il problema.

Al governo che de-finanzia interessa che il costo dell'inappropriata sia riassorbito. Quindi l'alternativa non è per niente banale:

- o procedure amministrative, (*appropriateness*);
- o un medico adeguato per rendere possibile la clinica con l'economia (*propriety*).

Esistono differenze "deontologiche" importanti tra i due concetti:

- in un caso l'autonomia è comunque amministrata e il problema è tecnico;
- nell'altro l'autonomia è addirittura accresciuta perché i suoi esiti sono misurati con degli indicatori ad hoc e il problema è deontologico.

Medicina amministrata

Ripetiamo: per medicina amministrata si intende una medicina relativamente autonoma di decidere i suoi atti clinici perché vincolata a seguire primariamente delle procedure standardizzate.

Le ragioni di fondo della *medicina amministrata* sono per lo più di tipo economicistico nel senso che le politiche sanitarie in essere tendono a vedere:

- l'autonomia di giudizio del medico come un costo da ridurre;
- come causa di diseconomie;
- come fonte di opportunismi professionali (medicina difensiva).

Essa quindi tende a revocare al medico la libertà di interpretare e leggere cosa sia necessario per la cura delle malattie e quindi la libertà di disporre cioè decidere tutto quanto sia necessario sul piano strumentale per il conseguimento dei suoi scopi diagnostici e terapeutici.

Le conseguenze della *medicina amministrata* sono diverse:

- trasforma la funzione della procedura che da semplice suggerimento e supporto alla scelta clinica diventa vincolante;
- sanziona i comportamenti professionali non giustificati dalla procedura per cui la professione medica diventa sempre più esecutiva;
- riduce la complessità del malato a standard convenzionali azzerando le diversità individuali.

La *medicina amministrata* inverte il presupposto di base della medicina ippocratica:

- non è più lo scopo terapeutico a giustificare i mezzi necessari per il suo raggiungimento;
- sono i mezzi disponibili a decidere effettivamente gli scopi perseguibili.

Il medico in questo modo perdendo il controllo dei mezzi che impiega di fatto perde il controllo sugli scopi della cura diventando di fatto una professione tecnico-esecutiva. Il *medico amministrato* non è più una professione intellettuale. Il medico amministrato non è la stessa cosa del medico burocratizzato. Il medico ippocratico e neo ippocratico restano professioni intellettuali.

Alla medicina amministrata si oppone la "*medicina della scelta*" definita quale indirizzo neo ippocratico e post positivista che abbiamo proposto esattamente 16 anni fa con un libro. (*La medicina della scelta*, Torino 2000).

Al "*medico amministrato*" per la medicina della scelta si oppone "*l'auto-re*", cioè un medico auto-nomo e re-sponsabile le cui prassi sono valutate sulla base dei *risultati* conseguiti.

Due le modalità:

- con la *medicina amministrata* il giudizio clinico è trasferito in varie forme e in vari modi dal medico a delle istituzioni scientifiche che definiscono in modo statistico cosa egli deve fare davanti a casi standard, con la conseguenza di ridurre la sua libertà di scelta al minimo riducendolo quindi ad una “*trivial machine*”;
- con la *medicina neo-ippocratica* la titolarità del giudizio resta al medico che viene ripensato a partire dalla sua formazione con l’obiettivo di farne un agente che garantisca atti pertinenti a 360 gradi.

Le grandi differenze:

- la “*medicina amministrata*” si basa comunque su una idea di medico a paradigma invariante ma i cui comportamenti sono razionalizzati o guidati dal proceduralismo;
- la “*medicina della scelta*” si basa sul concetto cioè sull’idea del ripensamento della medicina e del medico per renderlo adeguato alla complessità che deve affrontare, ai cambiamenti della necessità, e ai nuovi problemi legati all’evidenza.

Oggi i medici sono compromessi nella logica dell’appropriatezza fino al collo. Basta consultare il loro codice deontologico in particolare gli articoli 6,13, a proposito di “*prescrizione*” nei quali ci si riferisce acriticamente al concetto di appropriatezza per di più legandolo a quello di “*uso ottimale delle risorse*” risultando così *inquinata dall’economicismo e in qualche caso ad esso subordinato*.

Oggi i nodi vengono al pettine e l’istituzione è come se avesse preso in parola i dettati del codice deontologico. Cosa vuol dire “*uso ottimale delle risorse*” dal momento che si tratta di un principio cardine non della clinica ma della Consip, della *spending review*, delle politiche di razionalizzazione, dei piani di rientro e delle politiche di defianziamento?

Riassumiamo i problemi:

- il medico per proteggersi dal conflitto che si è aperto da anni tra medicina e società definito “contenzioso legale” è tentato per proteggersi dalle conseguenze dei suoi errori (eventi avversi) di consegnarsi mani e piedi alla logica proceduralista accettando di attenersi a dei criteri di appropriatezza definiti attraverso delle linee guida;
- il governo sta mettendo in campo una importante lotta agli sprechi a partire dal fatto che il medico è poco avveduto dal punto di vista finanziario e per questa ragione vuole amministrarne gli atti, le scelte i giudizi;
- le logiche dei costi standard, dei prezzi di riferimento, degli acquisti centralizzati, per risparmiare stanno togliendo al medico il controllo sui mezzi che impiega e sugli scopi terapeutici da raggiungere.

La prospettiva è tutt’altro che rosea. A questo punto conviene a tutti imboccare con

convinzione la strada del ripensamento tanto della medicina quanto del medico. Di nuovo si tratta di ripensare il legame stretto che esiste tra conoscenza e prassi.

Medicina amministrata e self interested

La medicina amministrata dai suoi propugnatori è giustificata con l'accusa rivolta ai medici di non comportarsi con senso di responsabilità nei confronti dei costi delle prestazioni. L'accusa a dir il vero è più pesante: vi sono medici che per una sacco di ragioni adottano inopinatamente comportamenti opportunisti quelli che rientrano nella definizione "*medicina difensiva*". Ma se ciò è plausibile la questione vera da affrontare quindi non è l'inappropriatezza, ma i *comportamenti scorretti* quindi un *certo tipo* di medico.

Alla questione dei comportamenti opportunisti l'economia ha dato un nome che è *self interested*, e con altri significati, *moral hazard*, cioè comportamenti scorretti dettati da una miscela fatta da egoismo cupidigia e opportunismo. Come funziona il *self interested*?

Per *self interested* certi medici, specie in sistemi non controllati e mal gestiti, diventano *free rider* cioè *agenti che abusano della loro funzione pubblica* per trarne dei benefici, provocando la crescita impropria dei costi delle prestazioni. Prima che gli *atti* del *free rider* è il *free rider* ad essere il vero problema cioè l'*agente*. Per cui ha poco senso disciplinare gli *atti* senza disciplinare gli *agenti* o almeno disciplinare gli *atti* ad *agente invariato* comporta fatalmente una riduzione delle facoltà dell'agente cioè una sua precisa limitazione.

Nel *self interested* rientrano un sacco di cose, come i parti cesarei impropri, forme diverse di comparaggio, il dirottamento dei malati nel privato o nell'intramoenia, gli interessi speculativi, le tante forme di medicina irragionevole, i ricoveri impropri, la medicina difensiva.

È tutto questo che costa tanti miliardi non le prescrizioni difformi. Paradossalmente nessuno combatte né il *self interested* né il *moral hazard* (forma di opportunismo post-contrattuale) ma tutti litigano su come contingentarne gli abusi prescrittivi a *free rider* sostanzialmente invariante. Da ciò la convinzione che la soluzione ai problemi sia nel imitare l'autonomia del medico cioè di controllarne *ex ante* gli atti prescrittivi non *ex post*.

La medicina neo ippocratica, con l'idea di un altro modo di conoscere e di un altro medico, al contrario punta a formare il medico per metterlo in condizione di usare in modo diverso la sua autonomia. Cioè combatte il *free rider*. Nel caso della medicina amministrata l'autonomia del medico è il problema nel caso della medicina neo

ippocratica l'autonomia è la soluzione.

L'esperienza dell'economia sul *self interested* ci dice che per qualificare i costi delle prestazioni non convengono le logiche repressive perché, soprattutto nel caso della medicina, sono controproducenti cioè vanno a scapito del malato e a scapito della medicina che si rovina la reputazione, ma soprattutto non è così efficiente come si crede.

L'economia per combattere il problema, di gran lunga preferisce ricorrere agli incentivi, ai controlli, creando contesti favorevoli scoraggiando il disimpegno, puntando sulla qualità delle relazioni. Nel caso in particolare dei medici tutti, dipendenti e convenzionati, il problema del *self interested* si risolve:

- ripensando le forme della retribuzione;
- valorizzando e misurando i risultati;
- incentivando i comportamenti responsabili;
- premiando soprattutto l'impegno con attribuzioni di denaro oltre le retribuzione dei compiti;
- formando l'agente ai comportamenti ragionevoli.

È del tutto evidente che i *comportamenti opportunisti* sono funzione di sistemi retributivi indifferenti ai risultati, ai risparmi, alla qualità dei costi di transazione, all'impegno del medico. Per cui per avere un taglio drastico dei comportamenti inappropriati basterebbe introdurre *parametri retributivi sensibili ai risultati*, al buon senso, alla responsabilità, insieme a *sistemi credibili di controllo* e incentivare la responsabilità professionale,

Un'ultima questione: la questione appropriatezza non riguarda solo il medico essa riguarda anche il cittadino che a sua volta ha diritti e doveri. Proprio per questo è necessario definire *un nuovo patto sociale* tra medici e cittadini.

Anche i cittadini devono essere responsabilizzati perché anche loro, a modo loro, sono determinanti di costi. Quindi un nuovo patto tra diritti e doveri.

Cerchiamo di riassumere:

- l'obiettivo della famosa appropriatezza è fare risparmio non qualificando i costi della cura a tutele invariati ma tagliando sulla loro erogazione a costi di cura sostanzialmente invariati (pochi milioni di risparmio di contro a diversi mld di medicina difensiva);
- la cura, da un punto di vista economico, è una *transazione* tra medico e cittadino che può avere costi più alti o più bassi a seconda dei comportamenti professionali e della qualità della relazione;
- per qualificare i costi di tali peculiari transazioni è necessario qualificare i comportamenti professionali quindi le relazioni tra medici e malati, cioè è indispensabile che prima di ogni altra cosa l'agente sia *propriety* cioè adeguato, se

l'agente non è *propriety* è difficile che i suoi atti clinici lo siano;
- i comportamenti clinici inadeguati non sono primariamente un problema di prestazioni inappropriate ma un problema di *comportamenti professionali opportunisti* cioè di agenti non propriety, che accrescono anche i costi di transazione delle cure.

I lineaguidari

Non vi è dubbio che la tentazione di amministrare gli atti clinici dei medici ha accresciuto il ruolo e la funzione delle linee guida, delle raccomandazioni dei precetti, quindi delle procedure e con esse il ruolo e l'importanza dei *lineaguidari*. L'espressione *lineaguidari* vuole essere affettuosa, quasi un sopra nome o un nomignolo a chi, anche con grande impegno si batte contro gli sprechi e le inutilità in sanità.

Ma chi sono i *lineaguidari*? Sono coloro che credono che per fare della buona medicina e per risparmiare soldi ci vogliono le linee guida, le raccomandazioni, e i precettori.

I più noti sono le società scientifiche, slow medicine già Siquas vrq, Gimbe (gruppo italiano medicina basata sull'evidenza) "allineare salute e sanità" ed altri. Ciascuno di loro, pur con delle nuance, sono tutti fondamentalmente dei razionalizzatori attraverso procedure quindi dei proceduralisti che credono fermamente nei tre valori cardini del positivismo: evidenza, metodo e verifica.

Slow Medicine ha condensato la sua strategia in una antinomia tra *quantità* e *qualità* ("fare di più non significa fare meglio" che riprende lo slogan degli inglesi "less is more") e che in tempi di medicina amministrata rischia l'equivoco economicistico: far credere che ciò che è "meno" è "meglio" mentre ciò che è meglio come abbiamo detto è sempre una evidenza adeguata tanto ad una necessità che ad una complessità.

Gimbe invece fonda le sue argomentazioni sul tema dell'autorevolezza scientifica, del rigore metodologico, del valore della trasparenza. Essa in evidente concorrenza con le società scientifiche, sostiene che coloro che non sono "autorevoli" scientificamente e poco trasparenti producono linee guida scadenti e inaffidabili. Come dare torto a questo assunto?

Il pensiero dei *lineaguidari*, dal punto di vista dell'analisi epistemologica è quello di una concezione *proceduralista rigorista* nella quale le *evidenze scientifiche* e il *metodo* hanno un valore dogmatico che però, come abbiamo già detto nel capitolo precedente, rispetto alla complessità clinica non va bene.

L'idea che i *lineaguidari* hanno della *regola* e del *metodo* non risolve anzi esaspera il vero problema che a proposito di "appropriatezza" viene regolarmente ignorato, che è quello di

trovare il modo di far coesistere:

- le “*verità di ragione*” del proceduralismo, quindi le famose evidenze scientifiche;
- le “*verità di fatto*” della clinica quindi le conoscenze accidentali, contingenti empiriche e singolari.

Le verità:

- delle linee guida sono *convenzionali ex ante* quindi decise non rispetto al caso clinico reale ma a tavolino e in modo statistico;
- della clinica sono *fattuali ad oculum* e spesso smentiscono tanto l’evidenza che la regola per non parlare del rigore metodologico.

L’unico in grado di mediare le *verità di ragione* e quelle *di fatto* è una *medicina adeguata* quindi un medico *adeguatamente* ripensato:

- in grado di usare la sua autonomia con responsabilità misurandola con i risultati che raggiunge (*autore/propriety*);
- di servirsi tanto delle verità convenzionali che di quelle empiriche agendo in contesti e contingenze, quindi che si sente a suo agio nella complessità;
- capace di fare la scelta giusta e conveniente rispetto alla quale ricorrere alle linee guida come ausili ma senza riconoscere ad esse un ruolo vincolante.

Tutto questo vuol dire che:

- le linee guida, o i precetti del “non fare”, debbono essere rispetto all’autonomia professionale uno strumento antidogmatico;
- si deve decidere se è il medico che dipende dalle linee guida o se sono le linee guida che dipendono dal medico.

Scientismo medico

Nell’atteggiamento dei *lineaguidari* vi è implicitamente:

- un atteggiamento fortemente scettico nei confronti delle attuali capacità cliniche del medico;
- una svalutazione del valore dell’autonomia anzi l’autonomia è vista come problema.

La conseguenza è assumere il medico:

- a priori come una professione da mettere sotto tutela con un metodo ed una regola eteronoma;
- rispetto al metodo come un mero esecutore di evidenze scientifiche quindi una *trivial machine*.

La caratteristica del pensiero di Gimbe rispetto agli altri *lineaguidari* è enfatizzare la questione di come fare le linee guida ancor prima di chi le fa perché il suo terreno elettivo è il *rigore metodologico* quello che si definisce come una forma di *scientismo* ovvero una medicina che in barba alla complessità viene ridotta a metodo e nulla più.

Ma scientismo quale *rigorismo metodologico* altro non è che una idea *autoritaria* di scienza alla quale sottomettere tanto il medico che il malato, la stessa idea che molti *lineaguidari* indicano blandamente con il termine “*autorevolezza*”:

- si parte con la gestione degli atti clinici, quindi del medico;
- si arriva alla gestione dei costi della cura, quindi del malato.

Per la logica quando Gimbe propone di passare da “*chi fa*” le linee guida a “*come*” le linee guida sono fatte, non fa null’altro che spostare l’attenzione da una fallacia ad un’altra, cioè dall’*argumentum ad homini* al così detto *argumentum ad verecundiam*:

- il primo fa dipendere la verità clinica (appropriatezza) da “*chi*” la dice (le società scientifiche ad esempio, o il grande luminare, o il premio Nobel, o il prestigioso istituto di ricerca);
- il secondo fa dipendere la verità clinica (l’appropriatezza) dal metodo usato.

Ma rispetto alla verità complessa della clinica entrambi, per la logica, sono verità fallaci, cioè entrambi davanti al “caso” complesso e ai problemi della necessità, hanno una significativa probabilità di implausibilità. Cioè la complessità in clinica è tale da smentire anche la verità del premio Nobel o del metodo più rigoroso.

Spesso il vero ragionamento che fanno soprattutto i *lineaguidari* in competizione con le società scientifiche è autopromozionale: si tenta di spostare l’attenzione dalle società scientifiche al metodo e alla trasparenza ma per proporsi attraverso il metodo e la trasparenza quale autorità scientifica:

- se chi rispetta il metodo è il *lineaguidaro* migliore;
- allora il *lineaguidaro* rigorista è il migliore.

Ma l’espressione “*il lineaguidaro rigorista è il migliore*” quindi le sue linee guida sono migliori delle altre, è a sua volta un *argumentum ad homini* quindi a sua volta fallace.

Secondo i *lineaguidari*, nessuno escluso, il clinico dovrebbe inchinarsi di fronte a delle linee guida che per come sono fatte soprattutto perché rigorosamente rispettose di un metodo propendono per esprimere comunque significativi gradi di implausibilità. Oltretutto indifferenti al rischio di ridurre i medici ad un parco di *trivial machine* e i malati ad uno stoccaggio di organi malati come i magazzini di Ikea a comparti numerati.

Il discorso sul *metodo*, è quindi un discorso complesso e per certi versi paradossale. Oggi dopo un dibattito epistemologico sulla scienza che è durato per tutto il 900 il discorso sul *metodo* è andato ben oltre la visione proceduralista del positivismo cara a tutti i *lineaguidari* e ben oltre il verificazionismo falsificazionista di Popper. Oggi certamente in medicina non avrebbe senso teorizzare la libertà del clinico dal metodo ma in ragione dei problemi che ha l'evidenza scientifica, che ha la necessità e che pone la complessità, la libertà clinica che ci serve è quella nel metodo. Ma per i positivisti quindi per i *lineaguidari* libertà e metodo non vanno molto d'accordo. Al metodo per loro bisogna solo obbedire.

Medicina ippocratica contro medicina amministrata

Oggi la medicina ippocratica mai riformata è in crisi e ci pone un dilemma:

- da una parte si ritiene che molti dei postulati che l'hanno definita come è ora sono cambiati per cui si avrebbe bisogno di fare una riforma. Orientamento "*neo-ippocratico*";
- dall'altra si ritiene che soprattutto a causa dei problemi economici alcuni di questi postulati sono "*insostenibili*" per cui andrebbero riformati. Orientamento "*post ippocratico*".

Il discrimine tra i due orientamenti passa ancora una volta per i due principi cardine della medicina ippocratica di cui abbiamo parlato:

- curare il malato secondo le sue necessità;
- libertà di cura per il medico.

Nessun malato si può curare secondo necessità se il medico non è libero di curare:

- per l'orientamento neo ippocratico le diseconomie sono innegabili ma per risolverle non c'è bisogno di sacrificare questi due principi a condizione di usarli meglio quindi investendo su un medico più bravo a scegliere nella complessità;
- per l'orientamento post ippocratico al contrario si tratta quanto meno di ridimensionarli, perché a medicina invariata ci si deve rassegnare a curare secondo i mezzi disponibili.

Nel primo il medico deve reimparare a fare il medico, nel secondo resta quello che è ma deve regolare le sue condotte sulla base di limiti predefiniti sotto forma di linee guida, precetti, vincoli. Cioè accettare di farsi amministrare.

Le varie teorie di medicina amministrata sono tutte ad *orientamento post ippocratico* perché tendono a condizionare in qualche modo sia la libertà clinica del medico che la cura secondo necessità. Ad esse non interessa riformare la medicina o ripensare la nozione di evidenza per avere un medico più bravo ma solo di regolarne i comportamenti per correggerne i costi.

Nasce così un nuovo conflitto:

- i *neo ippocratici* che per difendere i sacri principi vogliono riformare la medicina che c'è;
- i *post ippocratici* che privi di un pensiero riformatore rispetto alla medicina che c'è al contrario vogliono contro riformarla per amministrarla meglio.

Il *post ippocratismo* sotto forma di behaviorismo è pericoloso non solo perché distrugge dei valori ma anche perché non risolve niente:

non risolve la crisi paradigmatica della medicina anzi finisce per esasperarla nel senso di offrire a una società sempre più “esigente” una medicina meno costosa ma clinicamente spersonalizzata; quindi semplificata e a minime necessità

usa la scienza in modo semplicistico nel senso di vincolarla a delle evidenze statistiche che nella realtà possono essere falsificate dal caso clinico, dalla singolarità dei malati.

La strada da seguire resta quella del ripensamento della medicina a partire dai problemi dell'evidenza scientifica, della necessità e della complessità.

Choosing wisely

“*Sciegliendo in modo saggio*” questa è la traduzione grosso modo di *choosing wisely* (*choice* scelta, *wise* saggio, d'ora in avanti CW). Sembrerebbe la scoperta dell'acqua calda e in un certo senso lo è perché in fin dei conti sottolinea il valore del buon senso ma sta di fatto che il concetto di *saggezza* in medicina non compare nel giuramento di Ippocrate, né nel codice deontologico dei medici e meno che mai fa parte dell'apparato concettuale positivista che definisce la scienza medica. Cioè “*saggezza*” è un concetto epistemologicamente estraneo al nostro usuale apparato concettuale anche se nella pratica è più diffuso di quello che si crede.

All'università non si insegna ai futuri medici ad essere *saggi* ma ad essere *razionali* e i medici all'inizio razionali con l'esperienza, non tutti ma molti di loro, imparano ad essere saggi.

Vediamo le differenze:

- la *saggezza* è la capacità della ragione di valutare le situazioni complesse per decidere non il meglio ma pragmaticamente il più “conveniente” cioè il più adeguato alle circostanze;
- la *razionalità* è la capacità della scienza di demarcare prima di ogni cosa ciò che è razionale da ciò che non lo è, ciò che è vero da ciò che è falso, ciò che va fatto e ciò che non va fatto.

Quindi:

- la *saggezza* è un comportamento morale ed è una *virtù*;
- la *razionalità* è un comportamento tecnico-scientifico ed è una *competenza*;
- la *saggezza* è *metis*;
- la *razionalità* è il *logos*.

CW a molti è apparsa come la quadratura del cerchio cioè la possibilità di amministrare finalmente le scelte del medico con il consenso del malato dentro una relazione.

Non è una impresa impossibile ma a condizione:

- di rinunciare alla pretesa di amministrare le condotte professionali;
- investire su una nuova idea di medico;
- valorizzare la sua libertà di scelta mettendogli a disposizione ad esempio con l'*information technology* le migliori conoscenze disponibili;
- verificando le prassi con i risultati.

Ma soprattutto definendo i postulati per una riforma della medicina ippocratica perché per mettere insieme evidenze scientifiche relazioni e complessità non basta l'*attak* cioè l'adesivo universale.

CW non è una riforma della medicina ippocratica. La sua preoccupazione principale è convincere medici e malati a “*non fare*” certe cose e a rispettare per ragioni di sostenibilità delle evidenze scientifiche predefinite. Per cui anche i suoi discorsi sulla “*relazione*”, la scelta, appaiono rispetto al sottostante apparato concettuale, pieni di aporie e quindi alla fine poco convincenti e non molto diversi dai soliti discorsi dei *lineaguidari* e dei razionalizzatori. Per essere credibili a livello di relazione e di scelta, il medico dovrebbe ragionare non solo con le logiche dell'evidenze ma anche con quelle polivalenti del malato complesso, della necessità in un contesto e rispetto ad una contingenza e quindi avere un altro concetto di scienza che CW mostra di non avere. Sono logiche del tutto estranee alla sua razionalità positivista. Pur ammettendone il possesso il loro uso farebbe scattare immediatamente il paradosso:

- le evidenze per intervenire davvero sui consumi di medicina dovrebbero essere imperative;
- ma se fossero tali danneggerebbero il malato;

- per non danneggiarlo dovrebbero essere relative al malato;
- ma se fossero relative non sarebbero più evidenze ma opinioni.

È lo stesso paradosso di tutte le linee guida: per funzionare dovrebbero essere flessibili e interpretabili ma se fossero flessibili e interpretabili non sarebbero più linee guida ma qualcosa che assomiglia ai capitoli di un trattato di patologia medica.

Per cui CW sembrerebbe proporsi come una rivoluzione paradigmatica della medicina di straordinaria portata riformatrice nella quale accanto alla razionalità scientifica prenderebbe posto per la prima volta la ragione. (*Verstand* e *Vernunft* direbbe Kant).

Ma è così? Purtroppo non è così, del resto i ripensamenti paradigmatici della medicina non si fanno dalla mattina alla sera.

Per capire cosa sia in realtà la CW dobbiamo prima di ogni cosa esplorare il suo *significato di base* e poi confrontarlo e verificarlo con il suo *significato contestuale*.

Il *significato di base* si desume dall'uso dell'espressione rispetto al suo vasto dominio semantico. CW è usata nei significati più diversi negli ambiti del discorso più disparati: esso "*mediamente*" si rifà alla scelta giudiziosa, corretta, oculata, preferibile, auspicabile, appropriata. Rispetto a questi significati "*saggezza*" è chiaramente una amplificazione dell'idea di *ragionevolezza*.

Ma è il *significato contestuale* che taglia per così dire la testa al toro. CW è di fatto un importante accordo politico tra il governo americano e i medici finalizzato a ridurre il costo dell'offerta di medicina costo reso ancor più costoso da consumi eccessivi di mezzi diagnostici e terapeutici, quello che viene chiamato "*sovra-utilizzo*" che da noi banalmente si definisce "*spreco*". CW rientra quindi in quelle politiche nelle quali la moderazione dell'offerta modera la domanda quindi ha gli stessi effetti di un razionamento qualificato del consumo.

La novità vera di CW è "*come*" questo viene fatto: *CW prevede che siano i medici in piena autonomia a convincere i malati in modo consensuale circa le cose giuste da scegliere*. Da qui nasce l'enfasi sulla *relazione* che però di relazione ha ben poco riducendosi a una transazione negoziata tra una offerta e una domanda di cure i cui costi si vuole in qualche modo ridurre. Da ciò deriva un'altra enfasi quella sulla "*alleanza*" tra medici e malati una estensione certamente non priva di problemi, della famosa "*alleanza terapeutica*".

A questo punto c'è da chiedersi "*perché*" gli americani hanno preso questa strada? La risposta è che ciò sia dovuto al loro tradizionale senso pragmatico cioè alla necessità di raggiungere davvero l'obiettivo del contenimento del consumo di medicina, senza per questo compromettere la credibilità sociale della medicina e del medico.

Questo vuol dire che gli americani, prima di ogni cosa, stanno tendendo di evitare strade sbagliate e quindi sperimentare strade nuove.

Gli americani sono partiti da alcune constatazioni di fatto:

- le soluzioni contro il *sovra consumo* tese a disincentivarlo in modo indifferenziato con il co-payment, i tetti di spesa, le limitazioni alle prescrizioni, le note limitative non hanno funzionato perché è ampiamente dimostrato che non basta uno standard a cambiare lo stato delle cose. in genere gli standard nella pratica vengono violati;
- le soluzioni contro il *sovra consumo* tese a moderarlo con le linee guida, con l'elaborazione di criteri di appropriatezza, hanno creato un mucchio di difficoltà perché sono all'ordine del giorno le contraddizioni tra evidenze scientifiche e realtà del malato per cui in molti casi le linee guida si devono violare;
- da ultimo i risultati delle linee guida sono stati complessivamente deludenti nel senso che l'inappropriatezza quale *sovra consumo* è rimasta sostanzialmente stabile.

Davanti a tali dati di fatto è nata l'idea di intervenire sul *sovra-consumo* ma investendo questa volta sulla scelta *negoziata* tra medici e malati.

Resta da capire come avviene questo negoziato e su cosa si basa la proposta giudiziosa di consumo che i medici americani fanno ai loro malati.

Bisogna ricordare che il problema per i medici americani è triplice:

- mediare tra due rigidità quella dello standard e delle linea guida quindi trovare comunque soluzioni flessibili;
- salvaguardare la loro autonomia clinica;
- difendere i loro redditi.

La medicina dei precetti

In questo contesto *Choosing wisely* (CW) si propone come una sorta di *precettistica medica* da collocare tra la "*medicina amministrata*" e la "*medicina in scienza e coscienza*":

- la *precettistica* è una esposizione di principi con un significato normativo;
- il *precetto* è come un comando o divieto di compiere una data azione od omissione e che contiene la descrizione del fare o non fare;
- l'*atto di precetto* (nel diritto civile è un istituto processuale) in medicina è metaforicamente un'intimazione bonaria cioè non coercitiva volta a far adempiere al medico un obbligo risultante da una serie di raccomandazione predefinite.

Come funziona la "*medicina dei precetti*" degli americani? Semplice:

- ciascuna società scientifica elenca 5 prestazioni definite “*top five list*” ad alto rischio di inappropriata che vanno negoziate con i malati;
- il loro grado di appropriatezza o inappropriata è predefinito con i metodi classici dell’evidenza e della verifica.

Se si esaminano le *top five list* si noterà che i precetti hanno tutti una forma logica negativa del tipo “non fare”:

- non valutare...
- non eseguire...
- non raccomandare...
- non diagnosticare...
- non prescrivere...
- ecc...

Questo vuol dire due cose:

- che il precetto in realtà è un atto performativo finalizzato a far compiere al medico certe cose e non altre (*perform* vale come *eseguire*);
- che “*non*” è un particolare *connettivo vero funzionale* che in certi casi inverte il valore di verità della prestazione medica a cui si applica.

Questo significa che con “*non*” le *top five list* non si oppongono banalmente al loro contrario cioè alle operazioni che intendono proibire (valutare, eseguire, raccomandare, diagnosticare, prescrivere) ma semplicemente le negano: negare, infatti, una operazione A, equivale ad affermare la negazione di A. *Quindi non A*. Attraverso la negazione si impone al medico cosa non fare, il che equivale a negare cosa si potrebbe fare.

La negazione così come è stata organizzata nelle *top five list* sembra quindi quel certo tipo di argomento che può dar luogo ad antinomie e a paradossi, il più famoso di tutti è quello del mentitore. Le proposizioni neganti come sono i precetti delle CW in clinica potrebbero produrre le stesse contraddizioni che esistono tra verità di ragione e verità di fatto, tra evidenza e realtà, tra procedura e complessità ecc. Ma a parte questo i precetti che invitano a negare se non supportati da oculare misure di incentivazione potrebbero a loro volta auto-negarsi restando “*negazioni di principio*”.

Riassumendo: le *top five list* sono in realtà degli *atti di precetto* che espongono la CW per quanto negoziata consensualmente al rischio di negare proprio il valore della saggezza. È possibile che davanti alla complessità clinica e in mancanza di incentivi il medico sia indotto o a “eseguire” cose poco giudiziose capovolgendo il buon senso o ad ignorarli perché non gli conviene.

Non dimentichiamo mai la grande questione dell'asimmetria informativa che esiste tra medico e malato e che in America molti medici sono prescrittori e allo stesso tempo esecutori delle loro prescrizioni soprattutto diagnostiche. Se il medico diventa "*auto lineaguidaro*" come propone CW pur dentro una relazione, non vuol dire che il malato sia al riparo sia da quegli inconvenienti caratteristici del proceduralismo sia da quelli altrettanto caratteristici del tornaconto personale.

Riassumiamo:

- *Choosing wisely* è una sorta di *precettistica (top five list)* i cui *precetti*, sotto forma di negazioni ("*non fare*") sono la *sintesi a priori* di procedure, linee guida, raccomandazioni "*pre-scelte*" dalla comunità medica (società scientifiche) sulla base di verificate evidenze scientifiche.

- Abbiamo quindi a che fare con una *medicina basata sui precetti* del tutto identica come struttura valoriale alla *medicina basata sull'evidenza* a sua volta definita a partire dai soliti postulati del pensiero scientifico positivista: *verificazione, evidenza e procedura*.

- La medicina dei precetti quale particolare forma di medicina basata sull'evidenza traduce l'evidenza scientifica in prescrizioni cliniche con le *linee guida* fatte però con dei *precetti negativi* (non fare). Essa persegue scopi di appropriatezza e di fronte alla complessità del caso è *falsificabile* cioè può essere disconfermate dall'esperienza.

- Tanto la medicina dei precetti che quella basata sull'evidenza sono forme di *fondamentalismo scientifico*, nel senso che basano la scelta clinica su alcuni *fondamenti* ("based") quali appunto sono le "*evidenze*" trascurando scientemente altri gradi di complessità legati ad esempio alle singolarità individuali, alla situazione, alla contingenza, e quindi riducendo il campo della scelta a poche variabili biomediche.

Il paradosso dell'appropriatezza inadeguata

Tutte le forme di *fondamentalismo gnoseologico* in medicina per quanto tecnicamente necessarie sono per loro natura *falsificabili dall'esperienza* il che pone il problema morale della cura che, per essere scientifica, rigorosa, può essere rispetto al caso, *appropriata nel modo ma inadeguata nei risultati*. Quindi *inefficace*.

Questo è il paradosso del quale abbiamo già fatto accenno nei paragrafi precedenti, "*dell'appropriatezza inadeguata*".

Il problema morale che pone questo paradosso nasce da come scientificamente si concepisce la cura e riguarda il rischio di curare le persone negando il principio di eguaglianza cioè l'art. 32 della Costituzione, cioè di curare in modo tanto *appropriato* che *adeguato* solo le persone che hanno la fortuna di rientrare in uno standard.

Questa particolare violazione dell'art. 32 può essere definita "*diseguaglianza clinica per evidenza scientifica*" e pone la questione di come curare persone diverse garantendo loro almeno una accettabile equi-probabilità di risultato.

La medicina amministrata è immorale perché non cura tutti gli individui come tali ma solo i malati riducibili a standard. I rischi di *diseguaglianza clinica per evidenza scientifica* sono tutt'altro che teorici per quattro ragioni:

- ogni malato è un individuo singolare specifico individuale;
- la clinica per definizione è una collezione di casi individuali;
- i casi sono praticamente illimitati;
- tutti i casi è come se accadessero nelle loro *situazioni e contingenza*.

È significativo che tutte queste caratteristiche siano le principali nemiche dell'evidenza. In clinica l'assunto su cui si basano tutte le forme di medicina amministrata, "*tutti i corvi sono neri*" non vale per principio. Cioè in clinica lo standard, quindi le linee guida, i precetti sono in quanto tali *falsificabili*.

Il paradosso dell'*appropriatezza inadeguata* e quindi il rischio di *diseguaglianza clinica per evidenza scientifica* vale anche per la *Choosing wisely* ma la propaganda tende a nascondere o a non preoccuparsene enfatizzando la questione della "*scelta*" e della "*relazione*".

Siccome c'è la scelta e la scelta è in una relazione... nessun problema. Ma è così? Magari fosse così semplice.

La struttura razionale della scelta per CW non è diversa da quella classica del positivismo medico-scientifico:

- I precetti sono *pre-scelti* dalle società scientifiche, per cui rispetto ad essi la scelta clinica del medico è una "*seconda scelta*" di tipo subordinato *pre definita* e per giunta organizzata secondo il ben noto "*principio di non contraddizione*" quindi come una dicotomia *vero/falso* vale a dire come una opposizione "*A/non A*";
- se la scelta è tra "*A*" e "*non A*" e se il precetto prescrive in modo performante "*non A*" perché ritenuto non contraddittorio con le evidenze scientifiche, la scelta del medico "*saggio*" probabilmente sarà "*non A*". In questo modo essa coinciderà con quella *pre-*

scelta ante oculos rispetto al caso clinico.

Cioè la *saggezza* di cui tanto si parla si riduce al *conformismo dei precetti* cioè a mera razionalità come dire che *ex ante* ed *ex post* coincidono per evidenza quindi comunque indipendentemente dalla complessità del caso e dalla reale necessità del malato. Anche questa saggezza non saggia ma solo razionale è *falsificabile*.

In conclusione ritornando al problema di fondo di “*quale medicina*”:

- la pressione che il de-finanziamento sta facendo sulla medicina scientifica rischia di stravolgere i postulati portanti dell'ippocratismo il quale a dir il vero non può cavarsela solo invocandone il rispetto;
- questi postulati, l'autonomia clinica e la necessità del malato, oggi hanno bisogno di essere ridefiniti cioè di essere ricontestualizzati.

Se a ciò aggiungiamo i cambiamenti che hanno riformato ontologicamente la figura tradizionale del paziente, l'avvento condizionante delle pratiche cliniche del limite finanziario, il subentrare di un nuovo genere di complessità clinica, il cambiamento che ha riguardato l'idea di scienza ormai d'emancipata dalle sue rigidità positiviste, ed altro ancora, allora diventa inevitabile fare un discorso di ripensamento e di riforma della medicina.

La medicina non è una conoscenza che varia solo con il progresso scientifico è una conoscenza che varia anche con i cambiamenti sociali, con i contesti in cui opera, con le modalità che sono imposte dalle circostanze. Per cui è un errore pensare che la medicina sia un paradigma invariante che al massimo si può razionalizzare di tanto in tanto sulla base delle conoscenze scientifiche che subentrano.

A tutto questo bisogna aggiungere la grande contraddizione del riformismo sanitario italiano quello di aver riformato i *contenitori* cioè il sistema ma non i *contenuti* cioè le culture e le prassi.

L'invarianza culturale della medicina oggi costa cara e concorre a creare al sistema sanitario ragguardevoli problemi di sostenibilità ma costa cara anche agli operatori perché le loro pratiche per quanto appropriate tecnicamente diventano regressive restando culturalmente inadeguate nei confronti del contesto sociale e del contesto economico. Per non parlare dei malati che pagano un pesante prezzo in termini di qualità e di efficacia dei trattamenti.

Insomma sarebbe saggio e giusto oltreché riformare la sanità anche ripensare la medicina creando nuove e più avanzate condizioni di equilibrio tra questi due mondi.

PARTE SECONDA
LA QUARTA RIFORMA

Capitolo 1

Come si pensa una riforma?

Contro-prospettiva

Cominciamo con una favoletta.

1. C'era una volta, in sanità, una riforma che era stata fatta per pagare i debiti della mutue. Essa all'inizio pensava di poterci riuscire cambiando tanto la domanda di salute che l'offerta di servizi, cioè pensava di ridurre le spese ristabilendo gli equilibri perduti.
2. Ben presto ci si rese conto che cambiare la domanda e l'offerta non era così facile e poco si fece per cui le spese continuarono a crescere mentre le risorse continuarono a calare. Si decise allora di fare una riforma per correggere la prima, puntando tutto sulle aziende, cioè sperando di contenere la spesa attraverso una migliore gestione dei costi.
3. Ma anche questa riforma si rivelò insufficiente, i risultati, ma soprattutto i tanti problemi che sorsero, non compensarono né la crescita dei costi e meno che mai la restrizione delle risorse per non parlare degli abusi legati a sprechi inefficienze diseconomie che continuarono a crescere al loro volta indisturbati. Si decise quindi di fare una terza riforma per tentare di modificare quelle precedenti e razionalizzare il sistema sanitario, ma anche questa soluzione si rivelò inadeguata.
4. Non sapendo dove sbattere la testa si mise mano a un'altra riforma per correggere le prime tre, questa volta puntando tutto, sulle Regioni, convinti che responsabilizzarle direttamente sulla spesa sanitaria avrebbe indotto un cambiamento, ma le cose furono più complicate del previsto. Non ci volle molto a capire che le Regioni erano sprovviste e inesperte e in qualche caso persino inaffidabili.
5. Alla fine ci si convinse che la strada delle riforme non avrebbe portato a nulla di buono e che l'unica cosa che restava da fare in nome della sostenibilità era tenersi quello che c'era ma ridimensionarlo, tagliarlo, de-finanziarlo, quindi ci si decise a vendere un po' di gioielli di famiglia per raggranellare qualcosa, a dare sempre di meno, a speculare sul lavoro delle persone e di tirare a campare fin quando sarebbe stato possibile dopo non si sa.
6. Di fronte ad una sanità morente, in agonia a qualcuno venne in mente di proporre una "quarta riforma" convinto che a certe condizioni, i diritti fossero compostibili con le risorse disponibili. Si trattava di fare quello che le precedenti riforme non avevano fatto cioè di cambiare davvero e non di riordinare solo le cose che non cambiavano mai.

7. Ma per fare una *quarta riforma* era necessario prima di tutto avere chiara una contro prospettiva. Se la prospettiva della sanità è chiudere bottega la contro prospettiva è ciò che impedisce di chiudere bottega. La contro prospettiva è una strada alternativa a quella sulla quale ci siamo incamminati.

Assumere una *contro prospettiva* significa acquisire una mentalità riformatrice che prenda le distanze da quella marginalista, dell'aggiustamento, del semplice riordino o della semplice riorganizzazione o dalla banale manutenzione.

Riformare riordinare riorganizzare sono concetti molto diversi tra loro. Come sono diversi cambiare e migliorare.

Quindi la domanda è semplice: per pensare una contro prospettiva quale mentalità riformatrice ci serve?

Contro fattuali

Oltre a disporre di una "*contro-prospettiva*" per fare una riforma bisogna immaginare, inventare, dedurre dei *controfattuali* cioè qualcosa di alternativo ai fatti come si sono manifestati. Cosa è un controfattuale? È un'ipotesi che cerca di descrivere gli sviluppi della sanità che potrebbero verificarsi in condizioni alternative a quelle reali, o supposte reali, o alle letture che sono state date delle situazioni, o alle decisioni prese per risolvere certi problemi. Il controfattuale pone domande ipotetiche del tipo *cosa succederebbe se?*

Esempi:

- che cosa sarebbe successo se anziché fare le aziende avessimo riformato in un altro modo la gestione delle usl?
- che cosa succederebbe se anziché fare i tagli lineari riformassimo i modelli dei servizi?
- che cosa accadrebbe se anziché fare la medicina amministrata facessimo la riforma della medicina?

Un contro fattuale è possibile con una certa plausibilità se è chiaro il fatto che si vuole riformare ma un fatto è chiaro se è chiara la sua storia, la sua evoluzione, la sua dinamica.

La sanità ha una storia imbarazzante che i più hanno rimosso e la stragrande maggioranza dei suoi problemi attuali compreso quello della sostenibilità derivano da questa storia. La sanità nuda e cruda non è legata a un fatto ma a delle complessità legate a fatti che non è in nulla riducibile a questo o a quel problema. La sanità non è idealizzabile essa è spudoratamente quella che è e a volte persino inquietante per la sua inettitudine e le sue insufficienze e soprattutto per la sua ipocrisia. La sanità non è solo come pensano in tanti la vittima designata di politiche economiche avverse ma è anche l'artefice dei suoi mali, di certo rispetto ai governi che l'hanno martoriata non è innocente. La sanità ha commesso molti errori, ha accumulato tanti ritardi, ha fatto scelte sbagliate di cui nessuno parla...

ma che pesano come macigni sul nostro presente.

Ragione dell'effetto Butterfly ci sono state delle evoluzioni e/o involuzioni che entropicamente hanno traversato tanto lo spazio fisico della sanità che il suo tempo storico. Nell'effetto Butterfly come si sa, un ruolo decisivo è riconosciuto alle *condizioni iniziali* di un sistema.

Questo vuol dire che per la sanità le “*condizioni iniziali*” quelle ad esempio decise a monte delle sue riforme o decise con le riforme, sono alla base della spiegazioni di molti problemi attuali a partire da quello massimo della sostenibilità.

Ma se è vero tutto questo allora vuol dire che per definire dei controfattuali ai fini di riformare la sanità è necessario ripartire dalle *condizioni iniziali* e ripercorrere i processi che da esse sono stati prodotti. Facciamo degli esempi:

- non possiamo risolvere problemi della medicina di base senza conoscere la sua storia;
- men che mai possiamo pensare di risolvere i problemi del lavoro senza capire come si è evoluto o involuto il lavoro in sanità;
- ancor meno che mai possiamo pensare di fare sostenibilità senza capire come storicamente si è creata insostenibilità cioè senza partire dal default delle mutue.

In sostanza non possiamo pensare ai problemi della sanità con delle amnesie collettive come se il presente fosse senza un passato.

Per esempio i problemi dei medici non sorgono oggi ma vengono da lontano, così per gli infermieri, per i problemi della spesa, delle aziende, delle Regioni e via cantando.

Per definire dei controfattuali riformatori si deve partire dai suoi problemi storici (i famosi “nodi da sciogliere”) quelli che a causa della nostra grave inettitudine riformatrice non sono mai stati sciolti.

Non è possibile riformare un alcunché che riguardi la sostenibilità economica, l'ospedale, le cure primarie, la questione professionale, la prevenzione, ecc. come se le condizioni iniziali del sistema, i nodi mai sciolti, le sue contraddizioni storiche non abbiano avuto un ruolo.

Basta con le finzioni, le amnesie, le rimozioni. Se davvero vogliamo salvare la sanità pubblica dobbiamo prenderci le nostre responsabilità storiche. Oggi ci vuole una *quarta riforma* che:

- chiuda un ciclo (quello inaugurato dalla riforma del '78) per aprirne un altro;
- riparta dall'inizio cioè riformi anche radicalmente le condizioni iniziali che fino ad ora sono state alla base del nostro sistema.

Una siffatta riforma non va vista come una sorta di inversione di un processo irreversibile che tende alla negazione del sistema pubblico, quindi come una inversione della freccia del tempo, cioè un tornare indietro e correggere a mano a mano il tiro. Una siffatta riforma va vista invece come una operazione che cambia il sistema cambiandone il programma di base (le condizioni iniziali) cioè il famoso “motore”, contando sul fatto che riformando il programma (motore) si riforma il sistema sanitario. Cambiare motore quindi vuol dire riformare un programma, quindi il suo corredo genetico, il suo genoma, sapendo che cambiando il programma si cambiano i comportamenti, i costi, le utilità, i servizi, il lavoro, la spesa ecc.

Oggi non c'è un angolo del sistema che non dovrebbe essere riformato (professioni, lavoro, azienda, organizzazioni, spesa, ospedale, cure primarie, prevenzione ecc).

Ma se è così perché non riunire tutto in una riforma?

Oggi si deve uscire dal vicolo cieco in cui siamo finiti e un modo è riformare i fatti con i controfattuali, la sanità storica con un'altra sanità, cioè tutto ciò che le riforme sino ad oggi non hanno mai riformato, sapendo che lo “*scopo dello scopo*” di tutte le riforme fatte è sempre stato quello della sostenibilità finanziaria e che questo scopo dalle mutue ad oggi è stato bucato, mettendoci oggi tutti in grave difficoltà e mettendo in pericolo il nostro futuro. La storia della sostenibilità è vecchia come il cucco.

Mondi possibili

Un processo di riforma, individuata una contro-prospettiva e un programma di controfattuali, significa che è possibile esprimere il “*modo*” in cui la sanità è sostenibile o insostenibile, equa o iniqua, universale o selettiva, efficace o non efficace. Generalmente la logica riformatrice si occupa dei concetti di *possibilità* e *necessità*. Oggi noi siamo convinto che per salvare la sanità pubblica sia *possibile* riformarla cioè è *necessario* per salvare la sanità, riformarla.

I marginalisti, i razionalizzatori, i miglioristi considerano la verità fattuali della sanità come riguardanti lo stato di cose di un unico mondo sanitario quello attuale. I riformatori invece considerano le verità fattuali della sanità come dipendenti da stati di cose in mondi alternativi a quello attuale, i famosi “*mondi possibili*,” accessibili a partire da quello attuale.

I *mondi possibili* per un riformatore della sanità possono, per esempio, rappresentare diversi stadi evolutivi dei servizi e delle prestazioni, oppure possibili evoluzioni della organizzazione sanitaria attuale compatibili con le stesse condizioni iniziali, ma mai realizzati. Oppure possono rappresentare diverse scelte alternative aperte alla capacità decisionale del governo, ovvero alternative alle scelte attualmente fatte dal governo, o dai sindacati, o dagli ordini, oppure possono rappresentare i mondi sanitari idealmente buoni, distinti da quello attuale. Insomma i mondi possibili per un riformatore della sanità possono essere interpretati come distinte rappresentazioni della sanità attuale.

Oggi si sta contro-riformando la sanità per de-finanziarla per cui in ragione dei mondi

possibili è plausibile dire che oggi per rifinanziare la sanità dobbiamo riformarla. È vero “questo” sistema, oggi non sopporta altri tagli, ma quale sistema a postulati etici invariati, li renderebbe superflui? Quindi *quale altro* sistema serve?

Insomma il dilemma è: controriforma (privatizziamo il sistema)? O antiriforma (“non c’è bisogno di una riforma ma di applicare le riforme che sono state fatte”)?

Gli anti-riformatori sono regressivi perché pensano di rispondere ai contro-riformatori, con il Dl 229, cioè con l’efficienza e l’appropriatezza, di quasi 15 anni fa cioè al tempo in cui non c’erano i tagli lineari, i costi standard, il de-finanziamento, i piani di rientro, la crisi della governabilità, ecc. Gli anti-riformatori rispetto ai contro-riformatori sono semplicemente incongrui cioè è come se volessero portare l’acqua con lo scola pasta.

Per cui è ingannevole tanto dire che serve contro-riformare la sanità pubblica quanto dire che non c’è bisogno di riformarla perché basta fare manutenzione. In entrambi i casi la politica anziché ridefinirsi deducendo dai problemi della sanità contro fattuali cioè nuove soluzioni estende su di essa i suoi tanti limiti senza poter disporre così di un vero *pensiero riformatore*. I *contro-riformatori* e *gli anti-riformatori* sono modi diversi di essere il “*riformista che non c’è*” quello che ci ricicla robe vecchie. In ragione della contro prospettiva dei controfattuali dei mondi possibili esiste una terza via che è la *quarta riforma*.

Modalità

Con il termine “*modale*”, “*modalità*” si vuole indicare il modo con il quale concepiamo il cambiamento riformatore. I modi per la logica sono essenzialmente quattro con tante variazioni e sono: la *possibilità*, l’*impossibilità*, la *contingenza*, la *necessità*.

Un ipotetica riforma può essere:

- *possibile*, quindi fattibile e probabile;
- *impossibile* cioè irrealizzabile;
- *contingente* legata alle situazioni;
- *necessaria* e quindi inevitabile.

Considerando la situazione reale della sanità una *quarta riforma* è *possibile*, *contingente* e *necessaria*. Quindi tutt’altro che impossibile. Facciamo un esempio di modalità riformatrice.

Esempio dell’azienda:

- l’azienda con il Dl 502 è stata *possibile*;
- la usl della L 833 per questo Dl era quindi *impossibile*;
- l’azienda è stata una scelta *contingente*;

- l'azienda è stata ritenuta una *necessità*.

Come si può vedere in questo esempio, *contingenza* e *necessità* diventano i presupposti per dire che qualcosa è *possibile* o che qualcosa è *impossibile*. Nel caso dell'esempio dell'azienda non si ha una semplice modificazione, cioè delle variazioni che non cambiano la natura specifica della usl, al contrario si ha un cambiamento, perché il *modo di essere azienda* cambia radicalmente il *modo di essere usl*. Un esempio analogo è rappresentato dalla legge 42 del '99 che cambia radicalmente lo status dell'infermiere. Un altro esempio è la modifica del titolo V nel 2001 che ha cambiato lo status delle Regioni.

Un cambiamento riformatore quindi in genere parte da una lettura della situazione (contingenza) per fare una diagnosi dei problemi, quindi giudica e decide ciò che è da cambiare (cioè ciò che impossibile non cambiare o ciò che nel tempo è diventato impossibile sostenere) ciò che è necessario cambiare e quindi ciò che è possibile.

Prendiamo l'esempio del lavoro, la domande sono:

- in quale situazione versa il lavoro (contingenza);
- cosa non è più possibile tollerare circa il lavoro (impossibile);
- cosa è necessario fare per cambiarlo;
- cosa è possibile cioè quale lavoro è possibile.

I modi o le modalità del cambiamento si possono distinguere in:

- *assertori*, (*a è b*): la clinica è razionalità, l'ospedale è umanizzazione, il distretto è integrazione, a rete è interconnessione ecc.;
- *apodittici* (*a deve essere b*): la razionalità della clinica deve essere relazionale, l'ospedale deve essere umanizzato, il distretto deve essere integrato, la rete deve essere interconnessa;
- *problematici* (*a può essere b*): la razionalità della clinica può essere relazionale l'ospedale può essere umanizzato... ecc.

In un progetto di riforma gli *assertori* esprimono delle *relazioni di equivalenza* tra valori ad esempio la “*sanità deve essere ripensata per essere sostenibile*”, in questo caso il valore *sanità* e il valore *sostenibilità* esprimono una relazione di equivalenza, in base alla quale tutti ciò che della sanità è ripensato sarà ripensato in chiave di sostenibilità.

In *sanità* gli *apodittici* esprimono delle *necessità*, cioè delle cose che non si possono non fare, ad esempio “*le Regioni devono assicurare l'equilibrio economico*”, “*le prestazioni devono essere appropriate*”, “*la medicina deve governare il malato complesso*” ecc. In questo caso il cambiamento è reale solo se giustificato da certe necessità. Oggi la necessità principale è non perdere per causa del de-finanziamento la sanità pubblica.

In *sanità* i *problematici* esprimono delle *possibilità* la cui probabilità è legata a condizioni di fattibilità. Per esempio “*l'ospedale può essere riorganizzato con le aree ad*

alta intensità di cura” questo vuol dire che certamente può essere fatto, come sta avvenendo in alcune Regioni, ma che su questa esperienza non esiste certezza sul suo esito positivo. Può essere fatto e può andar bene come può andare anche male.

Ogni processo riformatore ha una sua problematicità nel senso che non si ha mai la certezza assoluta di realizzare tutte le condizioni di fattibilità. Per questo la stragrande maggioranza delle riforme in sanità sono rimaste in parte incompiute. Realizzare le condizioni di fattibilità riduce il grado di incertezza di un qualsiasi atto riformatore. Per esempio è abbastanza inutile insistere a riformare la sanità senza ripensare la medicina di stampo positivista, o ripensare la medicina generale senza ripensare il medico di medicina generale, ecc

Tutte le riforme fatte in sanità sono partite con dei ragionamenti *assertori* e *apodittici*, come ad esempio il default delle mutue ma poi nel tempo ciò che era assertorio e apodittico è diventato problematico, perché sono mancate certe condizioni di cambiamento. Ad esempio la salute primaria avrebbe dovuto essere lo scopo dello scopo della riforma del '78 ma il sistema non è stato riconcepito adeguatamente per questo per cui ha prevalso il mutualismo assistenziale ancora tutto centrato sulla cura della malattia.

In tutti questi casi e molti altri le necessità di cambiamento, cioè le cose che non possono non cambiare, senza dei robusti condizionali di cambiamento si sono inevitabilmente problematizzate. Oggi con il de-finanziamento si dice che la sostenibilità ha un valore apodittico ed assertorio quindi si dice che “*necessariamente si deve garantire la sostenibilità*”. Ciò è come dire che è *inconcepibile* il suo contrario. Cioè la “necessità” della sostenibilità vale:

- come l'inconcepibilità del suo contraddittorio;
- come l'insieme delle condizioni non impedito.

Una *quarta riforma* è allo stesso tempo:

- la risposta all'inconcepibilità del de-finanziamento, cioè è inconcepibile tanto che la sanità sia insostenibile tanto che la sanità sia eternamente de-finanziata;
- l'insieme delle condizioni non impedito quindi possibili che permettono alla sanità di essere sostenibile.

La grande responsabilità politica è essere coerenti con ciò che si afferma in modo apodittico e assertorio. È vero che la sanità è insostenibile soprattutto perché è fuori da ogni equilibrio, perché non è governata come si deve, perché l'invarianza crea regressività ad ogni livello, ed altri problemi... proprio per questo è nostro dovere organizzare le condizioni per renderla sostenibile altrimenti si finirà con il perderla.

Condizionali

Per fare una *quarta riforma* per evitare che tutto resti sulla carta o rimanga incompiuto o affoghi nei problemi di fattibilità, bisogna fissare dei *condizionali*.

Un *condizionale riformatore* è tale quando un ragionamento è condizionato dalla posizione della premessa o dell'antecedente.

Una sanità è sostenibile se ha nelle sue premesse una serie di *condizionali* e che enunciano che *qualcosa* è il mezzo per raggiungere la sostenibilità.

Cosa rende sostenibile la sanità pubblica? Questa è la domanda che si pongono i *condizionali*.

Come è intuibile il termine *condizionale* viene da *condizione*, che non va confuso con *causa*. La *causa* è il fattore attivo che produce un *effetto*, mentre la *condizione* è ciò senza la quale nessuna causa potrebbe agire. In senso più preciso la condizione è la *circostanza* mancando la quale un cambiamento riformatore non può prodursi.

Questo vuol dire che per fare una riforma non basta scrivere delle norme, ma si devono creare le *situazioni adatte ai condizionali*. I *condizionali* nelle *circostanze* vuol dire creare le condizioni favorevoli al *condizionale*. Ad esempio la *quarta riforma* è la circostanza attraverso la quale si può rendere sostenibile la sanità, la riforma della medicina è la circostanza attraverso la quale si possono ripensare le prassi, ecc.

Il *condizionale* ha la forma “*se... allora*” quindi il termine *condizionale* è sinonimo di *implicazione*. Il *condizionale* implica sempre qualcosa.

Cosa implica lo scopo politico della sostenibilità? Questa è la domanda delle domande.

Il *condizionale* può avere varie forme:

- può essere un modello nuovo di servizio;
- un'idea diversa di operatore;
- una organizzazione non tayloristica;
- un altro genere di medicina, ecc.

Si tratta di forme tutte pensate rispetto ad un'ipotesi di cambiamento per la sostenibilità.

In questo senso il *condizionale riformatore* è l'*explanandum* vincolante al quale si dovranno attenere coloro che dovranno attuare un cambiamento riformatore.

Per evitare che una riforma sia predicatoria, i *condizionali* devono implicare sempre la modalità “*necessariamente*”: se lo scopo è la sostenibilità del sistema allora *necessariamente* il sistema deve essere sottoposto a dei *condizionali* di sostenibilità. Altrimenti la riforma resterà sulla carta. Senza “*necessariamente*” qualsiasi riforma sarebbe inconsequente.

I “*condizionali*” non sono da considerarsi come se fossero degli standard, anche se gli standard a loro volta sono una specie particolare di *condizionali*, cioè non hanno un carattere prescrittivo e perentorio, anche se hanno un valore vincolante.

“*I condizionali*” sono dei veri e propri “*razionali pratici*” da leggere con una logica costruttivista e non finalista. Gli obiettivi che si raggiungono grazie ai processi stimolati dai *condizionali* sono i loro esiti potenziali esattamente come i mezzi sono gli esiti strumentali degli scopi che si vogliono raggiungere. Pur tuttavia i *condizionali* non sono esattamente dei mezzi come ad esempio il cacciavite, essi producono certamente effetti

come nella logica deterministica della causazione (altrimenti non avrebbe senso servirsene), ma come se fossero delle *operazioni deduttive* di cogenerazione dei cambiamenti. Un cambiamento qualsiasi, in una riforma, non si deve considerare *dopo* il condizionale ma già *a partire da* esso. Quello che si chiama effetto, esito, risultato, conseguenza non è ex-post ma è già nel condizionale e quindi comincia ad esistere a partire da esso proprio come *un'operazione, un processo, una dinamica, una deduzione*. La deduzione circa l'integrazione ospedale/territorio inizia nel momento in cui si sono definiti tutti i condizionali sufficienti a co-generarla. Essa non viene dopo ma sempre "*a partire da*". La riforma è una deduzione che si origina dall'unione tra i condizionali che permettono un cambiamento e i processi che essi innescano. Ma questo vuol dire che l'effetto primario della sostenibilità per cui la sanità viene ripensata è la sanità riformata. Il famoso problema delle condizioni iniziali e dell'effetto Butterfly. Ciò è diverso dalla logica deterministica della causazione della classica riforma ordinamentale: l'azienda causa la buona gestione, la buona gestione causa un miglioramento delle performance dei servizi, che a loro volta causano un miglioramento della qualità delle prestazioni... ecc. questa è una logica lineare e meccanicistica vecchia da superare.

I "*condizionali*" per i riformatori, sono:

- *un'offerta di soluzioni pratiche;*
- *dei riferimenti con lo scopo di mettere i riformatori "in relazione" con i problemi, le scelte, gli interventi necessari, i cambiamenti auspicati;*
- *i ponti tra le intenzioni e i fatti, tra gli auspici e le prassi, tra intenti e la realtà.*

Qualche esempio:

- *si crede che l'eccessiva divisione del lavoro tra i servizi non sia più conveniente, allora si pone la necessità di riformare l'organizzazione del lavoro che c'è con dei condizionali che attuino l'integrazione auspicata;*
- *si crede che sia necessario ripensare i contenuti degli atti professionali, ebbene si tratta di ripensare la medicina con dei condizionali tali da ottenere altri atti professionali.*

Un *condizionale* quindi si basa sulla coerenza tra le *intenzioni* e gli *atti conseguenti*.

Qualche esempio:

- non è coerente teorizzare l'integrazione tra i servizi e organizzare i servizi come degli enclaves;
- non è coerente dire che bisogna essere appropriati quando si ha una formazione inadeguata;
- non è coerente accentrare la gestione quando il sistema è su base territoriale.

L'incoerenza si ha quando vecchie condizioni iniziali sussistono pur a fronte di intenzioni

di cambiamento. Si dice una cosa ma se ne fa un'altra. Si dice che l'ospedale deve cambiare ma ancora oggi per gestirlo si usano norme anacronistiche.

In sintesi rispetto ad una riforma da scrivere si dovrebbero organizzare i condizionali di cambiamento come delle *istruzioni*. Una riforma deve avere delle *istruzioni per l'uso*. Tali istruzioni sono dei condizionali.

In conclusione e riassumendo, per fare una *quarta riforma* è necessario avere:

- una *contro prospettiva* cioè una prospettiva diversa da quella che è in atto;
- dei *contro fattuali* per cambiare i fatti negativi che caratterizzano attualmente la sanità pubblica;
- dei *mondi possibili* cioè definire la sanità possibile a partire da quella reale;
- delle *modalità* vale a dire comprendere cosa sia necessario, possibile, fattibile;
- dei *condizionali*, quindi delle proposte pratiche che garantiscano il cambiamento.

Capitolo 2

Verso la quarta riforma

Si può dare tutto quello che serve a ciascuno secondo i suoi bisogni.

Si deve fare una “*quarta riforma*” che valga tanto per la sanità che per la medicina perché se andiamo dietro allo slogan “*non si può dare tutto a tutti*” perdiamo l’universalismo. Al contrario l’universalismo è un valore da riattualizzare ma soprattutto è la condizione per fare davvero sostenibilità. Un sistema adeguato è più sostenibile se è universale. Non il contrario. La solidarietà che sorregge l’universalismo crea sostenibilità.

Lo slogan “*non si può dare tutto a tutti*” si basa su una serie di equivoci:

- ritenere che il “*tutto*” sia irrimediabile mentre l’unica cosa riformabile sia il “*tutti*”;
- pensare che fermo restando l’invarianza dell’offerta storica di sanità e di medicina, si tratta semplicemente di distribuirla in modo iniquo cioè dare a qualcuno di più e a qualcuno di meno.

In realtà questo “*tutto*” è ripensabile appunto con una “*quarta riforma*” proprio per non essere costretti a discriminare nessuno. Questo tutto non è fatto solo dai LEA ma coincide con un intero sistema di *contenitori* e *contenuti*. Cioè l’universalismo non è solo un problema redistributivo o allocativo di tutele, come se fosse una torta, ma è funzione ed estensione del sistema che lo garantisce. Il “*tutto*” dipende da come è calibrato, congegnato, distribuito, organizzato, integrato il sistema... cioè dai suoi modi di essere tale. Basterebbe semplicemente ricalibrare i rapporti tra i vari sottosistemi sanitari e le varie aree di tutela per avere un “*tutto*” assolutamente gestibile. Basterebbe riconsigliare il lavoro e quindi l’operatività che si svolge nel sistema per avere un “*tutto*” diverso e più fruibile. Basterebbe riformare i modi di praticare la medicina per avere un *tutto* più che sostenibile. Si tratta con una riforma di ricalibrare ricontestualizzare e interconnettere... quello che c’è nel *tutto*... nel sistema.

Il problema della sostenibilità... si può e si deve affrontare a partire da un principio semplice: *se non si hanno i mezzi per realizzare la propria politica bisogna realizzare una politica per avere i mezzi che servono.*

Oggi ci serve una riforma, la riforma è il mezzo che ci permette di fare una certa politica.

Una politica dei mezzi non è solo una politica finanziaria... i mezzi in sanità non sono solo i soldi... i mezzi sono i servizi, gli operatori, le tecnologie, i farmaci, i dispositivi medici, i cittadini, le metodologie, le conoscenze, le modalità, la formazione ecc. Chi ci impedisce di ripensare i mezzi del sistema per rendere il sistema sanitario più sostenibile? I mezzi per la sanità sono i cambiamenti che si devono fare per rendere il sistema sostenibile.

Il marginalismo la razionalizzazione l'ottimizzazione sono cose importanti ma oggi con il de-finanziamento programmato non bastano oggi serve un cambiamento più profondo.

Per evitare che la sanità pubblica muoia serve un ripensamento rifondativo a partire dalle principali criticità del sistema:

- rimettere in equilibrio la domanda con l'offerta;
- combattere diseconomie e anti-economie intervenendo sul potenziale di abuso, sui problemi di regressività e quindi sui costi dell'invarianza;
- ripensare il modello di governo e di finanziamento riequilibrando i poteri tra tutti i soggetti istituzionali coinvolti nell'azione di governo compreso il cittadino;
- ripensare la vecchia idea di tutela in una cultura della comunità, della sussidiarietà, della solidarietà, e quindi andare oltre l'idea difensivistica che tale termine implica;
- riprogettare il sistema di servizi, riorientandolo al luogo di vita del malato; come nuovo centro multicentrico e interconnesso superando l'organizzazione tayloristica;
- riformare il lavoro in sanità, e quindi: le tradizionali definizioni burocratiche delle professionalità e del lavoro; i tradizionali profili professionali nelle loro peculiarità professionali (funzioni, ruoli, compiti);
- riformare la formazione di base degli operatori, e quindi i programmi di formazione di base delle facoltà di medicina e i programmi di formazione di tutte le lauree sanitarie;
- ripensare la programmazione come metodo di governo;
- ripensare la medicina cioè l'uso delle conoscenze a fronte di nuove complessità.

Riformare in sanità oggi significa aggiustare il tiro delle riforme sino ad ora fatte e le cui parole d'ordine sono state:

- "diritto alla salute" (1978);
- "gestione" e "compatibilità" (1992);
- "razionalizzazione" (1999);
- "federalismo" (2001).

La sfida è rimuovere le contraddizioni che si sono accumulate nel tempo a danno della sostenibilità cioè è quella che a più riprese abbiamo definito *compossibilità*.

Una *quarta riforma* è necessaria per rendere compossibili i diritti con i limiti finanziari. La parola d'ordine della *quarta riforma* è *compossibilità*.

Riformare e innovare

Riformare ed innovare sono delle sinonimie. Si pensi ad esempio alla annosa questione territorio/ospedale, e a tutti i problemi di integrazione che implica nei quali la telematica, l'information technology, la telemedicina, diventano decisive innovando persino il concetto

stesso di integrazione. Purtroppo lo spirito del tempo è mortificante nel senso che tutto quanto è fonte di spesa, e l'innovazione per certi versi lo è, è condannato ad un miope ostracismo.

Oggi le politiche sanitarie rischiano di non retribuire, almeno nel nostro paese, l'innovazione. Tutti dichiarano che la sanità è una grande area di sviluppo economico, di ricerca e di occupazione (3 milioni di addetti, 11% del Pil). Ma al ministero dell'economia questo sembra non interessare. Eppure tutti sanno che la spesa sanitaria non è una variabile indipendente della ricchezza economica di un paese. Si sono mai visti paesi poveri in buona salute?

La sanità ricaverebbe gran giovamento se si concepissero politiche sanitarie capaci di abbinare *riforma* a *innovazione*. Non basta dire che la competitività è funzione della sostenibilità. Si faccia uno sforzo per andare oltre le mere petizioni di principio sul valore dell'innovazione.

Per prima cosa si tratta di distinguere:

- *produzione di salute* come ricchezza generale del paese;
- *produzione di cura* come ricchezza economica del paese.

L'innovazione tecnologica contribuisce ad accrescere la salute della gente e ad accrescere il Pil.

L'innovazione è uno snodo tra ricchezza sociale ed economica. Come si fa a interconnettere questi valori? Cioè quali parametri si dovrebbero costruire per misurare le loro interdipendenze al fine di retribuirne se possibile le virtù? Se l'impatto delle innovazioni è doppiamente positivo il suo valore economico può prescindere da quello sociale? Ma come si misura il suo impatto sociale?

La seconda cosa è la condivisione di un piccolo decalogo di principi da condividere per definire l'*innovazione* in modo serio una volta per tutte:

- la tendenza generale è considerare ciò che è nuovo automaticamente di per sé migliore di ciò che è vecchio;
- evitiamo di inflazionare il concetto di innovazione;
- il nuovo, non necessariamente coincide con il buono, il giusto e il meglio, il vecchio, quindi, in quanto tale, non è automaticamente da buttare;
- quello che non è innovativo non può essere considerato automaticamente superato;
- se più innovativo significa più semplicemente più recente non è automaticamente da preferire;
- il valore del nuovo deve essere specificato nelle sue caratteristiche autentiche;
- il valore del vecchio deve essere ridefinito nella sua attualità;
- ciò che è buono e funziona non è mai vecchio ma attuale;

- ciò che è attuale ma non è buono in misura maggiore o non funziona meglio, non può essere definito nuovo.

Terza ed ultima cosa: si tratta di definire un *concetto sistemico di innovazione* per considerare il problema del suo governo ma dentro delle reti di supporto cioè dentro delle organizzazioni non casuali. L'innovazione deve essere il termine medio di un rapporto a somma positiva tra economia, spesa pubblica e società. Ma essa per avere lo spazio che merita dovrebbe essere riconsiderata in un progetto di riforma del sistema pubblico.

De-quantificare la spesa per uscire dal de-finanziamento

Oggi le posizioni politiche in campo a proposito di sanità sono sostanzialmente tre:

- un *de-finanziamento compensato* da un esteso marginalismo che assume il sistema sanitario senza ridiscuterlo nei suoi modelli storici quindi razionalizzandolo il più possibile e renderlo *compatibile* con i parametri finanziari imposti dal governo;
- un *de-finanziamento più radicale* compensato con la privatizzazione di parti importanti del sistema cioè con quello che è stato definito sistema multi-pilastro (mutue, assicurazioni, sanità pubblica per gli indigenti);
- un *rifinanziamento tout court* del sistema che resta invariante se non in aspetti marginali prendendo le risorse necessarie altrove, cioè in altri settori della finanza pubblica, perché i diritti vanno finanziati perché si deve partire dalla prevenzione e perché la sanità pubblica costa rispetto ad altri paesi occidentali abbastanza poco.

Tutte e tre le tesi sono *fallaci* perché tutte e tre:

- non si confrontano con i problemi di sostenibilità, di invarianza, di regressività;
- non fanno i conti con le contraddizioni insite nel consumo e nell'uso di sanità quindi con i problemi della complessità, della necessità e dell'evidenza;
- non si pongono il problema di ricostruire gli equilibri tra domanda e offerta e quindi di fare per davvero sostenibilità.

Quindi c'è spazio per una *quarta ipotesi* che è quella della "*quarta riforma*": un cambiamento riformatore che affronti la questione più radicale delle anti economicità del sistema e che riformi la struttura della spesa quindi il fabbisogno riformando i modelli con lo scopo di de-quantificare il *costo strutturale* del sistema senza tradirne i postulati di legge.

Oggi il governo vuole de-finanziare molto semplicemente il fabbisogno del sistema e i suoi oppositori vogliono semplicemente rifinanziarlo. Ma dire *fabbisogno* significa dire *consumo* di sanità, e quindi uso della sanità, e alla fine significa dire "*tutela*". *Il fabbisogno sta al consumo come la tutela sta all'uso*. Quindi cosa vuol dire riformare

tutto questo per garantire il governo della spesa e quindi un grado accettabile di sostenibilità e produrre salute? Significa prima di tutto che l'uso della sanità ne determina il costo e quindi un certo uso può o contenerlo o accrescerlo. Ma oggi questo uso va riformato, quello vecchio non regge più, per cui sbagliano sia i de-finanziatori che i ri-finanziatori. Essi si fossilizzano sulla *quantità finanziaria* ignorando che questa è funzione di un uso e l'uso è funzione a sua volta di quale complessità e di quale necessità e di quale evidenza.

È quindi ambiguo dire che bisogna *qualificare* la spesa sanitaria meglio è parlare di *de-quantificare* la spesa riformandone l'uso. *Riformare* significa *riusare* cioè per riprendere la celebre metafora, impugnare il bastone dall'altra parte e usarlo in modo diverso. Quindi ridefinire complessità/necessità/evidenza.

L'obiettivo strategico della "*quarta riforma*" rispetto al problema della spesa non è quello di *riqualificarla* ma di *de-quantificarla*. La sanità pubblica si salva se riusciamo a farla costare strutturalmente meno senza per questo rinunciare alla piena soddisfazione dei diritti tanto dei malato che degli operatori. La riqualificazione della spesa è un discorso debole tipico della razionalizzazione. Con i tempi che corrono nessun governo è in condizione di accontentarsi della riqualificazione della spesa. La spesa va riformata non tagliata per ridurre le quantità.

Non prendiamoci in giro, la questione sostenibilità da 40 anni a questa parte è una questione di *quantità* rispetto a degli squilibri perché il fabbisogno è prima di tutto un problema di *quantità* finanziaria:

La "*quarta riforma*" punta ad abbassare la quantità di spesa, sapendo che per riuscirci devo riformarne *l'uso della sanità* e della medicina.

Fino ad ora nonostante ben tre riforme sanitarie l'uso della sanità non è stato sostanzialmente riformato, salvo alcuni eccezioni. Esso ancora oggi è prevalentemente un uso mutualistico e il così detto servizio sanitario nazionale una super mutua con tante magagne.

Chi propone ridicole tesi sull'insostenibilità della sanità, sulla sua non ri-finanziabilità, sull'inevitabilità di una privatizzazione parziale del sistema, è perché non vuole o non sa cambiare *l'uso del sistema* sanitario perché in quell'uso si nascondono o i suoi desideri di invarianza, i suoi limiti riformatori e anche perché no i suoi interessi personali.

Sotto la sanità vi è una innegabile spesa negativa che è spesa strutturale rispetto alla quale nessuno della sanità, cioè nessuno dei soggetti importanti, può dichiararsi senza responsabilità. Questo è il punto di forza del de-finanziamento.

Capitolo 3

Riformare per essere sostenibili

Chi sarà contro la *quarta riforma*?

L'idea di una *quarta riforma* sarà “*naturalmente*” avversata da quattro grandi oppositori:

- *gli incompetenti* cioè coloro che non conoscono da dentro la sanità, non ne conoscono la storia, non la conoscono come sistema e come complessità e ciò nonostante prescrivono soluzioni, sulla base di statistiche, delle mode, dell'aria che tira, e che ogni tanto ci rifilano un rapporto dove trasformano in grafici quello che sanno tutti senza proporre nulla se non universalismo selettivo, priorità e mutue. Costoro se fossero chiamati a riformare davvero il sistema sarebbero fuori gioco. Chi non è capace di riformare preferisce contro riformare;
- *gli interessi* che nella loro indiscutibile legittimità si sono consolidati nel sistema, di vario tipo soprattutto quelli legati allo status professionale. Per un sistema consolidato di interessi il primo nemico è il cambiamento;
- *il pensiero debole*, il gruppo più affollato, nel quale le persone con incarichi importanti di ogni tipo e genere. La maggior parte di loro brava gente che per la sanità ha fatto molto ma privi di un qualsiasi pensiero ideativo. Costoro per quanto si sforzino non riescono a concepire la possibilità di una sanità diversa da quella che conoscono, che hanno amministrato, o diretto da qualche parte.

Ebbene queste brave persone, non sono un problema da poco: sono tanti, condizionano le scelte della politica, controllano i centri nevralgici del governo del sistema.

Rispetto ai problemi gravi della sanità, costoro sono, in modo paradossale, i naturali oppositori di una idea di riforma. Se riformare fa bene alla sanità pubblica perché non riformare? Eppure non è per niente scontato. Quanta gente ti da ragione e non muove un dito o peggio rema al contrario? Ma quando mai una riforma non ha incontrato ostacoli?

Detto ciò la contraddizione sussiste:

- l'idea di riforma oggi è ostacolata da un sacco di cose;
- nello stesso tempo è una necessità innegabile.

Come si rimuove questa contraddizione e soprattutto a chi tocca rimuoverla? La contraddizione si rimuove con un movimento riformatore ispirato ad una proposta che medi con intelligenza con gli incompetenti, con gli interessi e con i pregiudizi. Gli

interessi si salvaguardano con le norme transitive, i pregiudizi con il confronto paziente, il pensiero debole con un pensiero più forte.

A chi tocca? Senz'altro alla politica o comunque a qualche istituzione pubblica che si occupa di sanità, perché la riforma è questione di interesse generale. Ma la politica non si muove se non c'è un movimento a sollecitarla.

Ci vuole da parte della politica, o da parte di un fronte sindacale, o da parte di un bel pezzo di popolo della sanità, un grande input politico.

La strada più semplice è che la politica nelle sue diverse forme, istituisca un commissione di scopo a tempo, come tante volte hanno fatto gli inglesi (black report, rapporto Griffith, rapporto Kromer, ecc.), con delle competenze e delle sensibilità riformatrici certe (quelle scientifiche tecniche amministrative non bastano meno che mai gli amici degli amici, o le logiche di spartizione dei ruoli, o peggio quelle di apparato).

Ma un progetto di riforma può essere proposto anche da tutti i sindacati, dalle Regioni, o dallo stesso ministero della Salute o da un movimento di opinione. Committente a parte ciò che conta è definire l'idea politica di riforma e affidarla ad un gruppo di pensatori obbligati a redigere un rapporto finale a partire dal quale promuovere una vasta discussione nel paese.

Ormai da troppo tempo:

- circolano strane teorie del bivio, (universalismo o privatizzazione) come se non vi potesse essere una terza strada;
- gira la storiella “non si può dare tutto a tutti”, come se non fosse possibile riformare l'idea di tutela per riallocare le sue utilità.

Nel frattempo il sistema senza uno sbocco riformatore sta davvero compromettendo le proprie basi portanti, le professioni soffrono, i malati nei servizi pubblici sono trattati sempre peggio, cioè il sistema è stanco e frustrato... ormai siamo alla frutta.

Un ultima cosa: perché l'idea di riforma non viene in mente ai grandi funzionari della sanità? O agli assessori alla sanità? O ai sindacati tutti? O alle associazioni dei malati? O a quei pochi movimentisti che sono sopravvissuti? Cioè perché essa è fuori dalla portata del senso comune?

La risposta più semplice è la seguente: nessuno può credere di poter riformare qualcosa senza sapere che questo qualcosa è riformabile. Senza mondi possibili si resta nell'unico mondo che si conosce che è quello che non funziona.

Per chi è convinto che tutto è stato già fatto, che più di quello che è stato fatto non si può fare, e che nessun altro può fare meglio e di più, nessuna riforma può essere possibile. Cioè chi, pur avendo fatto molto, sta sotto il plafond cognitivo del senso comune non può vedere quello che sta sopra.

Ma c'è di più: se non si conosce bene la storia dimenticata del riformismo sanitario è difficile che a qualcuno venga, per quanto bravo, in mente di riformare la sanità.

Non sono in tanti disponibili ad ammettere pubblicamente i propri errori in sanità. Eppure se oggi abbiamo ripensato il titolo V, o accorpamo il numero delle aziende, o se contingentiamo il numero di ospedali, o se una intera serie di Patti per la Salute sono andati storti, o se la 229 è finita in soffitta, di qualcuno sarà la responsabilità, o no? Ma nessuno fa mai autocritica e la sanità sembra un mondo *incausato* e *incausante*.

La sanità ha avuto ottimi amministratori convinti di essere dei grandi riformatori solo perché hanno chiuso qualche ospedale, accorpato un po' di asl, risparmiato un po' di sprechi. Tutte cose importanti non c'è alcun dubbio ma questo nulla ha a che fare con il concetto di riforma. Riformare un sistema e amministrare un sistema sono cose completamente diverse.

E perché proprio oggi dovremmo fare una *quarta riforma*? La risposta è brutale: non perché oggi l'idea di riforma è più giusta di ieri ma solo perché oggi la sanità sta drammaticamente peggio di ieri e ne ha bisogno.

Rifinanziamento in cambio di sostenibilità

L'abbiamo detto tante volte: il più grande problema della sanità oggi si chiama sostenibilità. Essa abbiamo detto nella sua interpretazione corretta è la durata dell'equilibrio tra domanda di salute e offerta di sanità. Tale durata nel tempo per tante ragioni tende a venire meno quindi a creare problemi di ogni genere.

Quando ciò avviene, in genere nel medio lungo periodo, si pone il problema di sostituire gli equilibri compromessi con nuovi equilibri. Questo lavoro in genere si fa con delle riforme. Solo questo permetterebbe ad un sistema complesso come la sanità pubblica di durare (cioè essere sostenibile) nel tempo. Riformare è la condizione base per garantire sostenibilità.

Oggi la sostenibilità è interpretata dal governo solo come emergenza finanziaria, per questa ragione tutte le politiche in campo ad ogni livello del sistema sono tutte de-finanzianti e comunque tutte hanno un effetto de-finanziante. Il governo non si preoccupa di creare nuovi equilibri tra domanda/offerta in luogo di quelli compromessi ma semplicemente di de-quantificare progressivamente il fabbisogno finanziario.

Rispetto a ciò due sono le posizioni fondamentali che si fronteggiano:

- quella che sostiene la necessità di un *finanziamento assoluto* per cui si tratta semplicemente di adeguare il Fsn alla crescita del fabbisogno;
- quella che sostiene la necessità di un *finanziamento relativo* per cui si tratta di compensare con una riduzione delle diseconomie il minor finanziamento del Fsn.

Entrambe le posizioni hanno un punto in comune: accettano una visione emergenziale e si concentrano sulla questione del finanziamento facendo del finanziamento la questione centrale. L'unica differenza riguarda il modo con il quale si finanzia la sanità. Incrementale in un caso e decrementale nell'altro.

In realtà la vera emergenza della sanità non è finanziaria e i dati sulla spesa lo confermano ma è funzionale perché il sistema a forza di essere de-finanziato sta cadendo a pezzi. Quindi bisogna correggere questo modo poco obiettivo di vedere le cose. Quello che non si dice mai è che i sistemi sanitari in quanto tali sono regolarmente e normalmente a rischio di insostenibilità perché la domanda di salute e il fabbisogno del sistema tendono fisiologicamente a crescere più delle risorse destinate a soddisfarlo. Per questo ogni sistema complesso ha periodicamente bisogno di essere ritarato. Ma questo con l'emergenza non c'entra niente.

L'equivoco quindi è credere che il de-finanziamento del fabbisogno sia correlabile solo alla crisi economica, ai problemi della spesa pubblica, alle politiche europee contro il disavanzo di bilancio ecc.

Che esistono questi problemi è innegabile ma essi come abbiamo visto non sono la causa primaria dell'insostenibilità ma solo un aggravante indiscutibilmente molto pesante. Quindi concause. Se così non fosse vorrebbe dire che il de-finanziamento del fabbisogno sanitario sarebbe una politica congiunturale nel senso che una volta risolta la difficoltà finanziaria tutto dovrebbe tornare come prima. Non è così. Anche ammettendo di risolvere idealmente tutti i problemi finanziari propri al contesto nel quale si finanzia il fabbisogno della sanità il rischio di insostenibilità per la sanità resta. Quindi pure il rischio di un crescente de-finanziamento.

È vero che la spesa sanitaria ha una natura incrementale ma questo non sarebbe un problema se tale incremento fosse compensato con dei cambiamenti del sistema, cioè se il sistema fosse (ovviamente nei limiti del possibile) periodicamente riequilibrato. L'incremento di spesa diventa un problema quando esso non è calibrato cioè compensato con dei cambiamenti.

Nel nostro caso le politiche di de-finanziamento di tutti questi anni, insieme alle politiche di razionalizzazione, hanno significativamente rallentato la crescita del fabbisogno e di conseguenza la crescita della spesa sanitaria, ma il prezzo pagato è davvero alto perché ciò è avvenuto senza riformare e a scapito dell'equità, della giustizia sociale, della qualità dell'assistenza.

Oggi la situazione è la seguente: ai fattori strutturali che incrementano

fisiologicamente il fabbisogno di sanità si aggiungono quelli legati alla crisi e alla situazione finanziaria generale, per cui senza nessun intervento riformatore il sistema è destinato ad essere privatizzato rimanendo pubblico solo per gli indigenti e i pensionati al minimo. Probabilmente nel giro di un paio di anni l'attuale sistema universale sarà superato.

A fronte di questo rischio limitarsi a chiedere maggiori finanziamenti per la sanità, per i contratti per i servizi è giusto sul piano del principio perché i diritti non sono negoziabili e andrebbero finanziati prima di ogni cosa, ma sul piano della sostenibilità del sistema rischia di essere nel breve medio periodo un boomerang. Se il costo del sistema aumentasse senza essere in alcun modo compensato il de-finanziamento avrebbe una accelerazione fino a giustificare la privatizzazione almeno di una parte della spesa sanitaria pubblica.

Per evitare che ciò accada l'unica strada percorribile è negoziare il blocco del de-finanziamento ma bilanciandolo con un sistema nel suo complesso meno costoso, cioè proporre al governo di turno una transazione politica quindi un gioco a somma positiva nel quale il governo vince perché controlla la spesa pubblica, il cittadino vince perché non rinuncia ai suoi diritti, l'operatore vince perché il suo lavoro è retribuito.

La “*quarta riforma*” serve a bloccare il de-finanziamento dando in cambio un sistema in equilibrio cioè rinnovato per essere meno costoso e più giusto.

Lo scambio è sostenibilità in cambio di un rifinanziamento.

Capitolo 4

Riformare

quello che non abbiamo mai riformato

Tutto nasce dal default delle mutue

La ragione centrale che ha fatto nascere la riforma del '78 ha a che fare con la questione della sostenibilità: il sistema mutualistico andò in default cioè diventò insostenibile e la riforma fu pensata per risolvere la questione. La riforma avrebbe dovuto riformare il sistema sanitario per rimettere in equilibrio la domanda di salute con l'offerta con lo scopo di far costare di meno il sistema delle tutele nel suo complesso, ma l'impresa oggi alla luce di quello che è accaduto è andata storta: la riforma non è riuscita a riformare quello che avrebbe dovuto riformare. Oggi se siamo alla frutta è perché la riforma del '78 poi ripensata nel '92 e ancora ripensata nel '99 non ha funzionato. È inutile negarlo.

Quindi è bene ricordare che la riforma del '78 è nata in funzione dell'insostenibilità del sistema mutualistico. A coloro che obiettano a questa tesi ricordando le lotte operaie, la stagione dei diritti, le leggi per l'emancipazione ecc. cioè che sostengono che la riforma del '78 è il frutto di tutte queste cose bisogna chiarire, che ciò è vero ma nella misura di una sovrapposizione felice di istanze. Prima delle lotte operaie la commissione Dogliotti (1964) aveva in un certo senso già deciso il futuro 'impianto della futura riforma del '78 proprio a partire dalla necessità di superare il sistema mutualistico. La riforma del '78 fece proprie le conquiste delle lotte delle donne, quelle della salute nei luoghi di lavoro, quelle per la chiusura dei manicomi, ma non fu determinata cioè causata da esse fu determinata e causata anzitempo dal default del sistema mutualistico.

Oggi da un punto di vista storico si può dire che:

- i problemi di sostenibilità del nostro sistema sono per lo più legati ai limiti della riforma del '78 a risolvere i vecchi problemi di sostenibilità delle mutue;
- la riforma del '78 e successivi ripensamenti (1992/1999) non è riuscita a creare nuovi equilibri tra domanda e offerta non essendo riuscita a riformare i servizi portanti del sistema, per esempio il modello di ospedale del '38, la condotta medica del '34, la specialistica ambulatoriale di stampo mutualistico.

Ebbene la relativa irriformabilità degli assi portanti del sistema sanitario, insieme alla fallimentare esperienza delle politiche di prevenzione, oggi sono alla base dei nostri attuali problemi di sostenibilità resi ancor più acuti da situazioni di crisi economica, e strumentalizzate dalle politiche di de-finanziamento.

Cosa possiamo imparare da queste vicende? Queste le deduzioni:

- oggi la questione sostenibilità viene da lontano cioè non è un problema contingente

ma strutturale;

- essa inerisce la storia del nostro sistema sanitario e il suo grado di relativa irriformabilità;
- oggi la questione sostenibilità è resa acuta quindi drammatizzata a causa dei precedenti irrisolti problemi di sostenibilità e dai problemi legati alla crisi economica;
- oggi per queste ragioni la questione sostenibilità può precipitare in una dolorosa discontinuità del sistema.

In sostanza abbiamo conferma che:

- la sostenibilità è una *funzione riformatrice* che riguarda l'equilibrio tra bisogni e risorse;
- non riformare il sistema crea problemi di sostenibilità;
- fare sostenibilità oggi significa riformare quello che non è mai stato riformato sino ad ora.

Conclusione:

Se sostenibilità e riforma sono la stessa cosa oggi se vogliamo che il sistema sanitario pubblico duri ancora nel tempo allora abbiamo bisogno di una “*quarta riforma*” che faccia quei cambiamenti che le riforme precedenti non hanno fatto. Le priorità sono quelle di sempre: costruire salute, riformare l'ospedale e la medicina di base, ripensare la forma di governo, reinventare il lavoro.

La super mutua

Circa 40 anni fa abbiamo fatto una riforma che ha cambiato il sistema e che avrebbe dovuto garantire sostenibilità. Come sono andate le cose? 40 anni fa il consumo e l'uso di sanità in tutta Europa è schizzato in aria (evoluzione demografica, ruolo dell'innovazione, espansione della domanda di salute, ecc.) trascinando in questa crescita la spesa mutualistica. In una parola le mutue muoiono perché finanziariamente insostenibili. Il servizio sanitario universale al contrario nasce per risolvere questo problema. Il sistema mutualistico esaurisce la sua funzione perché:

- vistoso è il divario tra arretratezza della sua offerta e la nuova domanda;
- culturalmente fuori gioco perché la medicina che offre è incongrua alla nuova domanda di salute (ospedali e ambulatori);
- finanziariamente debitoria perché cronicamente in disavanzo;
- troppo dispendioso anche a causa della molteplicità dei suoi centri di spesa (ogni ente mutualistico erogava prestazioni diverse perché queste erano definite da diversi rapporti di lavoro).

L'universalismo al di là dei suoi innegabili valori morali e sociali aveva soprattutto la funzione pratica di superare le tante diversità mutualistiche con l'uniformità dei trattamenti a scala nazionale perché 40 anni fa l'uniformità cioè l'universalismo non era considerato un problema ma una misura di governo della spesa e quindi una funzione di sostenibilità. Quello che in un certo senso oggi alcuni pensano di fare con i costi standard.

Rendere uniformi i costi per rendere universale l'offerta a scala regionale e nello stesso tempo meno costosa. Oggi Confindustria e Confcommercio ed altri vorrebbero fare il contrario ritornare a trattamenti differenziati: gli indigenti da una parte e dall'altra differenziare l'assistenza sanitaria in base al reddito, perché l'uniformità dei trattamenti cioè l'universalismo, i LEA, ecc. oggi sono considerati paradossalmente un problema di sostenibilità.

Oggi è vero che esiste il problema delle diseguaglianze regionali e territoriali causate dai famosi 21 sistemi sanitari regionali, (anche se gli squilibri sono sempre esistiti) ma si tratta di contraddizioni al valore dell'uniformità non di discriminazioni dovute a sistemi sanitari concepiti come discriminanti quali erano le mutue cioè come sistemi difformi concepiti su fabbisogni difformi. Cioè le diseguaglianze esistono non perché non c'è l'universalismo ma perché esso è negato dalla difformità dei fabbisogni creata dalla difformità della struttura dell'offerta. Ora è illogico rispondere alla negazione dell'universalismo con la difformità dei trattamenti come propongono i contro riformatori.

Ma anche rispondere con i costi standard (a parte la complessità tecnica e etica insita nella standardizzazione del costo) è illogico se questa difficile standardizzazione non è la conseguenza di quella dei consumi. Standardizzare i costi a consumi difformi non è privo di aporie. Il consumo è obbligato in quanto tale a stare negli standard. Differenziare i sistemi di assistenza significa prendere atto delle diseguaglianze e istituzionalizzarle mettendole a sistema, standardizzare i costi significa semplicemente standardizzare l'offerta di prestazioni per costringere i consumi ad adeguarvisi. In entrambi i casi il consumo non è riformato ma in un caso è differenziato e nell'altro contingentato. Quello che invece andrebbe fatto è concepire l'universalismo come riforma del fabbisogno quindi del consumo (domanda/offerta) perché se è un certo consumo che rende universale il sistema dell'offerta esso diventa la chiave di volta della sostenibilità.

Ripetiamo la domanda: cosa vuol dire riformare il consumo o l'uso o il fabbisogno? Cioè fare una "quarta riforma"? Vuol dire fare oggi quello che avremmo dovuto fare da un pezzo ma che per tante ragioni non abbiamo fatto. Ma dove è che abbiamo toppato? Perché la riforma non ha riformato? Per rispondere di nuovo è necessario tornare alle condizioni iniziali. La transizione tra mutualismo e universalismo avrebbe dovuto garantire un cambio di paradigma intervenendo su almeno su 5 livelli:

- a partire dalla nuova domanda di salute (necessità/complessità) riformare l'idea strategica *generale di tutela* (da una idea riduttiva di cura della malattia ad una più estesa e più complessa idea di salute), cioè dalla *mutual health policy* alla *healthy public policy*);
- riformare l'organizzazione dell'offerta (da un sistema di servizi fatto solo da ospedali e ambulatori, ad un sistema di servizi integrato per la costruzione della salute;
- riformare le prassi mutualistiche (nuovi approcci interdisciplinari, nuove integrazioni tra i servizi e tra i servizi e il territorio, nuove relazioni, ecc.);
- riformare il lavoro professionale con una riforma della formazione di base, delle professioni, quindi derivando da queste riforme una nuova idea di lavoro, nuovi statuti giuridici per gli operatori, nuovi ruoli e nuove funzioni;
- suggellare il nuovo rapporto domanda/offerta con il governo sociale della sanità.

Come è andata? È andata che:

- la riforma strategica dell'idea di tutela (quella che avrebbe dovuto teoricamente riformare il modello di consumo sanitario e quindi il fabbisogno e risolvere i problemi di insostenibilità finanziaria), è rimasta sostanzialmente sulla carta (ancora oggi non si fa salute primaria, ancora oggi i processi integrativi sono una chimera, ancora oggi le prassi cliniche sono irrelate, ancora oggi gli operatori lavorano come lavoravano ai tempi delle mutue, ancora oggi i modelli dei servizi sono di tipo mutualistico, ecc.);
- ad una riforma fisica della struttura del sistema sanitaria (*hardware*) non è seguita nessuna significativa riforma culturale della sovrastruttura (con l'unica eccezione della salute mentale e all'inizio dei consultori e in parte con i dipartimenti per la prevenzione). Le tre K sono rimaste sostanzialmente invariate knowledge (conoscenza), know-how (competenza nel modo di fare) *know where* (sapere dove fare).

Conclusioni:

- pur in un sistema di servizi diversamente organizzato l'operatività, la prassi, le modalità della tutela ancorché riformata nei suoi postulati, sono rimaste sostanzialmente ferme alla cultura mutualistica;
- il modello di consumo è rimasto sostanzialmente invariato perché le caratteristiche fondamentali dell'offerta, a parte le sue dimensioni, sono rimaste sostanzialmente invariate cioè con spiccate caratteristiche mutualistiche;
- il consumo è cresciuto ma restando di tipo mutualistico;
- il problema di sostenibilità delle mutue è passato semplicemente irrisolto al servizio sanitario nazionale e come tale ripasserà alle mutue o ai fondi se si farà la controriforma.

Il servizio sanitario che è venuto fuori dalla riforma del '78 si è configurato nel tempo sempre più come una *gigantesca super mutua* con l'unica differenza di garantire a tutti

teoricamente uniformità di trattamento per poi perdere tale uniformità a causa dell'eccessiva frammentazione dei sistemi sanitari regionali.

Oggi le Regioni è come se fossero 21 sistemi mutualistici diversi:

- l'uso e il consumo nonché il fabbisogno di sanità nel nuovo servizio sanitario nazionale rispetto alle mutue è rimasto sostanzialmente invariante ma non il suo costo la domanda è cresciuta e l'offerta si è solo ampliata ma senza ripensarsi;
- la spesa immediatamente dopo il varo della riforma comincia a crescere diventando fin da subito quello che è ancora ora cioè il più grande assillo della sanità;
- la spesa sanitaria con la riforma del '78 pur aggiungendo servizi a servizi, professioni a professioni, funzioni a funzioni, proprio perché l'idea mutualistica di tutela non è mutata come non è mutato l'uso del sistema, non si è de-quantificata ma al contrario si è iper-quantificata.

Perché serve una nuova riforma? Perché ciò che avremmo dovuto riformare tanto tempo fa non è stato riformato sia nell'ambito della medicina che in quello della sanità.

Omissioni, errori e scelte poco ponderate

Ma perché non abbiamo riformato quando avremmo dovuto e potuto farlo? Di chi è la colpa? Quali le responsabilità?

Non parlerei di colpe ma di:

- limiti storici politici e culturali, considerandoli come tratti caratteristici del tempo;
- scelte politiche sbagliate cioè di incapacità a leggere e a risolvere certi problemi;
- errori legati a letture sbagliate delle situazioni e delle circostanze.

Il patatrac si ha quando tutte queste cose fanno massa sovrapponendosi... cioè nasce dalla loro interazione.

Sui limiti della riforma sanitaria del '78 fino ad ora (a parte alcuni lavori degli anni 80 e 90 considerati al tempo come eccentrici) non c'è stata una analisi né una ricerca organica approfondita perché fino ad ora è prevalsa la linea dell'attuazione e dell'apologia. Se si vuole attuare qualcosa si dà per scontato che quello che si vuole attuare sia positivo non negativo. Ma oggi siamo alla frutta, dopo 40 anni, abbiamo a che fare con un paradosso: di quella storica riforma che ormai di fatto non esiste più niente se non i postulati di fondo del nostro sistema sanitario, sono sparite tutte le parti positive, mentre sono sopravvissuti intatti tutti i suoi limiti culturali che a tutt'oggi ci perseguitano perché in parte sono passati negli atti di riforma della riforma successivi in parte perché ancora non hanno incontrato un pensiero riformatore adeguato che li affrontasse.

I limiti della riforma del '78 sono parecchi dovuti in particolare ai suoi ritardi storici (è

stata copiata dalla riforma inglese come prototipo ma 40 anni dopo quando gli inglesi quel prototipo l'avevano cambiato già molte volte) e alla sua notevole regressività culturale (cioè il suo pensiero e il suo modo di pensare, la sua visione del mondo sembrano fuori dal cambiamento culturale dell'epoca).

La riforma del '78 non era in grado di riformare l'uso e il consumo della sanità perché non conteneva le istruzioni culturali per farlo... essa cambia la struttura e l'organizzazione del sistema sanitario ma non la sua sovrastruttura culturale che resta mutualistica. Cioè la riforma non cambia il lavoro, le prassi, l'operatività, gli stili del fare, gli operatori, la loro formazione, la loro cultura. In questo modo la riforma si preclude di cambiare la domanda di cura che continua ad essere di stampo mutualistico. Questo è macroscopicamente visibile in tutto il suo articolato ma in particolare in quegli articoli dove si definiscono le prestazioni da erogare in perfetta continuità con il "personale dipendente o convenzionato" che c'è (art 25) cioè a lavoro invariante. Il lavoro non è riformato ma ribadito in tutti i suoi anacronismi in perfetta continuità con i principi del pubblico impiego (art 47) e secondo "qualifiche funzionali" che al tempo appartenevano ormai ai quei sistemi e a quei mondi che la riforma avrebbe dovuto riformare. Per cui l'uso della sanità resta mutualistico. L'offerta di prestazioni cambia di quantità ma non di qualità diventando a causa di ciò sempre meno sostenibile.

A questo limite davvero non secondario si aggiunge quello del riformatore dell'epoca che anziché sostenere la riforma con altre riforme (gli studi di medicina, il lavoro, la partecipazione sociale, i contratti, ecc.) finisce per lasciarla sola, cioè per isolarla, nell'illusione che essa si auto esplicherà. Ma nessuna norma è in grado di auto esplicarsi se non è coadiuvata da tutte le necessarie condizioni per la sua attuazione. Meno che mai se essa producendo inconvenienti di insostenibilità diventerà paradossalmente un problema. Quindi senza una riforma del lavoro la riforma della sanità dal punto di vista dell'uso e del consumo di assistenza sanitaria ha cambiato ben poco. Oggi dire riforma significa in particolare riformare la sovrastruttura riformando la medicina o meglio il modo di usare le conoscenze scientifiche, il lavoro, quindi l'operatività, le organizzazioni, il modello di governo, con lo scopo ribadito di de-quantificare la spesa sanitaria ma facendo più salute di prima. Se la sostenibilità fosse intesa come produzione crescente di salute la spesa sanitaria sarebbe relativamente de-quantificata. Ma se al contrario la cura resta di stampo mutualistico per forza il sistema avrà bisogno di un finanziamento sempre più incrementale perché dovrà inseguire le malattie costando in ragione dell'innovazione delle terapie e del resto sempre di più.

A questi limiti di fondo si aggiungono scelte ed errori. La riforma sanitaria occupandosi prevalentemente di contenitori e non di contenuti diventò subito un ostacolo perché, finì con l'accentuare i problemi di sostenibilità. Già negli anni 80 il problema politico non era più quello di attuarla e meno che mai di sviluppare parallelamente altre riforme, ancor meno di riformare il lavoro, ma era quello di gestire la spesa. Così vennero meno sia le ragioni del cambiamento sociale e culturale che avevano reso necessaria la riforma, sia le ragioni per le quali avremmo dovuto correggerne i limiti e fare altre riforme. La bestia nera definita "economicismo" e che oggi ha la forma del de-finanziamento nasce negli anni 80. Nasce non perché si è riformato ma perché non si è

riformato.

Questa rottura con il processo riformatore appena avviato e che negli anni 90 ci porterà all'azienda (scelta che da quel che si vede oggi a proposito di riordini regionali risulta visibilmente problematica) darà avvio ad una processione interminabile di politiche economicistiche:

- prima provvedimenti contingenti e urgenti quali misure di contenimento della spesa;
 - poi l'adozione di vere e proprie politiche calmieratrici;
 - quindi misure crescenti per la riduzione dei costi;
 - e ancora misure per la tassazione dei consumi (ticket);
 - poi il finanziamento in deficit cioè fingendo fabbisogni più bassi al momento della loro approvazione per poi compensarli con i ripiani a piè di lista;
 - e a seguire le famose misure di sotto finanziamento;
 - poi i fallimentari patti per la salute, fino ad arrivare ai giorni nostri;
 - quindi ai tagli lineari, ai piani di rientro, alla *spending review*, al de-finanziamento programmato, al finanziamento relativo da compensare con la riduzione delle risorse.
- Oggi come allora siamo alle prese con lo stesso problema. Con la differenza che oggi dopo 40 di economicismo il sistema è stremato.

Oggi si tratta di risolvere una volta per tutte questo problema e l'unico modo per farlo è riformare quello che sino ad ora per una ragione o per l'altra non siamo riusciti a riformare.

Le grandi invarianze: domicilio, medicina di base, specialistica, ospedalità

Le principali funzioni del sistema di cura della sanità pubblica previste dalla normativa vigente sono: l'assistenza di base, la specialistica, la farmaceutica, l'assistenza ospedaliera. Queste sono le funzioni portanti ma che negli anni dal punto di vista delle prassi e delle organizzazioni non sono cambiate un granché. Sono le funzioni portanti che in un qualsiasi processo di cura vedono all'opera le tre figure principali di medico: il generico lo specialista e l'ospedaliero. Sono anche le funzioni che articolano il processo di cura sostanzialmente in due tipi di servizi: l'ambulatorio e l'ospedale oltre ai quali va aggiunto il domicilio del cittadino malato. Infine sono le funzioni che coincidono con i tre livelli di complessità della cura previsti dalla riforma sanitaria e che nel loro insieme costituiscono la usl (unità sanitaria locale) e che si sarebbero dovuti integrare proprio per agire la usl cioè l'unità delle tutele.

Negli anni a seconda dei settori di cura, (per esempio la salute mentale, l'assistenza all'anziano, l'assistenza alle dipendenze, i servizi per l'ospedalizzazione diurna ecc.) oltre al domicilio, all'ambulatorio e all'ospedale si sono aggiunte ma solo in alcune Regioni particolari strutture intermedie alcune delle quali come ad esempio le rsa, le residenze protette, a metà strada tra ambulatorialità e ospedalità, ad indicare che i tre livelli di complessità non bastavano più a far fronte alla domanda di salute che si stava

sviluppando.

Ma a parte le “strutture intermedie” che si sono aggiunte inserendosi tra domicilio ambulatorio e ospedale il sistema portante “domicilio, ambulatorio, ospedale” è rimasto tale e ancora adesso costituisce la base operativa del sistema sanitario nazionale.

La sua invarianza non riguarda tanto la funzione che ovviamente va ribadita perché oggettivamente serve sia il domicilio sia l’ambulatorio e anche l’ospedale ma come viene agita e come viene organizzata.

Nello spirito originale della usl ad esempio domicilio ambulatorio e ospedale avrebbero dovuto integrarsi e questo nella maggior parte dei casi non è avvenuto. È solo da qualche anno che in alcune Regioni si parla di continuità della cura, di percorsi terapeutici, di case management, ma nella stragrande maggioranza dei casi domicilio, ambulatorio e ospedali restano momenti di cura autonomi e separati secondo la migliore tradizione tayloristica.

Molto tempo prima della riforma sanitaria esattamente nel 1968 la riforma ospedaliera prevedeva i dipartimenti cioè la possibilità di integrare le parti diverse di un ospedale al suo interno fino ai dipartimenti di organo e le parti dell’ospedale con i servizi extra ospedalieri. Nonostante siano passati ormai quasi 50 anni questa dipartimentalizzazione non è avvenuta e laddove è stata fatta è stata fatta nella logica dell’insieme cioè della somma di servizi non nella logica del sistema cioè dell’integrazione dei servizi. Cioè razionalizzando l’organizzazione tayloristica ma non già superandola. È quello che per certi versi sta avvenendo per le reti rispetto alle quali si fa fatica a concepire l’integrazione dei servizi con la logica interconnessionale restando ancora nella logica del taylorismo.

Quindi la prima invarianza riguarda i rapporti tra domicilio ambulatorio ospedale che sostanzialmente non mutano e se mutano non riescono ad andare oltre un’organizzazione che si riconferma tayloristica a parte quei casi nei quali a taylorismo invariante si aggiungono strutture intermedie o si adottano percorsi terapeutici o soluzioni del tipo case management.

La seconda invarianza è legata alla prima nel senso che sussistendo una organizzazione tayloristica alla fine prevale la *logica dell’enclave* cioè del servizio sostanzialmente autonomo quindi separato e giustapposto agli altri servizi del sistema. In particolare questo vale per la medicina di base, per la specialistica e per l’ospedale. La usl non diventerà *l’unità delle tutele* ma sarà nella maggior parte dei casi, salvo eccezioni, *la somma delle tutele*.

La terza invarianza deriva proprio dal modo di essere enclave del servizio e riguarda la prassi, l’operatività, lo stile di lavoro quindi gli operatori. Un conto è lavorare con *modalità tayloristiche* e un conto è lavorare con *modalità interconnessionali*. Per quanti sforzi si siano fatti per accrescere il grado di multidisciplinarietà del lavoro, il suo grado di integrazione interna il lavoro d’equipe, l’operatività reale resta nella maggior parte dei casi frammentata dando luogo a costi di transazione alti, a volte ingiustificati, a volte raddoppiati. L’operatività in concreto agisce quasi sempre nella logica della delega nel senso che il medico di base delega lo specialista il quale a sua volta delega l’ospedale, oppure più direttamente la medicina di base che delega all’ospedale.

La quarta invarianza riguarda *l’atto clinico* che agendo nel frammento del sistema e

non nel sistema si de-complessifica, cioè si limita al compito da esercitare in senso stretto, o meglio l'atto si riduce al compito inteso limitatamente ad un certo tipo di servizio da assicurare. Per cui un medico di base fa il medico di base come ha sempre fatto. La stessa cosa per lo specialista e per l'ospedaliero. Nel caso del medico di base con il rinnovo delle convenzioni alla classica visita medica nel tempo si aggiungono altre piccole funzioni ma sostanzialmente a modello professionale invariante.

Tutto questo anziché essere sottoposto ad un processo di riforma nel tempo è stato aggiogato ad un processo sempre più crescente di burocratizzazione, di amministrazione, di controllo, di restrizioni e di limitazioni, che ha ulteriormente appesantito l'attività professionale nei servizi.

Alla fine ritornando ai tre momenti principali del processo di cura, domicilio, ambulatorio, ospedale, le cose, cioè i loro pesi interni al sistema sono rimasti pressoché invariati. La scommessa della riforma era la "località" quindi il distretto cioè fornire alla soglia del malato ciò di cui aveva bisogno il che avrebbe dovuto significare un ruolo diverso del domicilio e un ruolo diverso dell'ambulatorialità e un ruolo diverso dell'ospedale. ma soprattutto ben altre prassi professionali.

La non riforma ha confermato e ingigantito nel tempo il ruolo dell'ospedale che oggi è diventato il principale capro espiatorio del de-finanziamento per cui stiamo assistendo ad una sua demolizione sistematica ma senza che vi sia di converso un'altra idea di domicilio, di ambulatorio, di distretto, di medico di famiglia o di specialista. Cioè oggi stiamo ributtando nel territorio quello che in questi decenni è finito a volte in modo ingiustificato in ospedale ma senza ripensare un alunché meno che mai la medicina di base o quella specialistica.

Due enclave: medicina di base e medicina ospedaliera

Medicina ospedaliera e medicina di base in realtà sono due storie parallele perché due sono i sistemi sanitari in questione che da sempre procedono in modo giustapposto e separato.

La distinzione in *enclave* tra medicina di base e ospedale è antica e precede di gran lunga la riforma del '78, nel senso che medicina di base e ospedale equivalgono a due universi paralleli concepiti fin dall'inizio come separati.

Dal 1938 cioè dal momento della prima riforma ospedaliera (Pettrignani) ai nostri giorni il modello di ospedale e la sua organizzazione di base ma anche i criteri di funzionamento e di classificazione non sono mai fundamentalmente cambiati come modelli, quindi come struttura, mentre come sovrastruttura cioè rispetto ai criteri funzionali qualcosa in più si è fatto (si pensi ai reparti ad alta intensità di cura ma non solo ai monoblocco alle piastre, alla spedalizzazione diurna, ecc.).

L'unica cosa che per quanto riguarda l'ospedale è davvero cambiata ma ribadiamo in costanza di modello è la sua definizione giuridica. Fino al 1968 sono stati inquadrati come

Istituzioni Pubbliche di Assistenza o Beneficenza, (IPAB); poi dal 1968 in poi con la riforma Mariotti divennero “*enti ospedalieri*” mentre con la riforma del '78 divennero “*stabilimenti*” delle unità sanitarie locali ma attenzione “*dotate dei requisiti minimi di cui all'articolo 19, primo comma, della L. 12 febbraio 1968, n. 132*”.

La storia del sistema ospedaliero è quindi una storia di ridefinizioni giuridiche ma a modelli funzionali invariati. Quando parliamo di modello parliamo di *struttura* e di *lavoro* come *opera* nella struttura. A struttura invariante e a professioni paradigmaticamente invariati, ciò che cambia è la sovrastruttura tecnica e giuridica nel senso che progrediscono con il progresso scientifico le possibilità diagnostiche e terapeutiche e cambiano le egide giuridiche degli enti e degli operatori.

L'ospedale comincia ad essere un problema di sostenibilità a partire dalle mutue che retribuendolo a giornata di degenza e pagando i medici ospedalieri in rapporto al numero dei posti letto ne hanno causato una estensione ingiustificata (offerta inappropriata), per poi ingigantirsi dalla riforma del '78 in poi quale costo a causa proprio della irrimediabilità del modello, per diventare ai nostri giorni la più significativa controparte del de-finanziamento, quindi il simbolo della massima insostenibilità.

La storia dell'assistenza sanitaria nel luogo di vita, quella comunemente definita medicina di base o di famiglia, anche essa è riassumibile in tre definizioni giuridiche: *condotte mediche* (1934), *assistenza mutualistica* (1942), *usl* (1978) ma con l'invarianza sostanziale del ruolo e della funzione della medicina di base e quindi del medico di base.

Il “*medico di famiglia*”, da medico condotto diventa *medico della mutua* per poi diventare *medico convenzionato* con il SSN, ma senza modificare sostanzialmente il suo modo di operare e soprattutto il suo rapporto separato con l'ospedale e con il sistema territoriale che a mano a mano gli cresceva intorno. Oggi il medico di famiglia è cambiato in peggio nel senso che è burocratizzato, soverchiato da controlli amministrativi, con autonomia sempre più limitata, la prima controparte della medicina amministrata, bersaglio di tutte le norme per l'appropriatezza, ma fino ad ora, nonostante in qualche caso abbia tentato la strada dell'aggregazione, cioè dei gruppi, chiuso nel suo enclave nel tentativo quasi disperato di difesa dell'autonomia del suo studio e della sua condizione di operatore libero professionista parasubordinato.

Rispetto all'ospedale e alla medicina di famiglia la riforma del '78 funzionò come un grande collettore cioè un vaso giuridico in cui confluì tutto ciò che c'era prima.

In questo senso la riforma del '78 a parte i suoi innegabili meriti riformatori si configurò quasi come un “*testo unico in materia di sanità*” che assemblava le tante medicine sparse quasi fosse un minestrone ma soprattutto quella di base, quella specialistica e quella ospedaliera.

La riforma del '78 di fatto sostituisce dopo ben 44 anni un altro “*testo unico delle leggi sanitarie*” definito e approvato con regio decreto nel 1934 che abbracciava tutte le problematiche sanitarie non ospedaliere le stesse che poi saranno riprese mutatis mutandis dalla riforma del '78.

Il testo unico delle leggi sanitarie del 1934 non comprendeva la questione degli ospedali che in ossequio alla tradizione dei mondi separati, fu affrontata separatamente come abbiamo già detto, nel 1938 e nel 1968. Per cui medicina di base e ospedale nascono e restano di fatto due universi separati anche dopo le riforme successive.

Un diabolico combinato disposto

La riforma ospedaliera 1938/68 alla fine definisce un modello e una organizzazione di base dell'ospedale che non sarà nei fatti riformato dalla riforma del '78 ma semplicemente mutuato, ovviamente con tutti gli adeguamenti storico-scientifici necessari mentre per ciò che riguarda la medicina di base sarà mutuata e inclusa di volta in volta dalle condotte alle mutue e quindi alle usl a partire dal testo unico del '34.

Quando giunse il tempo delle mutue, l'ospedale e la medicina di base, erano rispettivamente retribuiti il primo interpolando *giornata di degenza e numero dei posti letto* il secondo a *notula*, una accoppiata micidiale che causò a dismisura la crescita della spesa complessiva del sistema e nel medio lungo periodo il de-finanziamento del sistema.

L'interazione e il sovrapporsi di questi criteri è a monte del problema di sostenibilità finanziaria a dimostrazione che tanti problemi di oggi non sono altro che l'onda lunga di problemi mai risolti.

Fino alla riforma del '78 i posti letto continuarono a crescere (da 1964 al 1974 di circa 100.000) la spesa passò in dieci anni da 500 mld a 4.500 mld di lire, una spesa assorbita almeno per il 52% dal sistema ospedaliero.

La riforma del '78 eredita quindi uno sbilanciamento territorio/ospedale quindi un problema di sostenibilità finanziaria che non riuscirà mai a riequilibrare e che si porterà dietro fino ai nostri giorni.

Oggi si sta tentando di contenere questo sbilanciamento tagliando i posti letto ma la cosa assurda è che nessuno si pone il problema di riformare le cause antiche che lo hanno provocato e di risalire la china dei processi. La sanità a parte dimostrarsi la prima vittima delle amnesie ragiona per lo più con logiche di breve periodo e di piccolo cabotaggio.

Oggi dobbiamo ammettere una evidenza incontrovertibile: non basta una *covalenza giuridica* tra i servizi o gli operatori a integrare qualcosa e a creare le relazioni che non ci sono mai state o a riformare dei modelli. Medicina di base distretto e ospedale restano separati perché ciò che è stato concepito come diviso senza una riforma dei modelli non è facilmente integrabile. Per avere l'*unità delle tutele* bisogna progettare il sistema come a tutele unitaria. Se il sistema lo concepiamo come a tutele divise sarà molto difficile integrarlo. E questo perché la divisione tra servizi è organizzativa, normativa,

contrattuale, funzionale, culturale. La divisione tra servizi e tra mondi complessi non semplicemente tra strutture e prestazioni.

E poi come negare che negli ultimi anni a fronte di una grande retorica sull'integrazione le spinte sono state tutte prevalentemente disintegranti si pensi solo allo scorporo degli ospedali, all'autonomia gestionale dei distretti prevista con la 229, alle finte dipartimentalizzazioni, ecc.

La *covalenza giuridica* della usl cioè tutti dentro lo stesso contenitore giuridico non basta a riformare un sistema e meno ce mai ad integrarlo.

La riforma del '78 avrebbe dovuto anziché limitarsi a mettere tutti dentro lo stesso calderone, riformare profondamente l'offerta di salute per far costare di meno il sistema delle tutele nel suo complesso, ma l'impresa oggi appare decisamente fallimentare: la riforma e le riforme delle riforme non sono riuscite a riformare quello che avremmo dovuto riformare. È inutile negarlo.

In sintesi in circa 40 anni si è compromesso l'equilibrio tra bisogni e risorse, naturalmente con il concorso di altri fattori (variabile demografica, cambiamento della domanda di salute, ruolo dell'innovazione scientifica, problemi di spesa pubblica ecc.) al punto tale che oggi siamo al de-finanziamento programmato. Cioè al governo che non ha una strategia riformatrice non resta altro che *de-finanziare* ciò che non riesce a riformare anche a costo di privatizzare parte del sistema. Ai suoi oppositori a loro volta senza una strategia riformatrice non resta altro che rivendicare maggiori finanziamenti per difendere la natura pubblica del sistema.

Un ultima considerazione: se a monte dei nostri problemi di sostenibilità c'è il diabolico combinato disposto tra medicina di base, specialistica e ospedale che non cambiano, come è possibile oggi mettere il sistema pubblico in sicurezza cioè renderlo sostenibile senza riformare profondamente quel diabolico combinato disposto? Oggi in ospedale abbiamo i DRG al posto della retta per giornata di degenza, nella medicina di base abbiamo la quota capitaria al posto della notula per i medici di base, nella specialistica abbiamo il compenso orario, ma tutto questo non ci ha evitato il de-finanziamento. Perché?

Evidentemente non solo la *covalenza giuridica* non basta a cambiare le prassi ma nei confronti del problema sostenibilità serve intervenire cambiando anche i modi di retribuire i servizi, gli operatori, le prestazioni. Forse è arrivato il momento di retribuire servizi e prestazioni non con criteri indipendenti dai risultati e da quello che realmente si fa ma con criteri che riconoscano l'impegno, le capacità, l'abilità, la capacità organizzativa e che sappiano premiare tutti coloro che in un modo o nell'altro fanno sostenibilità e operano in modo sostenibile. Nei capitoli successivi affronteremo l'argomento. Per il momento accontentiamoci di annotarci che i sistemi retributivi di servizi, prestazioni, operatori non sono indifferenti alla questione sostenibilità.

Standardizzare l'invarianza

Abbiamo detto che gli ospedali cioè il massimo e più importante luogo di cura del nostro sistema sanitario e quindi per ovvi motivi anche il più costoso, ancora oggi sono concepiti nel loro modello fondamentale sulla base di norme definite in principio nel 1938 e poi completate nel 1968 e mutate in quanto tali dalla riforma del '78.

Questo spiega perché oggi l'ospedale rispetto ai problemi di sostenibilità è la “*questione delle questioni*”, perché esso nonostante l'indubbia innovazione che lo ha rinnovato nelle sue sovrastrutture (conoscenze procedure, nei mezzi diagnostici e di cura), è il meno riformato del nostro sistema sanitario, il luogo che più di ogni altro ha accumulato contraddizioni (contenzioso legale, medicina difensiva, regressività culturale) e il luogo preso più di mira di altri per governare in qualche modo la questione sostenibilità e il luogo dove più è acuto il conflitto tra professioni ma anche il luogo che più di ogni altro è stato posto apertamente in conflitto con gli altri servizi.

Ma spiega anche l'inadeguatezza delle politiche regionali di riordino volte soprattutto a ridurre il numero degli ospedali e dei posti letto ma a modello invariante.

La riforma sanitaria del '78 cade, così, nella sua più clamorosa contraddizione:

- da una parte con l'organizzazione territoriale teorizza un approccio integrato alle cure quindi una visione globale dell'intervento;
- dall'altra mutuando i due enclaves, ospedale e medicina di base, ha reso praticamente impossibile qualsiasi processo di integrazione.

Oggi laicamente si dovrebbe ammettere che la riforma del '78 (nonostante gli sforzi non disprezzabili di alcune Regioni) non è riuscita a mettere in comunicazione la medicina di base la specialistica e l'ospedale i quali restano per gran parte mondi separati e relativamente incomunicabili.

La riforma del '78 buca l'integrazione buca la sua idea di globalità, di continuità, di multidisciplinarietà... quindi buca il cambiamento e crea le premesse per un regressività organizzativa a scala di sistema.

E oggi a che punto siamo? Oggi sull'ospedale siamo fermi ad un regolamento (regolamento per gli standard ospedalieri GU del 4 giugno 2015). Che nei fatti perpetua le vecchie concezioni di cui abbiamo parlato.

Il regolamento oggi in vigore definisce gli standard funzionali dell'ospedale ed è il classico esempio di una logica marginalista e manutentoria in luogo di una logica riformatrice.

Vediamone le caratteristiche:

- il regolamento si muove nella vecchia logica della razionalizzazione della omogeneità e della standardizzazione... cioè stabilisce vincoli al contingentamento del numero dei posti letto;
- adotta un criterio vincolante di programmazione ospedaliera indicando alle Regioni il parametro della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, (3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie), da applicarsi tenendo conto anche della mobilità sanitaria interregionale, attiva e passiva;
- fissa criteri uniformi per la classificazione delle strutture ospedaliere in tre livelli a complessità crescente (presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti; presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti; presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti), prevedendo, per le strutture ospedaliere private accreditate, un numero minimo di posti letto in grado di assicurare efficacia e sicurezza delle cure;
- indica omogenei standard per singola disciplina fissando specifici parametri, da adottarsi tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale, documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità attraverso compensazioni tra discipline;
- fornisce oggettivi parametri di riferimento in materia di rapporto tra volumi di attività (numero annuo di prestazioni), esiti favorevoli/sfavorevoli delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e del risk management, provvedendo altresì a promuovere modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure;
- fissa standard generali di qualità, secondo il modello di Clinical Governance, per erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile (accountability), (si dice) centrato sui bisogni della persona;
- detta specifiche e uniformi indicazioni per la sicurezza degli impianti e delle strutture fornisce ulteriori standard per le alte specialità indica inoltre parametri di riferimento in materia di strutture per la chirurgia ambulatoriale, sotto il prioritario profilo della sicurezza dei pazienti;
- prevede che le Regioni organizzino la rete ospedaliera in reti specifiche in base al modello *hub and spoke* e fornisce per la rete dell'emergenza urgenza nuove indicazioni programmatiche ed organizzative, sollecita quindi specifici percorsi di integrazione terapeutici assistenziali quali ad es. quelli relativi alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria attraverso le unità mammarie interdisciplinari (breast unit), nonché di quelle di cui al documento di indirizzo nazionale avente ad oggetto la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia, elaborato dal gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero della salute, Regioni e PA ed esperti di Agenas e di società scientifiche;

- indica alle Regioni l'obiettivo di perseguire operativamente l'integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati, fornendo specifiche indicazioni relativamente alle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunità.

In sostanza sul piano attuativo, il Regolamento prevede che le Regioni provvedano ad adottare un provvedimento generale di programmazione per fissare la propria dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale. Questo è il suo obiettivo ma non c'è nessun intendimento riformatorio e il modello resta quello storico.

L'intramontabile criterio del posto letto.

Il regolamento che oggi definisce gli standard degli ospedali non vuole riformare "l'enclave ospedale" ma solo contenerne i costi. L'ospedale va semplicemente deospedalizzato ma nel senso che deve ridurre il numero dei posti letto, quindi ridimensionarsi come spesa e come sistema.

Queste le logiche del regolamento che non riforma:

- esso si muove nella logica della razionalizzazione della omogeneità e della standardizzazione... cioè stabilisce vincoli per contingentare "l'ospedale che c'è" contingentando il numero dei posti letto;
- il suo scopo è ridurre il numero dei posti letto per riconvertire un eccesso di funzione causato da un eccesso di strutture e di personale quindi stabilire quanta ospedalità pubblica e convenzionata sia "programmabile" cioè a carico del servizio sanitario;
- continua ad usare il bacino di utenza quale criterio per classificare gli ospedali in tipologie;
- la sua logica è volumetrica nel senso che il numero delle strutture, la loro eventuale integrazione dipartimentale o la loro organizzazione per intensità di cura dipende alla fine dal rapporto numero dei posti letto, numero annuo di prestazioni e esiti.

Il regolamento, a parte ribadire i modelli introduce almeno in teoria alcune novità importanti (gli standard generali di qualità secondo il modello di *clinical governance*, le reti in base al modello *hub and spoke* ecc.), ribadisce alcune indicazioni europee (percorsi di integrazione terapeutici assistenziali, presa in carico multidisciplinare quali le *breast unit*, e il sostegno psicologico ai pazienti oncologici e ai loro familiari, ribadisce infine gli immancabili principi per l'integrazione ospedale territorio nel senso di ammissioni appropriate, dimissioni pianificate e protette, percorsi assistenziali integrati, ecc.).

Ma alla fine della fiera, cioè stringi stringi il regolamento ribadisce due cose:

- un modello vecchio di ospedale;

- la dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale.

L'operazione di fondo è e resta la deospedalizzazione ma non la riforma del modello. In questa operazione il *posto letto* esattamente come quasi un secolo fa resta il criterio dei criteri. A partire dal *posto letto* l'ospedale viene dimensionato o ridimensionato ma mai riformato.

In questo modo di vedere all'ospedale il "*posto letto*" ha la funzione della sinédoche cioè definisce il tutto attraverso una parte. Criticare il posto letto significa criticare tutto quello che lo spiega e lo giustifica come parametro di programmazione e ciò che lo spiega è da un punto di vista normativo e culturale la riforma ospedaliera del 38/68. Nel definire lo standard di posti letto come unico criterio ordinatore dell'ospedale si conferma un "*genere*" di ospedale che ha più di un secolo. Criticare il criterio del posto letto a "*genere*" di ospedale invariante non è così convincente come non è convincente riattualizzare, come fa il regolamento, una vecchia idea di programmazione ospedaliera.

Il regolamento è semplicemente un atto separato e distinto di programmazione del numero dei posti letto esattamente come è previsto dalle norme sulla programmazione ospedaliera del 68 in barba a tutti i discorsi pur preziosi sull'integrazione, sulla continuità, sulle cure primarie e sul territorio ecc., Tutti sanno che la necessità di posti letto è funzione dell'intero sistema di servizi. e che non si possono programmare posti letto senza definire a monte le condizioni para-ospedaliere dell'assistenza. La necessità di posti letto è in pratica inversamente proporzionale all'entità del sistema dei servizi Ma il regolamento sugli standard sembra ignorare tale interdipendenza e usa il posto letto quale criterio auto-riferito come se l'ospedale fosse per l'appunto un enclave.

Medicina discreta o medicina continua

Per la medicina di base come stavano le cose prima delle mutue? Prima che l'ospedale diventasse il centro del sistema la medicina si faceva soprattutto a domicilio del malato quindi nel suo luogo di vita. Essa con il testo unico delle leggi sanitarie del 1934 era svolta soprattutto dai medici condotti, stipendiati dai comuni che curavano gratuitamente i più bisognosi e che erano pagati per gli altri a tariffa. Quindi condotte e luogo di vita dei malati erano coincidenti.

Con le mutue ai medici condotti si affiancarono in modo del tutto parallelo i famosi "medici della mutua" (pagati a notula) la mutua piano piano prende il posto della condotta. Medici condotti e medici della mutua entrambi saranno superati con la riforma del '78 con l'istituzione del *medico di medicina generale convenzionato* un libero professionista pagato come un pubblico dipendente ma del tutto indipendente dal resto del sistema sanitario.

Oggi per ragioni di sostenibilità si dovrebbe ri-bilanciare il sistema sanitario sul luogo di vita facendo del distretto uno snodo o una cerniera tra comunità e ospedale intendendo per sanità un *sistema continuo* non un *sistema discreto* che va dalla medicina di base a quella ospedaliera. Ma cosa vuol dire *continuo* e *discreto*?

Un sistema sanitario è considerato:

- *discreto* se è costituito da servizi o funzioni *isolati*, anche se contigui e giustapposti tra loro;
- *continuo* se contiene servizi o funzioni tra i quali non vi sono *spazi vuoti* cioè vi siano relazioni funzionali attive che abbattano le barriere.

La lettura attenta della riforma del '78 rivela una curiosa quanto fatale contraddizione tra il concetto di *continuo* e il concetto di *discreto*:

- da una parte quando si parla di prestazioni da erogare tutte le funzioni dalla medicina generale all'assistenza ospedaliera passando per quelle distrettuali e specialistiche ambulatoriali sono considerate *continue* (art.14/usl,19/prestazioni delle usl, art 25/prestazioni di cura), cioè sono tutte poste sullo stesso livello e considerate un unico sistema continuo;
- dall'altra però proprio perché non c'è stata nessuna riforma dei modelli e tutta l'operazione si è appiattita sulla *covalenza giuridica* dei servizi ogni funzione è autarchica, quindi in questo senso il loro insieme si costituisce quale *insieme discreto* dove tutto è discreto non solo il territorio nei confronti dell'ospedale ma anche la medicina generale e il distretto e nel distretto ogni ambulatorio e il distretto e l'ospedale.

La riforma del '78 non ha rimosso la contraddizione tra ciò che per essere *continuo* non può essere *discreto*. Questa contraddizione oggi più pesante di ieri ci è costata cara proprio in termini di sostenibilità:

- ha sbilanciato il sistema sempre più sull'ospedale;
- ha svalutato il territorio facendone alla fine una sanità ancillare all'ospedale.

Oggi si parla di *riforma delle cure primarie* in modo del tutto separato da questi problemi, quindi come una semplice riorganizzazione dei medici di medicina generale, senza sapere che se non vi sarà un ripensamento riformatore vero, dei rapporti tra medicina di base specialistica e ospedaliera, si farà l'ennesimo buco nell'acqua.

Oggi la medicina di base, ma per certi versi anche la specialistica, è ancora un servizio discreto non continuo. Il problema politico che si pone e che viene fuori tutte le volte che si definisce l'atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione per la medicina generale, è che alla fine non si può riformare un bel niente se la medicina di base resta un *enclave*. Cioè il *continuo*, molto più conveniente dal punto di vista della sostenibilità, non può

affermarsi se il sistema resta *discreto* e in particolare se la medicina generale e l'ospedale restano *discreti*. Non c'è verso se vogliamo davvero rendere sostenibile la sanità pubblica tanto la convenzione per la medicina generale che il rapporto di dipendenza pubblica degli ospedalieri, debbono essere ripensati. La storia citata a proposito del “*diabolico combinato disposto*” che ha contribuito a segnare la fine del sistema mutualistico perché ha enormemente accresciuto il costo delle prestazioni a fronte di entrate inadeguate dimostra che i sistemi retributivi (costo del lavoro) sono funzioni importanti o di sostenibilità o di relativa insostenibilità. Oggi non è un caso se le principali politiche di de-finanziamento passano per il “*costo zero*”, per la de-capitalizzazione del lavoro, per il blocco del turn over, cioè passano per la *riduzione coatta del costo del lavoro* a invarianza di modi retributivi. Il senso politico è abbastanza intuitivo: siccome il governo e i sindacati non sono in grado di riformare i sistemi retributivi in essere sia per quanto riguarda i medici di famiglia sia per quanto riguarda gli specialisti che gli ospedalieri (quota capitaria, compenso orario, compiti) non resta che tagliare sul loro costo dal momento che il costo del lavoro è parte costitutiva del costo delle prestazioni. Un discorso analogo si fa con la *medicina amministrata*: siccome il sistema retributivo dell'operatore in nessun caso è orientato ai risultati (sugli incentivi di produttività è meglio stendere un velo pietoso) non resta che limitare l'autonomia del lavoro per farlo costare di meno.

In un caso o nell'altro basterebbe ripensare le forme retributive per fare sostenibilità e decomprimere il costo del lavoro rimuovendo gli ostacoli che gli impediscono di crescere.

Capitolo 5

Proposte di riforma

Prima proposta. Ridefinire il concetto di tutela

I. (Concetto di tutela)

L'idea di *tutela* fin dalle sue antichissime origini ha avuto sempre il significato di difesa. La difesa dell'ambiente, la difesa dei minori, la difesa degli interessi, la difesa di un paese, di un diritto, è *tutela*.

Nel campo della sanità *tutelare la salute* significa difendere le persone dalle malattie, cioè curarle quando si ammalano e prevenire le malattie quando è possibile. Ma oggi in ragione di tantissimi cambiamenti sociali, culturali e scientifici usare il termine di *tutela* in senso difensivistico è inadeguato e semplificatorio.

Oggi la salute non si difende ma si costruisce in tutte le accezioni riconducibile a questo verbo. La si costruisce con dei programmi intersettoriali, la si costruisce con le relazioni, la si costruisce con il malato, la si costruisce con un buon medico, la si costruisce con il cittadino, con le informazioni, con la partecipazione.

Oggi l'idea di difesa del malato e del cittadino dalla malattia, nel senso sia della cura che della prevenzione, è diventata una cosa molto più complessa di quella definita dalle norme per cui l'idea di tutela va ridefinita. Oggi per tutela sanitaria si intende convenzionalmente il complesso delle prestazioni previste a carico dello Stato i famosi LEA. Ma oggi sono proprio le prestazioni che vanno oltre il senso ristretto dei loro significati tecnici strumentali e clinici. Oggi a tali significati si aggiungono quelli che riguardano l'appropriatezza, l'adeguatezza, la pertinenza, le abilità professionali, la partecipazione alle scelte e tante altre cose. Oggi è necessario tendere ad ottimizzare le risorse, agire dentro delle relazioni, avere esiti di umanizzazione, riferire delle singolarità delle persone, quindi pensare ad una cura personalizzata. Oggi la prestazione non va solo *assicurata* ma va *costruita* sempre rispetto ad una situazione, una contingenza, una organizzazione, un contesto ma soprattutto una persona.

Quindi oggi la prestazione a sua volta è sovradeterminata da una sua propria complessità e per questo essa è poco riducibile ad un significato di difesa o di tutela banale. Oggi la tutela sanitaria non è più solo una questione di prestazioni per questo come idea andrebbe ripensata. Dalla *difesa* quindi alla *costruzione*.

II. (Concetto di salute)

La *produzione della salute* non è solo prevenzione come la intendono i più, ma è qualcosa di molto più complesso. Su questo terreno il ripensamento riformatore prima di tutto riguarda l'incontro tra l'art. 32 della Costituzione e la riforma del '78 ma anche con la

“riforma della riforma” del '92 e con la terza riforma del '99.

Questo punto è una pesante invarianza culturale della quale non siamo riusciti a liberarci.

Partiamo dall'art 32 della Costituzione italiana:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

La riforma sanitaria del '78 circa 30 anni dopo allarga l'ambito degli aventi diritto alla tutela della salute oltre gli indigenti, quindi generalizza il diritto alla salute a tutti i cittadini, interpretando il diritto individuale alla salute come universale. Ma nel fare questo essa *non riforma* quello che avrebbe dovuto riformare sia per superare il sistema mutualistico che per compensare i costi dell'estensione universalistica e garantire così una maggiore sostenibilità del sistema.

Ciò che non riforma è l'idea stessa di *diritto* che resta confinato in quanto *diritto naturale* nella vecchia cultura giusnaturalistica della protezione sociale. Il non aver riformato l'idea di diritto ha impedito di riformare l'idea di tutela che su quel diritto si fondava riconfermando per questa ragione una tutela di stampo mutualistico. Allargare il diritto senza ripensarlo, cioè senza ricontestualizzarlo all'interno dei mutamenti socio-economici ma anche culturali dell'epoca, ha creato le condizioni negative sulla base delle quali nel tempo la questione insostenibilità diventerà la palla al piede del sistema.

Allargare il diritto senza ripensarlo in pratica ci ha precluso, da una parte di riformare la domanda e dall'altra di riformare di conseguenza l'offerta. La tutela come idea strategica così è rimasta ferma ad una concezione prettamente curativa e riparatrice. Il passaggio riformatore vero, quello da una politica di *mutual health policy* ad una politica di *healthy public policy* non è ancora avvenuto.

Oggi tutti coloro che sono contro il de-finanziamento invocano la prevenzione per ridurre il numero di malattie ma costoro ancora non si sono resi conto che il sistema universale non funziona di fatto come un produttore di salute ma come un riparatore di malattie. Per cui è inutile negarlo: l'idea mutualistica di tutela, pur con tre riforme, sino ad ora è stata solo marginalmente modificata. Per produrre salute e non fare solo prevenzione si dovrebbe reinterpretare il taglio giusnaturalistico sia dell'art. 32 che della riforma del '78, del '92 e del '99.

Oggi si deve andare oltre una idea di diritto quale tutela giusnaturalistica. La salute non è un diritto naturale da proteggere ma è un diritto di cittadinanza cioè un diritto politico da costruire, che per essere costruito ha bisogno di tutelare certamente gli individui e la

collettività dai rischi di malattia con la prevenzione ma soprattutto di costruire le condizioni contestuali grazie alle quali si impedisca nel limite del ragionevole l'insorgenza delle malattie.

III. (*Salute e democrazia*)

Cosa avremmo dovuto riformare nel '78, nel '92 e nel '99, a proposito di art. 32

Cinque le questioni centrali:

- l'idea di salute non è solo assenza di malattia o un benessere generico (Oms) o come si dice ora, integrità psico-fisica, ma è uno scopo, un risultato, un esito, quindi una condizione individuale e collettiva, che si raggiunge solo attraverso un programma. La salute non è la difesa di una verginità biologica ma è soprattutto la costruzione dei suoi determinanti in contesti precisi. Quindi la salute non è solo difesa da agenti nocivi cioè tutela dell'integrità psico-fisica dell'individuo come si continua a dire stancamente, ma è il programma che la costruisce come scopo cioè è l'esito dell'azione coordinata di certi determinanti tra loro legati da rapporti di co-referenzialità. La salute è un valore di uso in ragione del quale si attua un programma che lo afferma. Ripercorrendo i principi di fondo dell'art 32.

- *L'idea di tutela*, non è solo protezione, oggi il cittadino non è un incapace da tutelare come se fosse un minore, ma a certe condizioni è capace di difendersi usando tutto quanto medicina e prevenzione compresa, gli mettono a disposizione. Oggi è il cittadino che si prende cura di se stesso diventando in questo modo il primo soggetto costruttore di salute.

- *L'idea di diritto alla salute* è un diritto di cittadinanza quindi un diritto politico e come tale nasce prima di tutto dall'uso della cittadinanza, facendo leva sulla comunità, facendo della comunità il terreno preferito della sussidiarietà.

- *L'idea di interesse collettivo*, che nell'art. 32 si riferisce ad una vecchia concezione igienista (rammentiamo che ai tempi dell'art. 32 la salute era delegata al ministero dell'Interno) oggi è una delle chiavi di volta delle politiche di sostenibilità per cui è diventata un interesse generale e come tale non è circoscrivibile più nell'ambito della sanità. La salute come interesse generale è sanitario e sovra-sanitario.

- *L'idea di "repubblica"* oggi va oltre le istituzioni sanitarie che si occupano della prevenzione cioè riguarda l'intero apparato istituzionale dello Stato quasi a voler sottolineare che la salute è un bene primario che in quanto tale va costruito in modi diversi ad ogni livello e che per questo necessita di una meta organizzazione. Questa è la *co-referenzialità* cioè le istituzioni utili assumono la salute come un comune referente condividendo un programma comune. Nello stesso tempo "repubblica" si riferisce ad uno stato democratico rispetto al quale il *popolo* resta sovrano e la cui sovranità viene esercitata anche come il principale soggetto di salute. *Salute e democrazia* sono la stessa cosa.

Se queste cinque idee fossero state riformate o ricontestualizzate traendone tutte le conseguenze organizzative e culturali, operative e pragmatiche, oggi il nostro sistema sanitario non sarebbe una super mutua al contrario sarebbe un moderno sistema *health oriented*.

Quindi ribadiamo, per prima cosa ridefiniamo cosa vuol dire oggi “tutela”, “diritto”, “salute”.

IV. (Oltre la logica igienistica)

A impedire l’affermazione nel nostro paese della *salute primaria* non è stata solo una interpretazione regressiva del diritto alla salute ma anche una concezione culturale a dir il vero molto poco moderna di prevenzione. Mentre gli anni ’70 (gli anni della riforma) sono gli anni della complessità, della sistemica, della cibernetica, e di molto altro, buona parte delle scienze del vivente, in particolare la biologia, si rimettono radicalmente in discussione, la “prevenzione” continua ad essere letta dalla sanità quindi dalla medicina con vecchie culture positiviste, deterministiche, lineari, meccanicistiche quindi dentro un vecchio paradigma igienista-positivista che proprio sulla complessità si mostrerà molto poco inefficace.

In poche parole nel ’78 di fatto si confina la prevenzione dentro uno schema culturale riduttivo e semplificato con ciò condannandola ad essere usata in ambiti limitati. Ancora oggi l’epistemologia che si usa in ospedale per curare le malattie è la stessa che si usa fuori dall’ospedale per prevenire le malattie. Attenzione a non equivocare stiamo parlando di del ragionamento a base della logica della prevenzione che è quello che è a base di tutta la medicina.

Questa epistemologia si chiama *clinica*. Come dire che:

- vi è un uso della clinica per curare le malattie e un uso della clinica per curare (rimuovere) le cause delle malattie;
- sulla persona i sintomi rivelano la malattia, sull’ambiente i sintomi sono i fattori di nocività che rivelano i rischi, le esposizioni, gli inquinamenti.

Questo apparato concettuale definito *tutela* degli ambienti di vita e di lavoro è molto al di sotto delle sfide che un’idea rinnovata di salute comporterebbe e nella norma del ’78 è declinato (soprattutto artt. 20/21/22/23... e quindi art. 24) con certe modalità tecniche, metodologiche e epistemologiche, dando luogo a servizi, dipartimenti, professioni e metodologie... che a distanza di tempo si sono dimostrate decisamente inadeguate.

Alla fine se andiamo a vedere cosa fa oggi un *dipartimento di prevenzione* ci accorgiamo che dal punto di vista funzionale (*mutatis mutandis*) non fa molto di più di quello che

faceva l'ufficiale sanitario comunale circa un secolo fa (art. 40 Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265):

- vigila sulle condizioni igieniche e sanitarie del comune;
- vigila sull'igiene delle scuole e degli istituti di educazione e istruzione, degli opifici e in genere di tutti gli stabilimenti ove si compie lavoro in comune;
- denuncia ogni trasgressione alle leggi e ai regolamenti sanitari;
- certifica le condizioni di idoneità;
- raccoglie tutti gli elementi per la relazione annuale sullo stato sanitario del comune.

V. (*Servizi per la salute*)

Oggi i *servizi per la prevenzione* sono in crisi in parte perché:

- hanno tutti i problemi che hanno gli altri servizi al tempo del de-finanziamento;
- hanno perso il treno del ripensamento culturale;
- pagano per primi le conseguenze di un progetto che in realtà non è mai decollato.

Ribadiamo: la riforma del '78 è stata interpretata mantenendo una vecchia idea di tutela concepita prevalentemente come controllo, vigilanza quindi "difesa da..." ma in nessun caso come un programma multidisciplinare e multisetoriale in grado di costruire la salute come un diritto di cittadinanza.

Oltre a questo la riforma del '78 ha commesso l'errore di ridurre il discorso sulla salute ad una *metodologia*, considerandola però una *strategia*. La prevenzione primaria altro non è che una metodologia di derivazione igienista che si basa sulla ricostruzione dei nessi di causalità tra certe cause e certi effetti. Vale la pena ricordare che per igiene si intende una scienza medica, che come obiettivo ha il mantenimento, il potenziamento e la promozione della salute del singolo individuo e della collettività.

L'igiene non si pone il problema di costruire e produrre salute ma solo quello di "mantenere" la salute naturale di una persona o di una collettività.

Le carenze culturali della riforma del '78 in tema di prevenzione ancora oggi sono visibili in come sono organizzati e concepiti i servizi ma in particolare nell'ultimo Piano nazionale di prevenzione 2014/2018. In esso si parla di "*Salute in tutte le politiche*" ma restando nelle logiche del regio decreto del 1934.

Due i grandi limiti:

- il primo è il disimpegno finanziario che dimostra come il piano sia un provvedimento

dovuto ma che il ministero per primo non considera strategico;
- il secondo è il disimpegno culturale.

VI. (Fondo salute)

Se bisogna fare “*salute in tutte le politiche*”, allora bisognerebbe costituire un “*fondo salute*” in seno alla programmazione economico-sociale al quale tutte le politiche di settore contribuiscono a finanziarlo. Ridurre il finanziamento solo al settore sanitario oltretutto in modo marginale è come se il problema salute fosse solo sanitario, mentre così non è.

Se la salute è complessa, la migliore epistemologia per governare questa complessità è quella di costruire un *programma programmando i tanti condizionali che lo esplica* per cui meglio sarebbe organizzare una strategia nella quale vi siano metodologie promozionali, preventive, previsionali, predicibili, simulative, programmatorie ecc. Quando le variabili da governare sono tante, la prevenzione non basta e ancor di più se essa è concepita con logiche lineari e deterministiche poco aggiornate. Meglio sarebbe parlare di “*predicibilità*” della salute da non confondere nè con la prevenzione e ne con la previsione. Ma nessuno che si occupi di prevenzione sa cosa sia.

La “*predicibilità*” costruisce salute con delle ipotesi di salute corroborabili dentro una strategia di produzione della salute quale ricchezza cioè come se la salute fosse un capitale. La salute, al pari di qualsiasi altra materia prima o di qualsiasi altro genere di capitale, partecipa alla formazione della ricchezza. Il modo più efficace per ridurre la spesa sanitaria non è quello di de-finanziarla a numero di malattie invariante, ma è accrescere la ricchezza producendo più salute, e quindi riducendo le malattie.

In conclusione se vogliamo davvero fare sostenibilità dal momento che la cura delle malattie è una spesa inevitabilmente incrementale dobbiamo *creare salute* (non solo tutelarla) creando salute si riforma la domanda che ora si rivolge mutualisticamente indisturbata al sistema sanitario e di conseguenza si creano le basi per ripensare l’offerta di servizi.

Si rammenti che in Europa nel 2012 a causa dell’inquinamento atmosferico sono morte prematuramente 491mila persone e l’Italia con i suoi 84.400 decessi è prima per quanto riguarda il numero assoluto. I dati sono dell’Agenzia Europea per l’Ambiente (AEA).

Seconda proposta. Riconoscere il nuovo ruolo del cittadino

I. (*Domanda e offerta*)

La sostenibilità finanziaria implica che si riformi l’uso e il consumo di sanità

intervenendo sostanzialmente su due ambiti:

- la domanda.
- l'offerta.

L'obiettivo è di mettere in equilibrio la domanda con l'offerta e viceversa il che vuol dire non tanto che è l'offerta che si deve adeguare alla domanda dando per scontato che la domanda qualunque essa sia è indiscutibile, quanto che tanto la domanda che l'offerta debbano essere prima di ogni cosa *compossibili* cioè senza contraddizioni, quindi organizzate per essere in equilibrio reciproco.

L'intervento riformatore deve essere concepito come contestuale cioè la domanda definisce l'offerta e viceversa.

Sino ad ora le uniche politiche che hanno riguardato la domanda sono state:

- di tipo fiscale cioè si è tentato di tassare il consumo (ticket);
- di tipo selettivo ponendo vari tipi di sbarramenti all'accesso ai servizi;
- di privatizzazione del consumo favorendo il ricorso al privato soprattutto per le prestazioni diagnostiche e specialistiche.

Ma in nessun caso in questi anni si è pensato di intervenire per:

- ridurre la domanda di sanità;
- qualificare il ricorso all'assistenza sanitaria in termini di pertinenza;
- responsabilizzare il cittadino.

Ridurre la domanda di sanità vuol dire prima di ogni altra cosa produrre *salute primaria* quindi ridurre le malattie, il tasso di morbilità. In sintesi si tratta di ridurre i bisogni di cura attraverso la produzione di salute quale ricchezza.

II. (Deontologia sociale)

Qualificare l'uso della sanità vuol dire educare il cittadino all'uso dei servizi (la medicina difensiva è anche un suo problema, l'appropriatezza è anche un suo problema) e ovviamente responsabilizzare gli operatori principalmente nella lettura del bisogno sanitario.

Responsabilizzazione il cittadino al *dovere della salute* e non solo al diritto significa la creazione di una moderna *deontologia sociale*.

La "*quarta riforma*" dovrebbe contenere un capitolo sulla deontologia sociale soprattutto sui doveri del cittadino rispetto alla salute e all'uso dei servizi. Va da se che per pretendere il rispetto dei doveri è indispensabile rispettare i diritti.

Ridurre la domanda di sanità per produrre salute significa soprattutto *creare salute a*

livello di comunità e a livello di responsabilizzazione individuale. Fare salute significa promuoverla cioè costruirla presso le persone per farne le prime protagoniste.

III. (*Gli interventi possibili*)

Molti sono gli interventi possibili si tratta di:

- delegare su scopi di salute primaria il *Comune* come ente per la salute sociale togliendo le funzioni genericamente definite di prevenzione alle aziende sanitarie e conservando le titolarità di legge in capo alle Regioni ma solo per gli aspetti programmatici di pianificazione e di integrazione delle politiche;
- definire il sindaco quale *sponsor della salute* quindi come il primo riferimento dei servizi di prevenzione e delle politiche regionali; assistere le funzioni comunali e il ruolo dello sponsor di salute con gli strumenti di conoscenza epidemiologica in uso oggi a livello regionale e presso i dipartimenti per la prevenzione cioè organizzare uno scambio di conoscenze periodico tra lo stato di salute percepito dai cittadini e dal comune e il quadro epidemiologico a livello regionale. Gli strumenti sono le conferenze per la salute, i report, i piani territoriali per la salute ecc.;
- ripensare i *dipartimenti per la prevenzione* nel loro modello organizzativo, i rapporti tra dipartimenti, territori e assistenza di base, le metodologie e gli strumenti di intervento.

Su un altro piano si deve muovere la responsabilizzazione del cittadino:

- mettendo in campo iniziative volte alla sua sensibilizzazione e formazione;
- prevedendo contro-ticket vale a dire forme di incentivazione dei comportamenti responsabili;
- studiare forme di agevolazioni fiscali con lo scopo di premiare e incoraggiare i comportamenti che nel complesso qualificano la domanda di salute riducendo il ricorso alla assistenza sanitaria.

IV. (*Partecipazione sociale*)

Di particolare rilevanza riveste il discorso della *partecipazione sociale del cittadino* ai fini di controllo e qualificazione della domanda.

A questo proposito è importante:

- modificare la concezione aziendale tipica dell'azienda manifatturiera in essere nel senso di una *azienda di servizi a management diffuso* per ciò che riguarda gli operatori e a *gestione socialmente assistita* per ciò che riguarda i cittadini, il comune e il sindaco.

Non si tratta di tornare ai vecchi comitati di gestione ma di mettere insieme l'idea del *comitato sociale* quale forma di controllo sociale sull'attività dell'azienda con l'idea propriamente di azienda. Non è più accettabile una concezione aziendale auto-riferita solo all'offerta. L'offerta di servizi per interfacciarsi con la domanda di salute deve essere controllata socialmente dai famosi *stakeholder*, cioè dai cittadini (si tratta di studiare le forme più adatte e efficaci e gli strumenti di controllo). Il significato politico è che il comune quindi il sindaco deve *partecipare alla gestione* non gestendo direttamente ma controllandola e soprattutto intervenendo in modo deliberativo sui suoi atti programmatici;

- quindi *partecipazione sociale quale governo della salute* organizzando almeno quattro nuclei importanti: 1) la soddisfazione del cittadino e la sua valutazione rispetto alle scelte di politiche sanitarie dell'azienda e rispetto ai servizi di cui usufruisce; 2) il ciclo della qualità orientata al cittadino; 3) i processi di valutazione ispirati al principio del controllo condiviso; 4) la costruzione partecipata dei piani di salute territoriali;

- la partecipazione sociale quindi come modo di essere del sistema salute e come organizzazione della sussidiarietà;

- organizzare un sistema informativo permanente che preveda i seguenti strumenti: 1) report cioè relazioni informative che lo sponsor della salute deve fare periodicamente; 2) relazioni sullo stato di salute della comunità; 3) definizione di indicatori di salute e di benessere; 4) libretti sanitari ecc.

V. (Non solo epidemiologia)

Proprio in ragione degli scopi di sostenibilità si pone la necessità di ridurre in generale quei particolari costi definiti di *"transazione"* dovuti a cattive e distorte *"transazioni sociali"* cioè a cattive relazioni e scambi tra la domanda di salute e l'offerta di tutela sanitaria (contenzioso legale, medicina difensivistica, comportamenti opportunistici, mancanza di informazione, deresponsabilizzazione, inappropriatezza, sprechi ecc.).

La domanda sociale di salute oggi non è riducibile a semplici parametri epidemiologici. Sino ad ora il presupposto di fondo della programmazione sanitaria si basava sulla corrispondenza malattie/servizi, o meglio la domanda di cura e di assistenza era interpretata attraverso l'epidemiologia. Oggi questo modo di intendere la domanda attraverso una funzione epidemiologica non è sufficiente perché non tiene conto delle qualità sociali e culturali della domanda. La programmazione di cui parleremo più avanti in una proposta specifica, strumento indispensabile per produrre salute i deve certamente tenere conto dei profili epidemiologici dei territori, ma nello stesso tempo deve tener conto anche delle caratteristiche dei "bisogni" che non hanno nulla a che fare con l'epidemiologia. Questi sono soprattutto bisogni "relazionali", di "personalizzazione", di riconoscimento delle "differenze", di approcci nuovi alla "complessità" del bisogno, di partecipazione, di informazione, di validazione consensuale ecc. vale a dire bisogni che in un modo o nell'altro caratterizzano la domanda di una comunità.

VI. (*Paziente/esigente*)

Oggi la domanda di salute è caratterizzata soprattutto da un cambiamento radicale della figura tradizionale del “*paziente*” che è diventato un soggetto a molti ruoli cittadino, utente, contraente, cliente, persona, beneficiario, paziente, esigente ecc. Ma l’assunzione del cittadino quale soggetto di salute, dal punto di vista della domanda, vale come assumere un nuovo riferimento al quale offrire “nuove qualità”, “nuovi modi di essere”, “nuove espressioni professionali” e di servizio in cambio di nuove sue responsabilità. Questo nuovo soggetto deve essere il *primo operatore di salute* e in quanto tale esso esprime una forte domanda di “*relazione*” e di “*informazione*” cioè una domanda che per essere letta efficacemente deve ridiscutere tutti gli approcci alla salute che hanno prevalenti caratteristiche di “*impersonalità*” vale a dire approcci privi di relazioni. Oggi il sistema sanitario nel suo complesso non ha relazioni convincenti con il cittadino perché le uniche relazioni che ha sono tutte appiattite sul versante dell’offerta (servizi, operatori, gestione, istituzioni ecc.).

VII. (*Relazioni*)

Senza *relazioni sociali* con la comunità di un territorio e senza *relazioni personali* con i cittadini è difficile fare salute e quindi è difficile qualificare la domanda. Le soluzioni di partecipazione prima indicate servono a soddisfare le esigenze di conoscenza e di informazione sullo stato di salute dei cittadini ma anche ad avere relazioni con la comunità e con le persone. Si tratta di capire se quello che c’è (distretto, assistenza di base, servizi, dipartimenti ecc.) si può meglio mettere “*in relazione*” alla domanda sociale, cioè se sia possibile educare alla relazione, orientare gli operatori e i servizi, ad accettarla e a ricercarla.

La ragione, ai fini della riforma della domanda, è molto pratica:

- da una parte è proprio la cattiva relazione tra sanità e società che è corresponsabile dei problemi riconducibili alla domanda;
- dall’altra i maggiori costi di transazione (diseconomie, sprechi, inefficienze ecc.) che pongono problemi di sostenibilità, provengono tutti da grandi problemi relazionali (è dimostrato che la capacità relazionale degli operatori abbatte il contenzioso legale, che la medicina difensivistica è tale perché vizia deliberatamente le relazioni con il malato ecc.).

In pratica si tratta per riformare la domanda cambiando i *modi di essere non relazionali* con *modi di essere relazionali* ripensando, per quello che è possibile, il modo di essere “*impersonale*” dei servizi ma anche delle politiche. Aumentando il grado di relazionalità del sistema salute è possibile migliorare la qualità della relazione tra salute e società e nello stesso tempo ridurre significativamente certi costi di transazione. Accrescendo il grado di relazionalità è possibile riaccreditare la sanità pubblica presso i territori di

riferimento e iniziare a reimpostare un “*patto fiduciario*” senza il quale non si va da nessuna parte.

Terza proposta. Ripensare la medicina

I. (Dalla medicina positivista alla medicina pragmatica)

La tesi generale delle proposte che seguiranno è che oggi, per un mucchio di ragioni, la medicina come conoscenza e come prassi, debba essere ripensata o meglio riformata. Quello che si deve ripensare è in generale il suo *impianto positivista*. In effetti la nostra medicina è ippocratica come tradizione e positivista come concezione scientifica. La prima ha qualche migliaio di anni la seconda è più recente ed ha poco più di un secolo e mezzo. La scienza medica è una dottrina ippocratica organizzata attraverso una concezione positivista di scienza.

Vale quindi la pena spiegare in termini succinti cosa sia il *positivismo* che dovremmo adeguare e cosa voglia dire *adeguare*.

Diverse sono le accezioni di positivismo:

- *realistiche*, in opposizione a ciò che è astratto, metafisico, vago, chimerico;
- *conoscenza pratica e praticabile* con una certa *affidabilità*;
- *conoscenza logica* usata contro il dubbio e l'incertezza;
- ecc.

Quindi positivismo significa:

- liberarsi da criteri non scientifici nella considerazione dei fenomeni;
- non ricorrere più a entità immaginarie soprannaturali, o ad astrazioni o a teorie non dimostrate;
- limitarsi rigorosamente ai fatti, ai dati, alle cose comprovate.

A questo nucleo concettuale ai primi del '900 si è aggiunta una sorta non tanto di reinterpretazione ma di completamento e che si definisce “*neo-positivismo*”. Esso si caratterizza dalla particolare attenzione per:

- lo studio delle *metodologie scientifiche*;
- la *logica formale*;
- la *riduzione all'esperienza delle basi teoriche delle scienze*.

La medicina ha costruito il suo paradigma scientifico tanto sul nucleo originario del positivismo che sui suoi sviluppi. Grazie al positivismo la medicina ha potuto definire il proprio statuto scientifico. Senza positivismo la medicina non sarebbe stata in grado di

raggiungere gli attuali livelli di progresso scientifico.

In quale punto, oggi, per le cose dette, il sistema concettuale del positivismo medico si rivela vulnerabile?

Nel suo eccessivo quanto riduttivo *sperimentalismo* cioè il ridurre qualsiasi metodo di conoscenza di decisione di valutazione alla *prova sperimentale* cioè alla *verifica sperimentale*, convinti che essa rappresenti la realtà nella sua interezza cioè che la realtà sia riproducibile nell'esperimento e quindi nel laboratorio, o nello studio statistico, o nella corsia di un ospedale, o nella valutazione epidemiologica. La nozione di *prova sperimentale* in medicina è sintetizzata nel concetto di *evidenza scientifica*.

Il punto vulnerabile è che oggi la realtà di un malato in un qualsiasi contesto sanitario è complessa a tal punto da non rientrare ne nella prova sperimentale, ne nell'evidenza, né in un qualsiasi procedimento.

Oggi l'evidenza in medicina al massimo riesce, pur con tutte le fallace che sempre esistono nelle scienze biomedicali, a dare conto di una complicazione biologica ma non a dare conto di una complessità bio ontologica e meno che mai di una complessità sovra-biologica e sovra ontologica. Cioè oggi all'evidenza scientifica della medicina sfugge:

- la complessità del malato;
- quella sanitaria che si accompagna alla cura;
- quella dell'operatore che comunque vede pensa crede e decide.

Il punto vulnerabile quindi del positivismo medico è che oggi il suo modo di pensare non dice più la verità su come stanno le cose della malattia effettivamente nella loro complessità, o meglio si limita a dire la "sua" verità biochimiche su certi fenomeni biologici definiti malattie, come se essi fossero in un vuoto pneumatico, cioè privi di complessità. Ma oggi privare il fenomeno della malattia dalla sua complessità significa leggerla fuori dalla realtà. Cioè essere irrealisti. Quindi il paradosso del positivismo medico è che per essere realista, pratico, logico, di fronte alla complessità, paga il prezzo di essere sempre parzialmente realista, poco pratico, troppo logico da essere in qualche caso irragionevole, quindi meno realista di quello che servirebbe essere.

A pagare il prezzo di una attardata medicina positivista oggi è il malato in prima persona, l'operatore, e il sistema di gestione e alla fine l'autonomia e la credibilità della medicina stessa.

Quindi il punto vulnerabile massimo della nostra medicina riguarda l'evidenza cioè come intendere la verità scientifica e quali caratteristiche essa deve avere per potersi definire scientifica.

Il punto vulnerabile riguarda quindi il cuore stesso della medicina: per il positivismo medico in ragione delle evidenze scientifiche si tratta di respingere quello che proprio C. Bernard, il fondatore della medicina sperimenta chiamava il 'sistema', ossia la spiegazione unitaria dei fenomeni. Oggi la spiegazione unitaria dei fenomeni cioè la complessità del sistema, bussa alla porta della medicina spiazzando l'evidenza scientifica cioè rendendola falsificabile rispetto alla singolarità dei malati, ai limiti economici, alle contingenze, a ciò che crede il medico, ai suoi atti cognitivi, alle procedure adottate ecc.

Oggi non basta più attenersi ai fatti della malattia e a ciò che rispetto alla malattia è verificabile. Il fatto biologico oggi è invaso da tanti altri generi di fatti e a un medico non basta più l'apprensione diretta dal fatto biologico per decidere cosa fare e come giudicare. Oggi il fatto coincide con il sistema per cui l'evidenza quanto meno deve imparare a dialogare e a farci i conti.

Cosa vuol dire "adeguare" il positivismo medico?

Adeguare non vuol dire distruggere il positivismo, meno che mai sostituirlo con il suo contrario, cioè con il relativismo nelle sue versioni più intransigenti, e meno che mai tornare indietro ad una conoscenza non suffragata da evidenze, prove e da verifiche. In medicina non si scherza la conoscenza deve essere affidabile e per essere affidabile deve essere suffragata da un mucchio di cose cioè non essere solo verificata ma essere veramente realista.

Adeguare il positivismo medico vuol dire quello che vuol dire il verbo *adeguare*, cioè rendere la medicina come conoscenza organizzata "*proporzionale*" sul piano dell'efficienza o della convenienza alle nuove necessità, adattarla ai cambiamenti culturali, sociali, economici, accrescere le sue capacità, conformare il suo apparato concettuale alle circostanze, alle contingenze ai contesti. In poche parole adeguare vuol dire far evolvere il positivismo verso qualcosa che sia il più realistico possibile, il più consono rispetto alla sfida della complessità, il più adatto a questa società, a questa economia a questa spesa pubblica e quindi il più praticabile ma soprattutto che dia più risultati o comunque che in condizioni complesse non rinunci a conseguire il risultato della salute.

Questa evoluzione per noi si chiama *pragmatismo* cioè una medicina che resta con i piedi ben saldi per terra cioè scientifica ma si confronta con la complessità della malattia, del malato, dell'operatore e del sistema di cura preoccupata comunque di garantirsi un risultato.

Una medicina pragmatica significa:

- ripensare la connessione fra conoscenza e azione;
- ripensare i rapporti tra pensiero e credenze;
- ripensare i rapporti tra credenze, esperienza e prassi;
- ripensare le prassi in ragione dei risultati;
- ripensare il rapporto tra necessità, possibilità e contingenza.

La medicina pragmatica è quindi un pensiero originariamente positivista ma improntato a una visione ancor più realistica e ancor più pratica, del mondo a molti mondi della malattia, finalizzato a ottenere, talvolta anche in modo poco ortodosso, risultati concreti. Perché in medicina ad un malato, ad una azienda, ad un operatore, interessano soprattutto i risultati.

Pragmatismo vuol dire quindi complessità e quindi razionalità, ragionevolezza, buon senso e un sacco di altre cose. Ma giammai solo razionalità e logica come pensa ancora oggi la medicina scientifica con le sue vulnerabili evidenze scientifiche.

Adeguare la medicina in senso pragmatico significa riformarla vale a dire:

- ripensare il suo sistema concettuale di riferimento;
- adeguare i programmi di formazione;
- adeguare gli operatori medico-sanitari;
- adeguare le prassi.

Oggi la medicina positivista, sia come cura che come prevenzione, in ragione delle sue profonde aporie contribuisce e non poco a rendere il sistema sanitario insostenibile.

II. (*Ridefinire la necessità*)

Se cambia la domanda di salute, se cambiano i bisogni di cura se cambiano i generi di necessità, se dalla complicazione biologica si passa alla complessità sovra-biologica, se l'evidenza deve fare i conti con tale complessità, allora la medicina quale modo di conoscere di giudicare e di decidere non può restare invariante. Se resta invariante essa diventa regressiva, meno efficace e meno adeguata e quindi più costosa.

Se cambiano le premesse della medicina il ragionamento medico e quindi il medico a sua volta devono cambiare.

Oggi nei confronti della *necessità di cura e di assistenza* la maggior parte dei problemi della conoscenza medica, derivano dal fatto che i ragionamenti dei medici continuano a riferirsi come se il malato non fosse cambiato e come se esistesse solo la malattia come entità. Se è esagerato dire che esistono i malati e non le malattie (le malattie esistono comunque nella loro entità biologica) bisogna accettare l'idea che *malattia* e *malato* oggi vanno assunti come inseparabili, cioè la malattia oltre ad avere una *entità biologica* ha anche una *entità ontologica*. Ma bisogna accettare il fatto che oggi tanto la malattia che il malato sono sempre inevitabilmente in un contesto condizionante ed hanno a che fare con un operatore a sua volta molto condizionato. La necessità clinica è spesso in conflitto con la necessità della gestione quindi con quella finanziaria e a volte persino con l'opinione del malato. Oggi quindi alla medicina tocca il compito di ridefinirsi come dottrina mettendo insieme biologia e ontologia e il resto.

Ma la medicina insiste a considerare la necessità del malato solo come un problema di bio-verità e di bio-evidenze, a spiegare la necessità solo ed unicamente attraverso la classica razionalità clinica, cioè le famose evidenze scientifiche, attenendosi a vecchie

concezioni di malattia.

Oggi il concetto di necessità rispetto al malato si è allargato includendo tanti generi di necessità oltre quelle rigorosamente cliniche nello stesso tempo esso è diventato sempre più ipotetico e relativo, cioè sempre meno vincolante, trovandosi a dipendere dalle condizioni reali che lo dovrebbero soddisfare cioè trovandosi spesso in competizione con altri generi di necessità tra loro in rapporto a volte di opposizione.

Di questo la medicina deve farsi carico preparando adeguatamente i medici e gli altri operatori per metterli in condizione di *far coesistere senza contraddizione* la necessità con i limiti economici, e con le esigenze personali del malato, quindi a scegliere la cosa più adatta da fare dato un malato e una situazione.

III. (*Ripensare le prassi*)

Deve essere chiaro che il *ripensamento della medicina* non è una necessità solo *teorica* ma è soprattutto una necessità *pratica*. Ripensare la teoresi medica non è un esercizio intellettuale fino a se stesso ma è una cosa molto pragmatica. La medicina per soddisfare delle necessità nuove e complesse deve rinnovare la sua prassi, cioè quella cosa che in certi ambienti si chiama *lavoro*, in altri *professione*, e in altri ancora *deontologia*, in altri *organizzazione*. Cioè la *riforma della teoresi medica serve a riformare le prassi* altrimenti ripensare la medicina per ripensarla e basta non serve a niente.

Sino ad ora la necessità di cura del malato ha funzionato come premessa (postulato) per la definizione delle diverse professioni seguendo sostanzialmente due criteri:

- essa è stata scomposta in parti con un *grado di complessità differenziato* (la complessità clinica al medico, quella assistenziale all'infermiere ecc.);
- essa è stata articolata in *specificità* dando luogo sia alla medicina generale che alle specialistiche (cardiologia, chirurgia, pediatria ecc.).

Entrambi i criteri sono stati tradotti sul piano giuridico, contrattuale, organizzativo in mansioni, compiti, competenze. Cioè la necessità del malato è stata pragmaticamente organizzata per mansioni, compiti e competenze. Questo è stato possibile perché l'idea di necessità, almeno sino ad ora era, solo clinica quindi semplice lineare, senza interferenze. Ma oggi come abbiamo visto il concetto di necessità si è complessificato e la sua traduzione in mansioni compiti competenze non funziona più. Cioè le prassi concepite per mansioni e compiti competenze fanno nella complessità acqua da tutte le parti.

L'università oggi deve ripensare la teoresi medica per formare operatori in grado di agire e scegliere ragionevolmente nella complessità, quindi di andare oltre l'esecuzione ortodossa di un compito e di una mansione.

Oggi l'atto professionale cioè la prassi che deriva da un giudizio di necessità non dipende tanto dai compiti degli operatori dai loro profili, cioè dalla descrizione del lavoro formale, ma da come gli operatori in certi contesti organizzati trasformano il giudizio di necessità in prassi effettiva secondo il noto principio che "*modo di operare di ciascuna*

cosa segue il suo modo di essere”.

La necessità del malato quale modalità che caratterizza l'essere operatore resta certamente una parte importante della sua professionalità perché caratterizza atti, scelte, giudizi quindi resta una parte importante del suo *modo di essere*, ma se la necessità del malato quale modalità viene resa *relativa a...* o è condizionata da... o limitata con... o inficiata attraverso... in questo caso cambiando il *modo di essere della necessità* deve cambiare *la prassi* e quindi il *modo di essere dell'operatore*.

Oggi la prassi effettiva va oltre i compiti fino a dipendere dalla capacità dall'agente che interpreta i suoi compiti in relazione alla necessità dentro contesti per loro natura fortemente limitanti.

L'*autonomia di giudizio* quindi di chi interpreta la necessità non consiste in una questione di compiti e di competenze e neanche in una questione primaria di conoscenze ma consiste nella *capacità intellettuale* dell'operatore sia esso medico o infermiere che si definisce nei confronti dei limiti che deve gestire oltreché sulla base delle conoscenze in suo possesso con un grado di volontà, di pensiero, di autonomia, di decisione, di autonomia e di responsabilità. Non più quindi solo *compiti* ma anche e soprattutto *impegni*.

IV. (*Necessità, prassi e organizzazione*)

Ciò che non va mai dimenticato è che la necessità di un malato e la sua complessità sono alla fine un *tutt'uno* cioè sono sistemi complessi di entità e di valori per cui essi vanno governati dall'operatore come sistemi e non come parti divise di un insieme. Il valore dell'integrazione, della multidisciplinarietà, della interdisciplinarietà, della dipartimentalità, in generale dell'inter-connessionalità consiste nel ricostruire laddove è possibile il *tutt'uno*, cioè *l'unità della necessità*. La necessità di un malato non è la somma di tanti bisogni ma è *un'unica necessità* che semmai si articola in tanti atti.

Se la teoresi medica deve essere ripensata per ripensare la prassi la prassi a sua volta va ripensata per ripensare la sua *organizzazione*. Quindi ripensare la medicina serve a ripensarne l'organizzazione sanitaria. Sanità e medicina non sono separabili.

Questo vuol dire che l'organizzazione del lavoro è parte integrante di una certa idea di complessità e di necessità e che le organizzazioni che frammentano la necessità in tanti parti suddividendole secondo i criteri della divisione tayloristica tra le professioni hanno fatto il loro tempo. Oggi per cogliere la complessità della nozione di necessità la medicina deve educare il medico ad integrare nel giudizio di necessità più giudizi più conoscenze, più esperienze, più professionalità, più prassi. Oggi dobbiamo pensare ad una medicina inter-connessionale senza la quale è difficile realizzare forme più avanzate di cooperazione tra diverse prassi professionali.

V. (*Positivismo invariante e medicina amministrata*)

Oggi a positivismo medico paradigmaticamente invariante, il de-finanziamento palesemente privo di un pensiero riformatore sta tentando in modo molto maldestro di contenere i consumi di medicina non riformando la medicina in quanto positivista ma limitando l'autonomia dei medici nel tentativo pericoloso di amministrarne gli atti clinici. Oggi quindi abbiamo il problema della *medicina amministrata* che letta in termini sostanziali non è altro che una controriforma dell'ippocratismo cioè della medicina che si fonda sull'autonomia del medico (scienza e coscienza) e sulla cura decisa sulla base delle necessità del malato. Oggi si sta tentando di revocare al medico la sua autonomia e di curare le persone non in base alle loro necessità ma in base alla disponibilità delle risorse e a degli standard.

Il significato di fondo, sul piano del pensiero, è il seguente: siccome non posso riformare il positivismo medico perché non dispongo di un pensiero riformatore adeguato quello che posso fare è amministrarlo cioè limitarlo, correggerlo marginalmente, guidarlo a fare le cose appropriate, cioè renderlo ancor più positivista di quello che è soprattutto imponendogli dei limiti.

Oggi quindi la medicina si trova suo malgrado in un conflitto tra positivismo ippocratismo e amministrativismo. L'unico modo per uscirne è ripensare tanto il positivismo che l'ippocratismo alla luce delle nuove sfide. Oggi la possibile soluzione è una medicina ad orientamento pragmatico neo-ippocratica nella quale qualificare e valorizzare la nozione di scelta. Si tratta di formare un medico non a rinunciare alla *scelta* ma a *scegliere di scegliere* cioè capace in un contesto complesso di scegliere al meglio. I sostenitori della medicina amministrata sono diametralmente all'opposto di questo ragionamento: sono loro che scelgono ciò che il medico deve soprattutto "*non fare*".

VI. (*Positivismo de-finanziamento e proceduralismo*)

Oggi il de-finanziamento spinge per creare un gigantesco processo di rieducazione ultra positivista del medico ma organizzato dallo Stato *contro* il medico non *per* il medico. Cioè il medico resta quello che è sempre stato cioè un positivista ma deve essere meno autonomo, meno soggettivo, meno costoso. I comportamenti dei medici per lo Stato sono costosi quindi devono diventare, si dice, "*sostenibili*". In questo modo la riduzione del consumo di medicina passa per una riduzione dell'autonomia clinica del medico. Positivista ma con meno autonomia. La lotta contro gli eccessi pur giusta nella sua essenza rischia di mettere in pericolo la professione medica perché rischia di ridimensionarla come professione intellettuale fino a minare il rapporto fiduciario con il malato. Oggi sulla medicina ippocratica sta prendendo il sopravvento il proceduralismo che è una delle componenti essenziali del positivismo medico. Per la medicina una cosa è vera solo se è verificata con una procedura. Procedura e verità in pratica sono la stessa cosa.

In che modo questo proceduralismo è riproposto? Per il pensiero positivista nel quale si inscrivono a pieno i razionalizzatori dei comportamenti clinici la razionalità scientifica è fatta soprattutto da ragionamenti pre-pensati ma ancor di più da decisioni pre-scelte. Il pre-pensato è il tratto distintivo di qualsiasi procedura. Ma il pre-pensato può essere che non si adegua alla realtà del malato. Cioè che sia falsificato dall'esperienza.

Le perplessità non riguardano le linee guida, o le raccomandazioni, o i precetti o le evidenze, che restano strumenti di conoscenza come tanti altri, ma quella particolare *mentalità proceduralista*, quindi intrinsecamente autoritaria e dogmatica, che tende ad accentuare il carattere pre-pensato delle decisioni cliniche ignorando le loro conseguenze morali.

Si tratta di una mentalità che:

- parte a priori con un atto di sfiducia nei confronti del medico considerato per principio inaffidabile anche se nelle sue prassi normali egli è solo il risultato di una certa formazione;
- antepone alla complessità della clinica il semplicismo delle procedure economicamente appropriate riempiendosi la bocca con il governo clinico;
- punta ad amministrare le condotte professionali ridimensionandone l'autonomia.

Il vero danno all'autonomia clinica e quindi al diritto di cura del malato non è ad una generica libertà professionale del medico ma al dovere del medico quale primaria garanzia costituzionale per il malato di scegliere la cosa migliore per il malato sulla base delle sue reali necessità. Una medicina che delega la scelta alla procedura o ai precetti (non c'è differenza) rischia in certi casi di essere irragionevole ed iniqua cioè inadeguata.

VII. (*Scientismo*)

Coloro che raccomandano linee guida (le famose "raccomandazioni") per evitare esami inutili e inappropriati basano e loro verità sui "*metodi di dimostrata efficacia*" cioè quelli che si avvalgono di "*criteri standard e riconosciuti*" e su evidenze statistiche. Raccomandare linee guida e soprattutto servirsi di evidenze, di metodi, non è disdicevole perché sono tutte cose utili se usate a certe condizioni. Ciò che è invece un problema è il *modo scienziato* con il quale esse sono confezionate e usate. La parola "*scientismo*" non è una parolaccia. Scientismo proceduralismo e positivismo praticamente sono la stessa cosa.

Essere positivisti significa per lo più essere scienziati e proceduralisti:

- la verità è solo strettamente scientifica ed è tale solo se verificata da un metodo;
- una cosa è giusta solo se rispetta una procedura di verità comprovata da criteri

standard indipendentemente dal risultato.

Tali postulati oggi non vanno rigettati (ovviamente) ma proprio per rispondere all'azione distruttiva del de-finanziamento, vanno ripensati alla luce di nuove complessità ("scelta", "relazione", "malato", "ragionevolezza", "esigente", "singolarità", "limite di risorse" ecc.).

Il postulato sul quale i filosofi della scienza sono tutti d'accordo è il seguente: la verità scientifica anche in medicina cioè ciò che è scientificamente vero, giusto appropriato o adeguato... dipende da:

- *come si conosce un malato;*
- *da chi conosce questo malato;*
- *dal contesto in cui si conosce.*

Le conseguenze pratiche di questo postulato limitandoci al "*chi conosce*" sono presto dette:

- un conto è curare un malato con le linee guida quindi con un medico amministrato da standard;
- un conto è curarlo con un medico ippocratico che si serve anche "a suo giudizio" di linee guida in grado nell'interesse del malato di violare in modo giustificato lo standard;
- un conto è curarlo con un medico che sa scegliere in una complessità garantendo compostibilità.

VIII. (*Il principio del "non fare"*)

Il de-finanziamento si rivolge alla medicina positivista imponendole delle negazioni: *non fare*. Cioè non fare questo e non fare quello. Le *negazioni* sono un particolare tipo di argomenti esposti al rischio di antinomie e paradossi. Questo vale per tutta la razionalità medico-positivista dal momento che su di essa regna sovrano il "*principio di non contraddizione*" in ragione del quale la scelta clinica è o A o non A cioè in nessun modo è possibile A quindi non A. Perché sarebbe una contraddizione. Ma la realtà clinica del malato come si diceva più su, è molto più complessa di quello che si pensa. Essa non è tanto piena di contraddizioni ma è semplicemente piena di tante diverse verità.

Quelle che per il de-finanziamento e per la medicina positivista sono contraddizioni per una medicina pragmatica che rispetta l'individualità della persona non sono null'altro che forme di verità diverse. Per i razionalizzatori dei comportamenti clinici il consumo inappropriato è una "contraddizione" perché inappropriato deriva dal precetto basato sull'evidenza per cui se il malato è fuori dal precetto egli è inappropriato per definizione. Cioè a sua volta è una contraddizione. Ma come abbiamo già detto a proposito di *evidenza*

non dogmatica, se sostituiamo la logica positivista, quindi il principio di non contraddizione, con una logica polivalente (sono logiche in cui sono presenti più valori di verità rispetto ai canonici vero/falso) la realtà del malato non sarebbe tanto piena di contraddizioni quanto di tanti gradi di verità diversi tra i quali davvero il medico può scegliere in scienza e coscienza.

IX. (*Aggiornare l'idea positivista di scienza medica*)

In ragione del bisogno di nuove prassi e di nuove organizzazioni deducibili da una nuova idea di necessità, di complessità di evidenza, è necessario ripensare l'idea tradizionale che la medicina ha di scienza. Ripensare la teoresi della medicina significa ripensare il suo modo di intendere la *scienza* cioè quel particolare modo di *ragionare scientifico* definito "*positivista*" perché ancora oggi poggia sui principali cardini di questo pensiero filosofico. Oggi il positivismo che connota e denota l'idea di scienza medica è stato ampiamente confutato in lungo e in largo in quasi tutte le discipline scientifiche. Ma in medicina resiste pagando un prezzo notevole di inadeguatezza. L'impianto del ragionamento positivista della medicina non è adeguato ai problemi che si pongono in ordine ai problemi della necessità, della complessità e dell'evidenza.

Oggi la medicina da una parte è "*contro tempo*" perché è attardata sui canoni definiti dal positivismo e dall'altra in quanto tale è attaccata sul piano dei costi. Come dire che il positivismo in medicina costa troppo ed è relativamente insostenibile. Ripensare la medicina è fondamentale per una seria strategia della sostenibilità. Quindi oggi non basta rendere più appropriata o sobria la medicina positivista ci vuole ben altro.

Oggi serve un'idea più avanzata di medicina un'idea post positivista, a partire dalla convinzione che considerare la scienza, la conoscenza, la tecnica, una variabile indipendente dal cambiamento sociale è un tragico errore.

La scienza non è una variabile indipendente dal cambiamento sociale, tutt'altro, essa come tutte le cose invariante pone problemi addirittura di sostenibilità.

Oggi la medicina positivista rispetto al mutamento sociale ha un notevole grado di inadeguatezza nei confronti della società che cambia, del malato che cambia, della sanità che cambia, dell'economia che cambia. Questa inadeguatezza costa cara perché produce regressività.

X. (*Un altro genere di clinica*)

Il nodo cruciale resta la *riforma della clinica* intesa come una particolare forma di razionalità positivista. La clinica come è insegnata nelle università è epistemicamente un modo di conoscere la malattia da aggiornare. Oggi abbiamo a che fare con una super-complessità che sfugge alla concezione positivista della clinica.

La clinica con la super-complessità ha dei problemi per cui va ricontestualizzata pragmaticamente oltre il positivismo cioè nel mondo reale.

È un grave errore pensare che a positivismo clinico invariante la soluzione sia quella di guidare la clinica con delle raccomandazioni o con un metodo rigoroso o con dei decreti per l'appropriatezza, cioè mettere la clinica sotto la tutela.

Il positivismo per quanto rigoroso non può riformare il positivismo. Non esiste un positivismo razionale da contrapporre ad un presunto positivismo irrazionale come vogliono fare coloro che si propongono come precettori dei medici per correggerne i comportamenti clinici ritenuti inappropriati.

XI. (*Complessità/compossibilità*)

La medicina deve imparare la *logica della compossibilità* vale a dire a rendere possibile una *buona cura* con le *risorse necessarie* alla buona cura perché se ci si limita, come si sta facendo, a condizionare gli atti dei medici per tagliare i consumi, la medicina ippocratica rischia di snaturarsi.

Quindi *complessità* e *compossibilità* devono essere assunti come postulati per ripensare la medicina scientifica.

Il grande passaggio culturale che nonostante tutto si è affermato è quello malattia/malato, quindi necessità legate alla malattia/necessità legate al malato, questo passaggio è da un tipo di complicazione, quella biologica, ad un tipo di complessità quella biologica e ontologica e tutto il resto.

A questo passaggio si accompagna un'altra sfida che è quella dell'*individualità*, della *singularità*, della *specificità*, della *differenza*, cioè cose che mettono in crisi le visioni induttiviste della medicina, le visioni dogmatiche del metodo, e che obbligano il medico a "*navigare a vista*" perché i suoi modelli universali di conoscenza a volte non funzionano.

XII. (*Evidenza non dogmatica*)

Ribadiamo che le nuove condizioni per ridefinire l'evidenza in realtà non fanno altro che metterla in relazione con altre verità, quindi non fanno altro che ridiscuterne l'autoreferenzialità. L'evidenza per la medicina positivista fino ad ora è stata una verità autoreferenziale, quindi in sé sufficiente a sovrintendere il ragionamento clinico, perché essa anche se in forme diverse è sempre stata un 'ideale di conoscenza certo e sicuro. L'ideale è quello di una verità pura osservata e verificata non inquinata dall'invasione dei soggetti, delle contingenze, delle singularità, dai contesti economici. Ma questa particolare verità tutta interamente oggettiva alla fine sancisce l'indipendenza del mondo della malattia da tutto il resto in particolare del medico dal malato come persona. Oggi questo non è più possibile.

Se la clinica si fonda su una conoscenza osservazionale super oggettiva allora essa in nessun modo può ammettere una conoscenza relazionale cioè un altro modo di conoscere la complessità di un malato, insieme a quella del contesto in cui opera, o a quella della società in cui vive. Nella relazione tra evidenza e il mondo a molti mondi del malato per forza si deve ragionare con la logica polivalente.

Ma la medicina ragiona solo in un modo che è quello dettato dall'evidenza. L'evidenza è un principio di demarcazione che distingue il vero dal falso, il giusto dall'ingiusto, l'appropriato dall'inappropriato, per cui essa è una verità non negoziabile. Spesso però le evidenze sono falsificate dalla complessità del malato, o dalla sua singolarità, cioè spesso capita che l'evidenza si propone come verità unica ma le verità in realtà sono più di una. Per il positivismo in ragione del *principio di non contraddizione* questo non è accettabile. La verità cioè l'evidenza è una e non può essere il suo contrario. Ma nella realtà le cose sono diverse: il medico potrebbe trovarsi davanti ad un caso che sfugge l'evidenza o che con la sua singolarità la falsifica, per cui dovrebbe da parte sua attribuire a questo caso clinico un grado di verità compreso tra 0 e 1. Per cui "non evidenza" non sarebbe una negazione ma solo una verità con un grado 0.5. Ma per mettere in condizioni un medico di fare questo è necessario insegnargli l'uso della logica polivalente quindi estendendo alla clinica quella booleana. Questo è un esempio di ripensamento della medicina. Insegnare a ad un medico a ragionare nella complessità, nella vaghezza, nella singolarità dei casi.

Se l'atto scientifico del medico positivista è solo scegliere non ciò che è adeguato al malato ma appropriato alla evidenza circa la malattia, la relazione con altre verità (personali, finanziarie, organizzative, singolari ecc.) non ha alcuna utilità gnoseologica. Il problema è che oggi tutta la complessità è nelle relazioni.

XIII. (*Adeguare l'idea di evidenza*)

Ma cosa significa adeguare il pensiero positivista della medicina? Significa adeguare tante cose (principi, regole, precetti, metodologie) ma soprattutto adeguare la sua idea di *verità scientifica*. La medicina per ovvie ragioni non può che regolare le sue prassi su dei presupposti di verità. Oggi la verità scientifica per la medicina coincide in tutto e per tutto con l'*evidenza scientifica*. La medicina scientifica è tale perché le sue prassi sono regolate dai principi dell'evidenza scientifica. Fino ad ora i principi che hanno definito l'evidenza scientifica sono gli stessi in forma per lo più statistica che hanno definito la verità scientifica per il positivismo.

Oggi l'evidenza clinica, oltreché essere *vera, oggettiva, fattuale*, deve essere anche *plausibile e ragionevole* cioè fare i conti con le complessità del malato e con i problemi finanziari del sistema. Se la necessità è cambiata allora l'evidenza scientifica che da essa si deduceva deve a sua volta adeguarsi.

XIV. (*Le nuove condizioni per l'evidenza*)

Se ragioniamo con la logica della *complessità* e della *compossibilità* dobbiamo dire che la medicina, per avere una qualche evidenza scientifica “*es*” deve ripensarsi per soddisfare almeno a cinque condizioni:

- quella *soggettiva* della credenza (perché *es* sia *conosciuta* occorre che *es* sia da lui *creduta* tale);
- quella *oggettiva* di verità (che *es* sia almeno *plausibile*);
- quella della *giustificazione epistemica* (che *es* sia *fondata* su un *metodo* o su un procedimento razionale);
- quella dell'*opinione del malato* (perché *es* del medico sia *conosciuta* occorre che sia *creduta vera* o *plausibile* anche dal malato);
- quella della *plausibilità dei costi* perché per curare le malattie non si possono sprecare risorse.

Se ne deduce che qualsiasi evidenza scientifica non è mai solo:

- il risultato di una verità oggettiva, perché il medico in quella verità deve crederci;
- solo il risultato della credenza soggettiva, perché una verità oggettiva bisogna pur averla;
- un problema di giustificazione metodologica, perché comunque si tratta di giustificare in un contesto dato compreso quello organizzativo dei costi, delle evidenze ritenute tali;
- un problema di conoscenza del medico, perché comunque essa deve essere validata da una relazione con il malato e da una plausibilità finanziaria.

Tutto questo al fine di mitigare il vecchio impianto positivista della medicina deve entrare a far parte del suo corpo dottrinale e insegnato ai futuri medici.

XV. (*L'evidenza ragionevole*)

Se l'evidenza scientifica:

- deriva dalla razionalità scientifica e dalla relazione con la complessità in senso esteso allora essa non è più solo una conoscenza bio-statistica, ma diventa una *conoscenza biologica estesa* per cui non è più solo una proprietà della malattia da conoscere, ma a sua volta diventa una *relazione* con la complessità quindi diventa una *conoscenza complessa* del corpo, della malattia, del malato, della situazione, del contesto, dei limiti;
- è una conoscenza complessa essa pone la *metodologia nella relazione di complessità* e pone la *relazione di complessità nella metodologia* ma questo significa mettere nella *relazione di complessità* le giustificazioni epistemiche che riguardano l'evidenza

clinica;

- è il risultato dell'incontro tra metodologia e relazione, allora essa è il risultato dell'incontro tra giustificazioni epistemiche e credenze e opinioni personali nonché limiti contestuali;

- è l'incontro tra oggettività, fattualità, verità scientifica, credenze del medico e opinioni del malato, problemi di contesto decade la separazione tra osservatore e osservato, tra soggettivo e oggettivo, tra conoscenze e credenze;

- è una riunificazione del sapere in relazione a un malato, essa si propone come un ripensamento del discorso sulla *cura*;

- è ripensamento della cura, diventerà una *funzione a molti argomenti* (biologici, psichici, personali, culturali, scientifici, situazionali);

- è intesa come *funzione di cura a molti argomenti*, allora essa accrescerà le sue *convenienze sociali, scientifiche, economiche*;

- è *più conveniente*, allora vi sarà meno contenzioso legale, meno medicina difensiva, più appropriatezza, meno incongruità terapeutiche, più capacità e abilità professionali, più corresponsabilizzazione e condivisione da parte dei cittadini, più tolleranza nei confronti della fallibilità medica... più beni morali, scientifici e materiali.

XVI. (*Evidenza e relazione*)

La *relazione* con il malato per il positivismo non è determinante per la scelta clinica e per la conoscenza anzi è considerata un ingombro, un intralcio ad un'ideale di conoscenza "*based*" sull'impersonale, l'oggettivo, il materiale. Per cui se davvero si crede nella relazione con il malato ci si deve adoperare per ripensare l'attuale base razionale della clinica, sapendo che:

- per conoscere una persona malata la conoscenza scientifica non basta per cui ci vogliono altre forme di conoscenza;

- la conoscenza non va solo comunicata al malato ma va costruita con il malato sulla base di una nuova alleanza tra episteme e doxa.

Per la medicina si tratta quindi di ripensarsi. Se essa fosse sul serio rispetto alla relazione in buona fede, dovrebbe:

- accettare che la validità di un trattamento cioè il suo valore di adeguatezza non derivi solo dalle evidenze scientifiche;

- ricusare l'idea di una scelta "*causata*" solo dalle evidenze scientifiche;

- accettare che il prepensato faccia i conti con il pensabile;

- sancire che chi decide è chi pensa il pensabile in modo adeguato al malato e non chi mutua il prepensato in modo appropriato alla malattia.

Insomma nel ricordare che qualsiasi relazione è ciò che intercorre tra mondi diversi va sottolineato che la relazione con il malato è quanto di più post positivista si possa immaginare.

XVII. (*Giustapposizione non è relazione*)

La relazione è una questione che spiazza la medicina positivista soprattutto la clinica che non è pensata sui suoi valori conoscitivi ma solo su quelli dell'osservazione e della verifica. La medicina positivista quando parla di relazione la riduce a *giustapposizione*. Il malato è contiguo al medico ma il primo è l'oggetto osservato e il secondo è il soggetto osservatore mai reciprocamente relativi. La relazione in questo caso non è conoscenza ma è solo uno scambio di informazioni e un rapporto deontologico.

La medicina positivista ignora che le relazioni hanno molte forme diverse (complementari, oppostive, adiacenti, contigue, inverse, ecc.) la "*giustapposizione*" è un rapporto soprattutto paternalista che si fonda sull'equa distanza quale obiettività, la famosa separazione tra osservatore e osservato. Va ricordato ancora una volta, che la clinica è un tipo di conoscenza obiettiva su base (*based*) osservazionale cioè sull'evidenza dei fatti.

Per la medicina positivista quindi essa è in realtà una "*non relazione*", perché in ragione dell'obiettività osservazionale costruisce la scelta clinica sulla base di precise evidenze. Mettere d'accordo le evidenze scientifiche con la complessità della relazione implica un salto paradigmatico che non appartiene al pensiero positivista. Nella clinica la giustapposizione medico/malato non è casuale ma è la condizione per avere il più alto grado di obiettività della conoscenza cioè la condizione più favorevole all'applicazione dell'evidenza.

XVIII. (*Conoscenza relativa*)

La relazione che intercorre è relativa ai suoi relati, (malato, medico, situazione, contesto) e stabilisce delle interconnessioni tra dati, credenze, convinzioni, esperienze, conoscenze, emozioni. Cioè la relazione rende relative le conoscenze scientifiche, quindi le evidenze, nel senso che mette le evidenze in rapporto con l'esperienza, cioè con altre conoscenze, e questo è esattamente quello che non vuole fare la medicina positivista altrimenti la logica prescrittiva delle evidenze salterebbe per aria. La medicina positivista è convinta che solo le evidenze garantiscano la verità scientifica e quindi teme e non senza ragione che la relatività delle conoscenze sia un problema, crei degli arbitri, provochi delle inappropriatezze fino ad indebolire le evidenze o a vanificarle.

La medicina positivista parla di relazione ma essa sa bene che il suo obiettivo è indurre un medico ad obbedire a dei precetti e che per obbedire a dei precetti non si può essere influenzati più di tanto dalla conoscenza che viene dalla relazione. Le evidenze, le linee guida, i precetti le raccomandazione, sono tutte indistintamente *conoscenze irrelate* perché per i positivisti sono le uniche verificabili. Invece quelle *relate* cioè relative alla relazione, sono relative e per questo non verificabili e non controllabili.

Per cui in ragione della “*scelta*” se proprio si crede ad una funzione della relazione che non sia il “*paternalismo*” si dovrà ammettere una *conoscenza relativa* e quindi accettare coerentemente di proporre la clinica non più come un sistema di evidenze dogmatiche ma come delle evidenze corroborabili dalla relazione nel massimo rispetto dell’autonomia clinica.

Il *relativismo della conoscenza* è lo scoglio più difficile che i positivisti devono superare per riconoscere alla relazione la sua funzione gnoseologica.

È bene precisare che per *relativismo* si intende semplicemente l’impossibilità di conoscere una malattia in sé indipendentemente da una relazione con il malato. La relazione ha lo scopo di produrre delle scelte perché attraverso di esse davvero si produce conoscenza. Sono i risultati che misurano le scelte non le procedure che ci dicono del valore di una conoscenza. La medicina positivista al contrario prescrive le scelte più congegnali ai propri precetti avvalendosi del consenso informato. Se la conoscenza è creata dalla relazione allora la conoscenza è l’effetto delle scelte che si decidono nella relazione.

XIX. (*Clinica relazionale*)

La relazione di complessità ridefinisce la medicina come “*una conoscenza a molte conoscenze*”. La *clinica relazionale* quindi è una forma evoluta di clinica in cui la relazione non è quella di cui in genere si parla nei convegni, cioè banalmente una questione di amabilità deontologica, ma è il *condizionale* attraverso il quale avviene una complessificazione della conoscenza della malattia. La *relazione*, proprio per questo, ha importanti effetti di rinnovamento e di ripensamento della clinica ortodossa da almeno tre punti di vista:

- *gnoseologico*, perché cambia ed arricchisce la conoscenza scientifica;
- *epistemologico*, perché cambia il modo di conoscere della clinica attraverso la complementarità tra verità scientifica e opinione;
- *metodologico*, perché cambia il valore e l’uso delle procedure.

XX. (*Clinica ragionevole*)

Con la complessità non si tratta di teorizzare una libertà del clinico *dalla* procedura, ma di definire una libertà del clinico *nella* procedura. In sostanza mentre l'ebm è una procedura che fa dipendere la scelta del clinico da una evidenza dogmatica, la *clinica relazionale* è funzione della scelta del clinico e del malato, quindi una vera e propria "*medicina della scelta ragionevole*". *Ragionevole* è:

- il rendersi conto da parte del clinico dell'esistenza di una complessità;
- che non esiste solo la *razionalità*;
- che la razionalità è sollecitata dalla complessità ad acquisire soprattutto un nuovo *senso pratico*.

Oggi la clinica ha il problema della *persuasione*: i suoi argomenti devono convincere una molteplicità di persone, i malati e i loro familiari, gli amministratori della sanità assillati dalla parità di bilancio, la società civile che ormai esprime una domanda di qualità delle cure che non ha precedenti. La clinica, e quindi i clinici, dovranno creare le condizioni per il consenso, l'assenso, la condivisione delle loro scelte. Oggi le questioni più importanti che ruotano intorno al rapporto tra complessità e clinica riguardano sempre più il problema dei trattamenti, delle decisioni cliniche, dell'impiego delle tecnologie, della personalizzazione delle cure. Oltre a questo l'economia pone alla clinica inediti problemi di *ragionevolezza* (rapporto costi/benefici, appropriatezza, economicità e anti-economicità, qualità, contenzioso legale, medicina difensivistica ecc.).

Quindi la ragionevolezza clinica, oltreché rifarsi, come è ovvio, alle evidenze scientifiche, è quasi costretta ad essere *adeguata non solo agli individui nella loro singolarità ma anche alle situazioni*. Ne consegue che l'evidenza scientifica *pragmaticamente* non può sottrarsi alla sua complessificazione. Essa è ragionevolmente *adeguata* se non trascura i *limiti* e le *possibilità* che vi sono in una situazione data. Il malato, nella clinica relazionale e ragionevole, diviene la misura della razionalità clinica non il contrario. Solo se la razionalità clinica è adeguata alle relazioni di complessità essa è ragionevole. Essere ragionevoli vuol dire non solo avere delle *conoscenze*, delle *capacità*, ma anche delle *sensibilità*, quindi non solo avere delle *competenze*, ma anche delle *bravure*. Il ragionevole è una forma di intelligenza, di pensiero, un atteggiamento pragmatico, un modo di conoscere, un atteggiamento mentale. Per un clinico, essere "*ragionevole*" significa non essere dogmatici, quindi stare dentro la complessità guidati dalle evidenze scientifiche ma pensate con un pensiero *flessibile*.

Quindi si tratta di insegnare ai medici a trovare razionalmente l'*evidenza più conveniente*. Il malato complesso e complicato non tollera evidenze dogmatiche di nessun tipo: l'*evidenza più conveniente* è semplicemente quella che *rappresenta* meglio la sua complessità.

Se un medico *crede* che il suo malato abbia una certa malattia, lo fa sulla base della conoscenza di cui dispone. *Credere* e *sapere* sono fortemente intrecciati ma non sono la stessa cosa. In senso generale, per un medico *credere* significa ritenere *probabile* o

possibile qualcosa. Per un medico *credere che una evidenza (e) sia vera...* significa ritenere probabile che le cose siano come lui crede:

- se la probabilità è massima, allora credere ad una evidenza significa ritenere con certezza che (e) sia vera; (e) in questo caso è considerata un'evidenza scientifica;
- se la probabilità non è massima, significa che (e) è solo probabile; in questo caso (e) è considerata un'evidenza scientifica verosimile.

XXI. (*Quale medicina*)

Uno dei principali meriti della discussione sull'appropriatezza, sugli esami inutili, sugli sprechi, è quello di aver aperto per la prima volta la discussione su "*quale medicina*".

Il modello positivista di medicina nel quale si muove il de-finanziamento e i razionalizzatori dei comportamenti dei medici, se si vuole rendere compossibili il diritto alla buona cura con il limite delle risorse, deve per forza essere riformato.

Tornando all'esempio dell'appropriatezza: il terreno teorico sul quale ridefinire la medicina positivista è quello della cooperazione tra il *convenzionalismo delle procedure* e il *pragmatismo delle pratiche* partendo da un presupposto che i filosofi definirebbero "*pro-eretico*" (eretico è "*colui che sceglie*"):

- chi sceglie ciò che è meglio per un malato è il medico;
- se il medico non sa scegliere allora si tratta di ripensare la sua formazione;
- se sceglie male in modo ingiustificato lo si sanziona;
- se sceglie bene lo si premia.

Sulla base di questi presupposti è possibile trovare un buon compromesso tra autonomia clinica necessità del malato e esigenze di economicità.

In fin dei conti ripensare la formazione del medico cioè il modello scientifico di medicina serve ad eliminare il più possibile dai suoi atti un grado soverchio di regressività e quindi di anti-economicità. Solo in questo modo il diritto alla buona cura può coesistere con un buon governo clinico delle risorse. Quindi la medicina può coesistere con l'economia.

XXII. (*Medicina pragmatica e medicina della scelta*)

Se pensiamo di affrontare la complessità della scelta, della relazione, la singolarità del malato, il problema dei consumi, con le razionalità neopositiviste non andremo da nessuna parte.

Se al contrario faremo in modo di sostenere la scelta e la relazione, la complessità, con

apparati concettuali adeguati in questo caso è probabile che cambi davvero qualcosa e che il cambiamento prodotto sia stabile fino ad entrare nelle università.

In sostanza il cambiamento della medicina passa non in superficie ma in profondità, quindi, per il paradigma. È il sistema concettuale che decide a quale razionalità la prassi medica deve obbedire. A paradigma invariante non si cambia un granché

Per ripensare il paradigma, per avere un medico più bravo, per avere conoscenze in relazione alle complessità più diverse, per avere una clinica relazionale e per usare le evidenze e le esperienze in modo più proficuo, si tratta di preparare il medico ad una medicina pragmatica intesa come “*medicina della scelta*”.

La “*medicina della scelta*”:

- punta sull'autonomia del medico non sulla sua riduzione o cancellazione per ottenere una medicina migliore meno costosa e più adeguata;
- è una medicina scientifica post-positivista di stampo soprattutto pragmatico;
- prende avvio dal passaggio storico che è avvenuto nel 900 malattia/malato e nello stesso tempo accetta la sfida della responsabilizzazione finanziaria;
- riformula il postulato referente dal quale qualsiasi ragionamento medico dovrebbe partire e che è “*l'essere malato*” e il mondo delle necessità.

La medicina della scelta a partire dalla complessità dell'essere malato in un sistema di cura finanziariamente limitato intende:

- ridefinire la conoscenza scientifica che c'è superando le aporie della razionalità positivista;
- riallineare il concetto di “scientifico” agli sviluppi che ha avuto il dibattito sulla scienza di questi anni;
- riammettere a fianco della rinnovata conoscenza scientifica quale sua complice un altro genere di conoscenza quella filosofica circa la complessità ontologica dell'essere e la complessità in genere e quella economica circa i costi degli atti medici;
- assumere quali postulati per la sua definizione operativa la complessità, la necessità, la compossibilità, l'autonomia.

Ma soprattutto la medicina pragmatica ha un nuovo imperativo categorico ottenere risultati in qualsiasi condizione di lavoro, nessun limite economico può moralmente negare il diritto alla salute. Nessuna complessità può ostacolare il lavoro di cura. Nessuna procedura per quanto ben fatta può essere adottata senza risultati.

XXIII. (*Un'altra formazione*)

Ripensare la medicina in termini pratici significa ripensare la base teorica di un modello di formazione. La medicina non cambia perché le università continuano ad insegnare una medicina epistemologicamente vecchia anche se aggiornata continuamente con le scoperte scientifiche. Nel complesso la formazione in medicina vede ancora prevalere una *epistemologia positivista organo-centrica*. Quindi prevale ancora un approccio che privilegia l'organo in luogo della persona, la malattia in luogo del malato, il primato dell'osservazione in luogo della relazione, gli approcci riduzionisti e oggettivisti, in luogo di quelli olistici e personalisti, gli approcci scienziati in luogo di quelli complessi ecc.

Oggi senz'altro è necessario prevedere una transizione da un modello di *formazione scienziata* ad un modello di formazione ispirato da una *idea più estesa di scienza e di conoscenza*.

Una transizione del genere necessita di prevedere una riforma articolata in due momenti:

- aggiornamento epistemologico per gli operatori sul campo;
- riforma epistemologica per i futuri operatori.

Oggi ripensare la formazione degli operatori è fondamentale per corrispondere ai bisogni del malato ma nello stesso tempo per corrispondere a quelli del buon governo della sanità.

Quarta proposta. Ripensare il distretto

I. (Riformare e non solo riorganizzare la sanità)

La tesi generale della proposta di riorganizzazione della sanità si basa sul fatto accertato che l'attuale organizzazione macro-strutturale dei servizi in una azienda sanitaria è sbagliata e costosa, poco efficiente, e non tiene conto delle grandi complessità alle quali il sistema sanitario organizzato deve far fronte. In più in generale tale organizzazione è pervasa da una divisione del lavoro tayloristica del tutto avulsa dalle reali necessità del sistema nel suo complesso. Quindi resta ancora oggi nonostante gli sforzi fatti in alcune Regioni, più una organizzazione divisa che integrata mentre serve sempre più un'organizzazione integrata.

I problemi di riforma riguardano i diversi livelli dell'organizzazione dell'azienda sanitaria: macrostruttura, meso-struttura, microstruttura.

Ma riguardano anche i modelli organizzativi, la divisione del lavoro, i modelli di coordinamento, l'organizzazione dei compiti, la posizione delle professioni nei servizi, le loro relazioni o non relazioni, le professioni in quanto tali ecc.

Oggi ad esempio la divisione del lavoro in sanità è decisamente eccessiva e i processi di cura sono eccessivamente scomposti, oggi la scomposizione di cura in attività elementari è del tutto anacronistica e non basta più raggruppare le mansioni in compiti. Fa acqua anche la classica idea di specializzazione soprattutto nell'accezione di specializzazione orizzontale (per esempio i dipartimenti) dove i servizi che si dovrebbero integrare sono tra loro omogenei ma nel loro insieme separati dal resto. Fanno acqua le soluzioni definite di grouping cioè quei raggruppamenti distinti in unità semplici e complesse ai quali in genere è generalmente preposto un responsabile. Oggi le unità organizzative possono essere raggruppate in unità di livello superiore e ridurre così l'eccessiva scomposizione del lavoro e quindi i costi. Nella pratica, le unità organizzative nelle quali si articola un'azienda sanitaria sono variamente denominate: "direzioni", "divisioni", "dipartimenti", "settori", "sezioni", "uffici", "reparti", "unità", ecc. sono tutte denominazioni che denotano la necessità di ripensare i criteri di raggruppamento.

In generale si può dire che oggi il criterio di raggruppamento deve rendere compossibile l'ottimale impiego delle risorse (evitando duplicazioni, sub-ottimizzazioni ecc.) e quindi l'efficienza del servizio, e la soddisfazione del malato.

Il criterio di raggruppamento che oggi è quello più consono alle esigenze dei malati e a quelle dell'azienda e che ci permette di superare le anacronistiche divisioni del lavoro è quello che si basa sul processo (continuità, case management, percorsi ecc) ma a tutt'oggi è ancora scarsamente utilizzato sia per le sue difficoltà applicative sia per l'eccessiva divisione del lavoro che di fatto lo ostacola.

Con il ripensamento dei criteri di raggruppamento va da sé che bisogna ripensare l'organizzazione della gerarchia, le forme diverse di coordinamento, le forme delle deleghe il decentramento delle decisioni.

Ma forse la cosa più importante è quella di riformare le centralità che ancora sopravvivono in ogni macrostruttura aziendale. La più importante è quella dell'ospedale nei confronti del territorio o della medicina di base nei confronti del resto ecc. Ancora non si è capito che per gestire la complessità abbiamo bisogno di una organizzazione "eccentrica" (senza un centro, o comunque pluri-centrica, fortemente interrelata, dove il vero *hub* è il malato nulla di più). Oggi la macrostruttura organizzata del sistema dei servizi va ripensata quindi in modo "eccentrico" a fronte del fatto che i tanti interventi di riorganizzazione della sanità sino ad ora non sono mai riusciti a riformare le centralità quelle storiche come l'ospedale e quelle meno storiche quindi teoriche come il distretto.

II. (*Distretto*)

La prima cosa da riformare è la nozione di distretto e le logiche para-ospedaliere che lo hanno definito. Ad essa si accompagna sempre, quasi come un imperativo categorico, quella di *integrazione*. Tutto quello che insiste in un territorio andrebbe integrato e tutto quello che è distrettuale andrebbe integrato con tutto quanto distrettuale non è. Ma la logica divisionale e giustappositiva che è dentro la definizione originaria di distretto ancora oggi ne ostacola una corretta attuazione per cui va riformata.

Il criterio definitorio del distretto è sempre stato: “*fuori dell’ospedale che non fosse l’ospedale*”, il non meglio definito “*territorio*”. Le competenze distrettuali comprendono tutto quello che “*non è*” ospedaliero. Questa logica discutibile, segnerà il destino del distretto, cioè le sue più grandi difficoltà. Come ha funzionato? Il *distretto* nasce come se fosse un *termine negativo* o *alternativo*, ricavato da un termine positivo di riferimento, *l’ospedale*, mediante appunto negazione: *Il distretto “non è” ospedale*.

Con questa logica si è di fatto contrapposto sin dall’inizio, il distretto all’ospedale, impedendo ad essi di integrarsi, non solo ma essa ha favorito l’idea che il distretto fosse una sanità minore rispetto a quella maggiore dell’ospedale, e quindi, per un operatore meno prestigiosa se non addirittura penalizzante. La logica negativa che interpreterà la norma sull’organizzazione territoriale, non sul distretto (nella riforma del ’78 non esiste un articolo espressamente dedicato al distretto saranno le norme regionali che al contrario lo specificheranno enfatizzandolo fino all’inverosimile) creerà le maggiori antinomie tutte quelle che ancora oggi perdurano.

Più esattamente la logica con la quale si è inventato il distretto assumerà tre forme:

- *privativa*, in cui si escludono dal distretto delle qualità proprie di altri servizi, come l’ospedale; (il distretto non fa ricoveri, non fa certa medicina specialistica, non è una medicina complessa ecc.);
- *differenziativa*, in cui si escludono dal distretto qualsiasi rapporto di inerenza o di interdipendenza (il distretto non è altro che assistenza di primo livello, ecc.);
- *separativa*, in cui si escludono delle affinità (il distretto è diverso dall’ospedale, esso è un’altra cosa da...).

Questo modo di ragionare, al distretto è costato caro, molto caro, dando luogo, soprattutto all’inizio, ad una sorta di guerra permanente con l’ospedale, che in ogni caso resta un riferimento obbligato rispetto al quale al contrario si sarebbe dovuto integrare.

III. (*Distretto contro ospedale*)

Il distretto è stato per lungo tempo il riferimento della famosa “*deospedalizzazione*”. Ma dire più distretto e meno ospedale ha significato di fatto contrapporli. Nel tempo inoltre si sono avute continue reinterpretazioni regionali che anziché recuperare le contraddizioni originarie hanno finito per amplificarle.

Mentre la “*riforma della riforma*” del ’92, si limitò a ribadire che la usl-azienda si articola in distretti, le Regioni parlarono di un “*vuoto*” da colmare proponendo il distretto come “*un fattore decisivo per il successo del riordino del sistema sanitario regionale*” quindi considerandolo addirittura un punto strategico. La riforma ter del ’99 non farà altro che fare proprio il “*ruolo strategico del distretto*” di matrice regionale fino a teorizzarne una autonomia gestionale.

Il senso di questa reinterpretazione è in estrema sintesi, duplice:

- da una parte si tratta di configurare il distretto come una specie di “*azienda minore*” quindi con propria autonomia finanziaria ed organizzativa;
- dall'altra di concepirlo come un ospedale, quindi come un *macro-livello*, una macro-organizzazione, e infine un macro dipartimento, mutuando tutte le antinomie divisionali e giustappositive dell'ospedale.

Oggi tutto questo alla luce della necessità di riequilibrare la domanda con l'offerta non ha più senso.

IV. (*Distretto azienda minore*)

Le norme regionali sul distretto non solo andranno ben oltre i principi della riforma del '78, ma interpreteranno il distretto come una *azienda minore*:

- il distretto è un'articolazione non più della usl, ma dell'azienda, quindi un'articolazione del governo aziendale;
- cambiando riferimento il distretto è come se diventasse uno strumento gestionale.

Il distretto così diventa per citare la dizione di alcuni piani sanitari regionali:

- “l'organo di decentramento del governo aziendale”;
- “l'articolazione del governo aziendale in ambito territoriale”.

Quindi nell'organizzare il distretto si ripiega sull'analogia con l'azienda e con l'ospedale, ignorando le loro vistose contraddizioni ed antinomie.

Per cui il distretto da semplice “articolazione territoriale” della usl, e da semplice “*struttura tecnico-funzionale*” come era una volta, diventa un'*azienda minore* organizzata e concepita come un ospedale. A dare l'input in questo senso è stata la riforma ter del '99, la quale recependo gli orientamenti regionali, dedica al distretto ben quattro articoli (Art 3-quater, quinquies, sexies, septies) e che sancisce quanto segue: “*il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale*”. Oggi il distretto non può più essere considerato un “*non ospedale*”. Quindi esso non può più essere considerato semplicemente un'articolazione territoriale o una struttura tecnico-funzionale. Oggi il distretto è qualcosa di intermedio (cerniera) tra una comunità di salute e il sistema sanitario. È la cabina di regia che governa i rapporti di salute tra il luogo di vita del cittadino e i servizi sanitari.

V. (*Distretto vasto*)

La riforma del '78 aveva stabilito non la dimensione ottimale dell'ambito distrettuale ma quella della usl, individuando come parametro “*gruppi di popolazione di regola compresi tra 50000 e 200000 abitanti tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona*” dando la possibilità in certi casi, di modulare, tali parametri, in più o in meno. La “riforma della riforma” del '92, per ragioni di risparmio, decise di ridurre il numero delle usl e quindi di alterare le dimensioni ottimali degli ambiti territoriali. Da allora ad oggi le Regioni hanno continuato ad accorpate usl con usl, compromettendo ulteriormente, un'idea plausibile di territorialità. Oggi i distretti hanno dimensioni tali che è difficile parlare di territorialità. Compromettendo la credibilità della nozione di territorio si è compromessa quella di distretto come articolazione organizzata di quella di territorialità, ottenendo un risultato paradossale:

- da una parte si è ridotto il numero delle usl ampliandone gli ambiti territoriali fino a farli coincidere con quelli provinciali teorizzando le famose “aree vaste”;
- dall'altra ampliando gli ambiti territoriali dei distretti si è stati “indotti” a considerarli a tutti gli effetti come delle usl.

La crisi oggi della nozione di territorialità causa quella della nozione di distretto.

Si tratta quindi davvero di riconsiderare i distretti ma con una logica della dimensione ottimale non più appiattita sullo spazio convenzionale (circostrizione, provincia, area metropolitana) ma calibrata sul rapporto comunità/servizi a partire da un criterio inevitabile di prossimità.

VI. (*Insieme di settori*)

Il distretto, come si evince soprattutto dalle linee-guida regionali per l'organizzazione delle aziende, fin dall'inizio, fu definito:

- con il criterio dei “*settori*”;
- con “*indicazione della relativa afferenza dipartimentale*”;
- e con quella degli “*uffici*” con i relativi responsabili.

In termini pratici ciò significa che per organizzare il distretto:

- prima si devono distinguere e dividere i settori;
- quindi si devono definire le giustapposizioni tra settori;
- poi tentare in qualche modo di integrarli.

Il che è, quanto meno bizzarro, tanto vale concepire forme di organizzazioni interconnesse da relazioni di tipo dipartimentale. Il distretto è una organizzazione continua concepito per garantire l'unità delle tutele.

VII. (Contraddizioni)

Sono due oggi gli orientamenti che prevalgono e si contrappongono:

- quello interconnessionale (“*sistema delle cure primarie*”, “*rete di servizi*”, “*percorsi assistenziali integrati*”, “*nuclei interprofessionali*”, “*unità multi-professionali di progetto*”);
- quello che considera di fatto il distretto una *azienda minore* e quindi come una “*macro organizzazione complessa*”.

A partire dal fatto che divisioni e giustapposizioni ostacolano il ripensamento dell’operatività e dell’organizzazione distrettuale e costano più delle organizzazioni integrate si tratta di ripensare il distretto abbinando un’idea di “*continuità di cura*”, che per sua natura è anti settoriale, ad una idea nuova di “*paziente complesso*”, che anche per sua natura è anti settoriale (per esempio il malato anziano cronico e poli-patologico). Ciò che si deve superare sono le logiche strutturali tipiche dell’ospedale e che il distretto come macro livello ripropone, cioè logiche solo o prevalentemente interne ad un genere di organizzazione auto-riferita.

Questo implica alcuni cambiamenti:

- si devono superare le tradizionali gerarchie dell’assistenza per livelli (assistenza di base, specialistica, ospedaliera, sopra ospedaliera). Non possono esistere strutture di base intermedie e specialistiche poste tra loro in rapporti gerarchici, ma deve essere favorita la continuità della cura a partire dal luogo di vita, in senso del tutto anti tayloristico;
- si deve superare la tradizionale contrapposizione ospedale/distretto e quindi concepire sia le funzioni rappresentate dall’uno e dall’altro come dislocabili indipendentemente dalle loro strutture, in ragione delle necessità di cura e di assistenza, la funzione indipendentemente dalla struttura;
- si deve puntare la funzionalità del sistema sanitario sul “caso”, considerando il caso come una premessa per individuare il percorso di cura più appropriato, è il caso che decide sull’organizzazione non il contrario.

VIII. (Assistentato)

Tutti i piani sanitari regionali sono orientati a “*specializzare*” il distretto in cure primarie e in assistenza di base. Il distretto in questo modo, indipendentemente da come è organizzato si propone come un grande *assistentato* per la cura delle malattie e le forme di disagio che ad esse si accompagnano. Esso svolge prevalentemente compiti di assistenza al malato il più vicino possibile al suo luogo di vita. Ma questo è come rinunciare a svolgere funzioni non assistenziali, come ad esempio la produzione di salute, le cure specialistiche, le analisi diagnostiche, i trattamenti ante e post ospedalieri. La

lettura controluce dei piani sanitari a questo proposito, rivela, che il problema della salute primaria viene praticamente delegato al dipartimento di prevenzione che essendo collocato nel distretto, secondo la regola transitiva permette di dire che il distretto fa anche la prevenzione. Non è quindi casuale se in alcuni piani le questioni distrettuali e quelle della prevenzione sono trattate in parti distinte, come pure quelle definite della “sanità pubblica e veterinaria”. Paradossalmente il distretto per specializzarsi in assistenza ha dovuto disimpegnarsi sugli obiettivi di salute. Al contrario, la riforma del '78 definiva la gran parte di competenze della usl, quindi del distretto, con la logica della salute (educazione sanitaria, igiene dell'ambiente, prevenzione individuale e collettiva ecc.). Questo è un limite serio. Le politiche di produzione della salute non possono essere ridotte a funzioni di prevenzione primaria. Siccome produrre salute come ricchezza, in futuro diventerà, per ragioni di compatibilità economica, sempre più un obbligo, gioco forza bisogna ripensare il distretto in un'altra chiave. Il distretto rispetto ad una comunità di riferimento è il primo produttore di salute primaria

IX. (*Distretto di comunità*)

Abbiamo già detto che a causa degli accorpamenti delle asl la nozione di territorialità si sta *de-territorializzando*. Se il distretto perde i suoi riferimenti territoriali, quale altro “*universale*” è possibile per la sua definizione? L'unico che abbiamo è quello di “*comunità*”. Il distretto si dovrà ripensare sostituendo “*territorio*” con “*comunità*”:

- “*comunità*” oggi è sicuramente un “*universale*” più conveniente di “*territorio*”;
- nei piani regionali, non si dovrebbe parlare di “*assistenza territoriale*” ma di “*assistenza comunitaria*”;
- con “*comunità*” la nozione di luogo, di spazio, di località viene sostituita con quella di soggetto;
- il territorio non dovrà essere più visto come una stiva che contiene delle persone, cioè come un *bacino di utenza*, ma semplicemente come una *comunità*, cioè una società civile organizzata;
- ciò che è comune nella comunità diventa ciò che è universale per quella comunità, ciò che appartiene a più soggetti di una comunità è comune quindi universale in quella comunità;
- non si tratta più di considerare una comunità implicita in uno spazio circoscrizionale ma di interpretare ciascuna comunità per i propri bisogni perché è questo che garantisce l'universalismo.

Cosa cambia se il distretto assumesse come universale la nozione di comunità in luogo di quella di territorio?

- Poter agire le politiche di produzione della salute come ricchezza;

- andare oltre le tradizionali politiche di prevenzione delle malattie;
- assumere la comunità come la prima e la principale responsabile della salute;
- organizzare seriamente la sussidiarietà, che a sua volta è un condizionale fondamentale di salute;
- la possibilità di stipulare accordi tra cittadini e sanità sulle scelte circa il proprio sistema sanitario;
- il riconoscimento e l'inserimento del cittadino come co-programmatore.

X. (*Il luogo di vita*)

Nell'ottica riformatrice il distretto dovrebbe essere considerato:

- un sistema per la produzione di salute che va oltre i propri presidi, oltre i servizi, quindi che coincide con le sue relazioni. i suoi scopi di salute e di assistenza, cioè con il luogo di vita del cittadino;
- un sistema di relazioni che va oltre il territorio, cioè oltre la logica del contenitore per definirsi in relazione al suo contenuto, che è la comunità rispetto al proprio luogo di vita quindi avvalersi della sussidiarietà, produrre salute come ricchezza, essere orientato alla comunità e avere relazioni con la comunità.

Ma la svolta riformatrice di fondo è la ricollocazione del distretto rispetto alla macrostruttura aziendale cioè rispetto all'intera organizzazione dei servizi.

Si tratta di assumere il luogo di vita del cittadino come lo snodo di tutto il sistema, quindi non più l'ospedale. Il luogo di vita è *hub* il resto è *spoke* compreso l'ospedale.

XI. (*Organizzazione inter-connessionale*)

Il distretto di comunità come snodo (*hub*) del sistema implica la ridiscussione se non il superamento dell'organizzazione del lavoro tayloristica cioè concepita per divisioni, separazioni, settorialità quindi l'adozione di una concezione *inter-connessionale* dell'organizzazione del lavoro. Con organizzazioni *connessionali* sarebbero rimosse tutte le contraddizioni: non ci sarebbe più la separazione tra ospedale e territorio, non avremmo bisogno di strutturare un distretto come se fosse un'azienda minor, non avremmo bisogno di distinguere tipi di assistenza per livelli di complessità, non vi sarebbe più la separazione storica tra la medicina di base e la medicina specialistica, e il percorso di cura del malato non sarebbe più un vagare a zic zac per i servizi, ma un *continuo organizzato*.

Con la logica connessionale non avrebbe più senso parlare di "centralità", di "ospedalocentrismo", perché con le relazioni decade l'idea di *centro* qualunque esso sia. Al contrario la concezione del servizio quale *struttura* si propone sempre come centro sia esso un ambulatorio, o un ospedale, un consultorio, rispetto al quale il malato deve per

forza adattare le sue esigenze a quelle della struttura. Ogni struttura è un centro mentre una organizzazione interconnessa è eccentrica (senza centro) perché multicentrica.

XII. (*Rete*)

La rete risponde ad una logica organizzativa diversa da quella di struttura. Per fare delle reti è necessario riunificare il sistema sanitario come una *unità*, o almeno riunificarne le parti più cospicue. La molteplicità dei servizi, delle funzioni, dei ruoli, delle strutture, delle professioni, ovviamente necessaria non deve negare l'*unità di fondo del sistema* e dar luogo a delle divisioni. L'*unità* è un concetto correlativo di *molteplicità* senza di cui essa sarebbe inconcepibile. La usl nasce come *unità* di servizi funzioni, prestazioni. Essa includeva tutto quanto ora è stato arbitrariamente separato compresa quella che nella legge si definiva "assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche". Questa *unità della tutela* oggi è ostacolata da tante inutili divisioni (tra territorio e aziende, tra aziende sanitarie e aziende ospedaliere, tra aziende ospedaliere a rilievo nazionale e di alta specializzazione e presidi ospedalieri). Le ragioni di questa inutile frammentazione sono sempre state legate agli interessi in gioco, alla possibilità di moltiplicare gli incarichi, di moltiplicare i servizi, di moltiplicare i posti di comando. Lo "scorporo" degli ospedali dalle asl non ha di certo aiutato i processi di integrazione. La moltiplicazione delle unità complesse e semplici ha accentuato la frammentazione dei servizi.

XIII. (*Unità delle tutele unità della necessità*)

Oggi i servizi se vogliono essere più efficienti e meno costosi devono essere possibilmente "*meno divisi*".

Si tratta quindi di tornare alla *unità delle tutele* e dipartimentalizzare tutto il possibile, quindi organizzare la macrostruttura aziendale con reti, percorsi, continuità assistenziale.

In sintesi si dovrebbe organizzare l'assistenza come un *continuo*, cioè un processo le cui fasi sono interdipendenti (sono *continui* gli organigrammi, gli spazi di lavoro le professioni, le modalità operative, le prestazioni pensate in successione, ecc.) e assumere il distretto come cabina di regia delle reti sviluppandone le sue funzioni di governo della complessità e il suo sistema informativo.

XIV. (*Destruire e delocalizzare*)

Destruire e delocalizzare sono quindi i due principali concetti riformatori relativi all'organizzazione dei servizi sanitari:

- *destrutturare* una usl non significa smontare, smantellare, demolire, dei servizi ma significa *correlare* cioè mettere i servizi in rete;

- *delocalizzare* un distretto non significa non avere luoghi o territori di riferimento, ma significa correlare una qualsiasi rete con le comunità che vivono dentro i territori di riferimento.

La *correlazione* è quella che intercorre tra i servizi e tra i servizi e la comunità, se un ospedale intercorre per certe parti con il distretto esso è correlabile perché ospedale e distretto sono reciprocamente *relati*. È in questo modo che si supera il taylorismo così costoso e così regressivo.

Nella correlazione quindi:

- il distretto di comunità è il *relato* della relazione di assistenza con l'ospedale, ma nello stesso tempo è il *relato* della relazione che l'ospedale ha con il distretto, così il contrario;
- la rete è una *correlazione di correlazioni*, nella quale i *relati* sono scambievoli.

XV. (*Superare il taylorismo*)

Superare il taylorismo è la condizione per far costare di meno un sistema complesso come è la sanità. Un sistema *co-relato* vuol dire che ogni servizio è un *relato* implicato in una relazione fino ad essere coautore di un processo di cura che coinvolge più servizi.

La logica connessionale che prende il posto di quella tayloristica, applicata alla sanità dovrebbe considerare un bisogno di salute importante, come per esempio il “*malato complesso*”, non più semplicemente rappresentabile con il classico “*rapporto malato/servizio*”, ma attraverso un *percorso terapeutico* dentro un segmento di rete in quanto la conoscenza prima e la risposta dopo viene distribuita tra le sue connessioni. Una rete di servizi collegata ad una comunità, se usassimo per analogia i principi del connessionismo, dovrebbe associare delle *funzioni* (medico di base, ambulatorio, distretto, specialista, ospedale ecc.), in modo tale che ciascuna funzione definisca la sua risposta al bisogno del malato a partire dalle risposte date dalle funzioni che l'hanno preceduta. In questo modo la *dinamica globale della rete* sanitaria integrata (come la definiscono certi piani regionali) sarebbe definita da questo principio di fondo: *lo stato globale della rete è funzione del suo stato precedente*. Il vantaggio della rete quindi è che in questo modo essa può *modellizzarsi* in una grande varietà di soluzioni interattive e in questo modo costare di meno.

XVI. (*Il malato come principio*)

Il primo fondamentale condizionale di partenza per un percorso di cura e di assistenza, è il *malato*, il bisogno, le sue necessità e il suo grado di complessità. Sostenere questa tesi può sembrare banale, ma in realtà non lo è. In generale, i sistemi sanitari non sono orientati alla domanda ma accolgono i bisogni dei malati adattandoli alle loro

organizzazioni, quindi alle proprie strutture, ai propri servizi, ai propri limiti economici, ai propri operatori. Quindi il malato trova già una organizzazione pre-strutturata. Assumere i bisogni complessi del malato quali condizionali, significa accettare di adattare un'organizzazione comunque predefinita alle specificità di quel condizionale. In questo caso il bisogno del malato è un condizionale che davvero condiziona le organizzazioni sollecitandole ad adattarsi alle sue necessità. Non più il contrario. Per questo è necessaria, quale precondizione, la destrutturazione e della delocalizzazione.

Oggi parliamo di “*case management*” che altro non è se non la definizione di un pacchetto di prestazioni definito a partire dal “*caso*”. Il “*caso*” determina una risposta coerente con il bisogno. Quindi il “*caso*” dovrebbe essere trasformato in un percorso.

Ma come dovrebbe funzionare il “*caso*” se lo dovessimo considerare un condizionale? E quali le sue implicazioni in termini di riforma? Si tratta di *prevedere* il percorso che farà il malato in una rete o in alcuni dei suoi segmenti, cioè di tradurre il caso e le sue complessità in una *previsione assistenziale* costituita da tre parti:

- le informazioni essenziali sul “caso”;
- le regole prognostiche che descrivono l'evoluzione del suo stato nel tempo;
- le probabilità della prognosi.

Le prime descrivono le condizioni iniziali del “caso” le seconde traducono la prognosi in un percorso, le terze valutano le probabilità degli esiti.

XVII. (*Il caso e l'attrattore*)

Il percorso clinico di un “*malato complesso*” o di un caso altro non è che un'evoluzione dell'azione di tutela che si esprime in una serie di spazi di cura successivi, cioè è qualcosa che assomiglia ad una *traiettoria*. Il “*caso*” si muove a partire dalle sue necessità attraversando i servizi di cui ha bisogno, come se fosse *attratto* da qualche parte del sistema sanitario, cioè è come se evolvesse verso quello che in termodinamica si chiama “*attrattore*”. L'*attrattore*, rispetto al “*caso*”, sarebbe uno *spazio di cura* che attrae il caso nella fase finale del percorso clinico. L'ospedale chirurgico è l'inevitabile attrattore di un problema chirurgico, la rianimazione è l'attrattore finale di un malato grave, un *hospice* è l'attrattore di un malato oncologico grave ecc. Un sistema sanitario offre quindi, tanti attrattori quante sono le eventualità prognostiche legate alle malattie. Gli attrattori sono dentro delle organizzazioni interconnesse.

Oggi in sintesi le parole chiave per ridefinire il distretto sono “unità delle tutele”, “destrutturazione”, “de-localizzazione”, “interconnessionalità”, “rete”, “dipartimento” ecc. Sono tutte parole che denotano la rimessa in discussione di una organizzazione tayloristica.

Quinta proposta. Ripensare l'ospedale

I. (*Ospedale*)

Dal distretto passiamo ora all'ospedale. In tutti questi anni la parola *deospitalizzazione* è stata forse la più usata ma è anche quella che agli ospedalieri non è mai piaciuta perché alla fine voleva significare meno ospedale e più territorio. *Ris-pedalizzazione* è una parola che agli ospedalieri dovrebbe piacere di più perché implica un altro genere di ospedale ma senza sminuirne la funzione e l'importanza.

Ma cosa vuol dire ri-spedalizzazione? Vuol dire a un tempo:

- un cambiamento della collocazione dell'ospedale rispetto ad una macrostruttura interconnessa;
- una diversa concezione organizzativa;
- un cambiamento culturale profondo;
- un modo nuovo di fare i medici e gli infermieri e gli oss.

II. (*Ricollocazione e riorganizzazione dell'ospedale nella macrostruttura di servizi*)

Per prima cosa dobbiamo capire a quale idea culturale di “*tutela*”, l'ospedale dovrebbe riferirsi e in quale sistema organizzato di servizi cioè in quale macrostruttura aziendale esso dovrebbe operare? Un conto se l'*hub* è il luogo di via e l'ospedale è *spoke* un conto se l'*hub* è l'ospedale stesso e *spoke* è tutto il resto. Ospedalocentrismo o multi-centrismo integrato? Se si decide che *hub* è il luogo di vita, quindi il distretto di comunità, quale organizzazione tra distretto e ospedale supera le divisioni storiche tra servizi (cure primarie/secondarie, territorio/ospedale medici di base/ospedalieri/universitari, pre-spedalizzazione ecc.) cioè come i servizi sono tra loro interdipendenti?

Se i sottosistemi devono essere interdipendenti, è un errore programmarli separatamente, siano essi le cure primarie o ospedaliere e poi pensare *ex post nuda* di integrarli.

Se nella logica della *continuità assistenziale* non esiste un primario e un secondario in senso gerarchico, ma solo un prima e un dopo, cioè traiettorie percorsi e progressioni che attraversano inevitabilmente i diversi sottosistemi (dal luogo di vita al letto in ospedale) quale sistema inter-connessionale, quali parametri organizzativi? Ormai il concetto di acuzie coincide in gran parte con quello di complessità in questo caso l'ospedale non può continuare ad essere definito sulla base del posto letto o del bacino di utenza cioè con la logica dei “volumi” delle “prestazioni”. La sua organizzazione ormai va definita con la logica della complessità organizzativa con quella dipartimentale e interdipartimentale e con quella degli esiti e dei risultati?

Il criterio della complessità patologica e del grado di integrazione organizzativa che esso implica è l'*explanandum* dal quale dedurre quello della complessità organizzativa. Questo significa andare oltre il criterio del “minutaggio” cioè il calcolo del tempo di assistenza nelle 24 ore per il malato ricoverato, ma anche andare oltre il criterio di calcolare il fabbisogno di operatori in modo separato qualifica per qualifica in rapporto al

numero dei posti letto. Una organizzazione integrata è tale se il suo organigramma è concepito in *modo unico continuo e integrato*. In luogo del calcolo per singola qualifica bisogna calcolare gruppi integrati di qualifiche sulla base di criteri convenzionali come sono i gruppi minimi integrati. Il gruppo minimo integrato è costituito dalle qualifiche base di un processo di cura. Nel gruppo minimo integrato se davvero si vuole integrare il territorio con l'ospedale va previsto il medico di medicina generale cioè colui che ha deciso il ricovero in ospedale e che dovrà farsi carico della post ospedalizzazione. Sulla base di gruppi minimi integrati si calcolano gli organigrammi complessivi che poi saranno allocati nell'organizzazione in modo discreto cioè in ragione delle forme e dell'estensione dell'integrazione stessa.

Oggi l'ospedale è ancora troppo tayloristico e molte sono le potenziali integrazioni interne che si potrebbero organizzare tra reparti, tra laboratori e reparti, tra chirurgie e reparti. Resta inteso che per raggiungere un grado di dipartimentalizzazione accettabile con servizi esterni all'ospedale il grado di integrazione interno all'ospedale deve essere massimo.

III. (*Professioni ospedaliere*)

Quali professioni servono rispetto ad una organizzazione inter-connessionale? Cioè è ovvio che le professioni coinvolte restano quello che sono (medici infermieri e oss), ma "come" devono operare? Come vanno organizzate? Se non è convincente pensare di risolvere le gravi questioni professionali (questione medica e questione infermieristica) senza passare per un progetto di riforma del lavoro, allora non è convincente pensare di riformare l'ospedale a professioni invarianti. La post ausiliarietà degli infermieri e il loro sistematico demansionamento, la legge 42 messa da parte per invarianza di organizzazione del lavoro, sono problemi che non si risolveranno mai se si resta dentro la logica tayloristica della riforma Petrucci/Mariotti e non saranno certo le competenze avanzate (la guerra tra poveri) a risolvere il problema. La stessa cosa per i medici ospedalieri.

Il medico ospedaliero in una nuova collocazione e organizzazione dell'ospedale non è più solo un operatore ospedaliero cioè un operatore il cui spazio di lavoro è solo il proprio reparto, ma diventa un operatore dipartimentale i cui spazi e tempi di lavoro sono distribuiti nell'ambito dell'operatività del dipartimento sulla base di una precisa programmazione del lavoro. Il medico dipartimentale è quindi una professione mobile all'interno dell'organizzazione dipartimentale. Per questi fini avrà bisogno di essere aggiornato e preparato ad hoc. Il medico dipartimentale è il titolare del governo clinico in tutto il dipartimento.

L'infermiere in una nuova collocazione e organizzazione del lavoro diventa anche lui un operatore dipartimentale definito in tutto e per tutto con l'applicazione della legge 42 e quindi come professione autonoma non più in rapporto con la professione medico in modo ausiliario ma in modo reciprocamente ausiliario: il medico è ausilio per l'infermiere e l'infermiere è ausilio per il medico nel senso che le loro autonomie la prima clinica la

seconda assistenziale sono reciprocamente ausiliarie. L'infermiere dipartimentale, compreso tutte le accezioni di specializzazione, è il titolare della gestione dell'assistenza in tutto il dipartimento. Questo vuol dire che a livello di dipartimento va definita sia la figura del coordinatore clinico che la figura del coordinatore dell'assistenza. Il primo si occuperà di governo clinico il secondo di gestione della cura. In nessun caso il primo va considerato titolare del secondo. La clinica sta alla cura come la malattia sta al malato.

Per quanto riguarda l'oss vale lo stesso discorso di dipartimentalizzazione del medico e dell'infermiere nel senso che esso è dislocabile quando necessario in tutte le componenti dipartimentali. L'oss svolge le sue funzioni di legge quelle strettamente assistenziali in stretta collaborazione con l'infermiere e rientra nella programmazione del lavoro di assistentato al malato ricoverato della cui gestione l'infermiere resta titolare.

In una visione di ospedale interconnesso gli organigrammi dovranno essere considerati come collettivi professionali flessibili rispetto ai quali vi sono operatori che sono obbligati a farvi parte e sono quelli la cui operatività ha un carattere prevalentemente ospedaliero operatori che al contrario operano prevalentemente in altri servizi e quindi nei confronti dell'ospedale hanno semplicemente una frequentazione occasionale decisa sulla base delle necessità e complessità del malato. Quindi operatori stabili e operatori convocabili. Tra i primi rientrano tutti gli operatori definiti tradizionalmente "ospedalieri" tra i secondi tutti i medici di famiglia, i medici specialisti, altre figure professionali.

Un organigramma dipartimentale sarà quindi costituito da operatori stabili comunque collocabili negli spazi dipartimentali decisi dalla programmazione del lavoro e operatori occasionali convocabili di volta in volta sulla base delle necessità di cura.

Infine la questione di come retribuire le professioni ospedaliere.

Abbiamo visto con l'esperienza delle mutue che i sistemi retributivi degli operatori sono funzione di sostenibilità del sistema (notula, retta a giornata di degenza, retribuzione in funzione dei posti letto ecc.) allora, quali sistemi retributivi per compensare adeguatamente le capacità inter-connessionali, i risultati di salute prodotti dai sottosistemi, il governo delle complessità, le abilità oltre le competenze, le autonomie in cambio di responsabilità ecc.? L'esito nella logica dei volumi definisce la quantità di posti letto allora anziché appiattirsi sulla logica antica delle prestazioni perché non definire anche i meriti professionali in ragione dei risultati? Della mobilità interdipartimentale? Del grado di inter-connessionalità?

La tematica delle retribuzione sarà affrontata a proposito di riforma del lavoro.

IV. (*Ri-spedalizzazione de-localizzazione e de-strutturazione*)

L'ospedale interconnesso significa ripensare il rapporto tra struttura e funzione. Chiariamo bene i concetti:

- per *struttura* si intende l'ospedale come entità fisica in tutte le sue componenti architettoniche, in tutti i suoi spazi fisici, in tutte le sue espressioni tecnico-scientifiche

organizzate;

- per *funzione* si intende il compito specifico, assegnato o riconosciuto nell'ambito di un'attività organizzata o di una struttura ospedaliera.

Esempio il reparto di medicina interna in un ospedale rientra nel concetto di struttura la medicina interna è la funzione che in quella struttura viene garantita.

Sino ad ora in ospedale struttura e funzioni sono state coincidenti. Per esempio un reparto di chirurgia coincideva con la chirurgia come funzione. È in ragione di tale coincidenza che l'organizzazione dell'ospedale ancora oggi è prevalentemente chiusa.

In una visione dell'ospedale post taylorista la funzione dell'ospedale può essere agita anche oltre la struttura tout court ad esempio in un dipartimento, in una rete, in una organizzazione per percorsi di cura. In questi casi funzione e struttura non sono più coincidenti e l'organizzazione di un ospedale assume il carattere aperto, senza il quale non potrebbe integrarsi. La funzione in questi casi è garantita dall'operatore. È l'operatore tradizionalmente ospedaliero che si sposta in spazi dipartimentali diversi da quelli strettamente ospedalieri. La funzione strettamente strutturale cioè legata alla struttura in cui opera (sala operatoria, laboratori, alta tecnologia diagnostica, alta specializzazione ecc.) non può essere disgiunta dalla struttura per cui essa rimane integralmente ospedaliera.

Detto ciò si può dire che indipendentemente dalla struttura la funzione può essere mobile attraverso reti dipartimentali e quindi operare funzionalmente oltre le struttura ospedaliera in senso stretto.

La distinzione "struttura" e "funzione" ci permette di far evolvere la vecchia idea di organizzazione tayloristica chiusa. Nei casi dove questo è possibile si potrebbe parlare di organizzazione destrutturante cioè la funzione può essere libera rispetto alla struttura. Se la funzione è relativamente libera dalla struttura allora in questo caso si ha un processo di delocalizzazione cioè la funzione è esercitata laddove conviene di più. Il luogo dove essa è esercitata non è più strutturalmente vincolante.

V. (*Ospedale in senso stretto*)

La de-localizzazione e la de-strutturazione se significano che in una organizzazione interconnessionale non necessariamente *struttura* e *funzione* sono coincidenti allora è possibile:

- dipartimentalizzare tutto il dipartimentalizzabile includendo nei dipartimenti i posti letto affini di cui necessitano per il ricovero, cioè anziché limitarsi a tagliare sul numero di posti letto si tratta di includere posti letti dentro organizzazioni dipartimentali;
- considerare i posti letto inclusi nei vari dipartimenti e quindi regolati come parti del dipartimento stesso, non come realtà separate;
- dipartimentalizzare gli organigrammi;
- considerare la rete come la mappa dei percorsi diagnostici-terapeutici-assistenza.

In fin dei conti l'operazione di delocalizzazione e di destrutturazione significa riallocare tutti i posti letto dipartimentalizzabili nei dipartimenti considerandoli però dipartimenti non più reparti ospedalieri che comprendono un arco di funzioni comprese tra le cure primarie e i posti letto. Tutto quanto non è dipartimentalizzabile resta ospedale tout court.

Per cui l'operazione finale è restringere il concetto di ospedale a solo quello che è ospedaliero in senso stretto e ri specializzare tutto il resto.

È inutile dire dei vantaggi economici che ha questa visione interconessionale. In tutti i settori produttivi oggi il taylorismo è stato superato perché troppo costoso e poco efficiente.

Sesta proposta. Ripensare la medicina di base e la specialisitica ambulatoriale

I. (La medicina di base)

Non c'è dubbio che non ha senso riformare l'ospedale senza riformare contestualmente la medicina di base. E viceversa. Non c'è dubbio che il vero atto riformatore è sostituire una non relazione (i due enclave) con un relazione *intra* e *inter*. Se l'ospedale cambia e la medicina di base non si buca l'obiettivo della riforma. Cioè si buca l'intero progetto di far ruotare tutto il sistema a partire dal luogo di vita del malato. Quindi si buca lo scopo di rendere sostenibile il sistema attraverso il riequilibrio della domanda con l'offerta, la ridefinizione del fabbisogno, la riforma del consumo di sanità. Oggi la medicina di base come l'ospedale è sostanzialmente un enclave e in quanto tale è una vera e propria anti economia che blocca con la sua invarianza un ben più vasto processo riformatore.

La “*medicina convenzionata*” è ferma da troppi anni ad un vecchio modello di assistenza che oggettivamente contrasta con i problemi del sistema sanitario. È essere “enclave” a produrre anti-economicità nel senso che assistendo in modo diviso e separato si hanno meno benefici di quelli che servirebbero e molti costi inutili che si potrebbero evitare. Questo naturalmente vale anche per l'ospedale.

Per i medici di famiglia veri e propri operatori parasubordinati non è facile cambiare essi temono di perdere il loro status libero professionale, l'autonomia dei loro studi privati.

Questo non è un dettaglio e del resto non si possono biasimare coloro che difendono uno status storico che tanti benefici ha dato da un qualche possibile peggioramento. Ma lo stesso disagio l'avrebbero gli operatori ospedalieri chiamati a ridiscutersi nella interconessionalità.

Anche per i medici di medicina generale valgono le considerazioni sui rapporti tra struttura e funzione. Lo studio non può valere solo come coincidenza tra struttura e funzione. La funzione della medicina generale deve essere esercitata anche fuori dallo studio nel luogo di vita del malato e in tutti i dipartimenti dove la presenza del medico di medicina generale è considerata necessaria

II. (*Medici di medicina generale*)

Ai medici di famiglia spesso si accompagnano problemi legati alla qualità della prestazione, all'appropriatezza delle loro decisioni cliniche, e quel che è importante alla sostenibilità del sistema. Sono anni che la letteratura descrive i suoi problemi

- sono scarsamente integrati con i distretti e con gli ospedali;
- spesso prescrivono in eccesso farmaci e analisi strumentali;
- ricoverano in modo improprio;
- delegano spesso il loro malato allo specialista;
- sono poco aggiornati;
- ecc.

Da qualche anno, le Regioni soprattutto alle strette con il de-finanziamento, stanno tentando con degli atti di indirizzo di chiedere ai medici di base delle contropartite di integrazione ma con scarsi risultati. Non c'è stato governo che nel suo programma non abbia dichiarato la questione delle cure primarie, prioritaria ma nessuno sino ad ora ha saputo affrontarla come meriterebbe. La riforma Balduzzi si è rivelata un tentativo pallido di razionalizzazione. Prevalgono da parte dell'istituzione pubblica degli atteggiamenti contro i medici di base che in molti casi hanno un carattere di vera e propria persecuzione amministrativa.

Essi sono diventati in modo a volte esagerato le controparti della “*medicina amministrata*” come se i loro atti prescrittivi fossero il problema più grande del sistema, cioè come se la sostenibilità del sistema dipendesse *solo* dai loro atti clinici. E questo è francamente eccessivo. Ma anche con le eccezioni, con le forme di medicina aggregata, la questione dell'anti-economicità della loro funzione resta interamente legata al loro essere sostanzialmente un enclave.

III. (*Autori di sanità pubblica*)

Lo svolgimento pratico della funzione “*medicina di base*” dipende interamente dalla convenzione che come è noto è il contratto tra medici di base e Stato. Per cui se si vuole ripensare la funzione bisogna ripensare la convenzione. Fondamentalmente la convenzione è tra liberi professionisti parasubordinati e Stato. Per cui ripensare la convenzione per la medicina di base significa fare in modo di qualificare la loro autonomia per fare di essi uno dei principali autori di salute pubblica, dando in cambio una retribuzione relativa a delle responsabilità e che includa tra i suoi obiettivi la riduzione dell'anti-economicità, la disponibilità a lavorare nel sistema dei servizi in modo interconessionale.

Oggi l'orientamento del governo è quello riassunto nell'espressione “*medicina amministrata*” cioè obbligare i medici di famiglia a rispettare regole, vincoli, limitazioni quindi farne degli ossimori cioè dei liberi professionisti senza autonomia dimostrando

così di non avere alcuna fiducia nella capacità di cambiamento di questa categoria. Ribadiamo ancora una volta che la “*medicina amministrata*” è una follia.

Se il distretto è *hub* e il resto del sistema ospedale compreso è *spoke* si comprende il ruolo strategico della medicina generale. Il medico di medicina generale diventerebbe il primo grande protagonista del sistema nel suo complesso. Il coordinatore elettivo. Per questo il ripensamento della convenzione è un passaggio cruciale. Con una nuova convenzione si tratta di ridefinire il rapporto retribuzione/prassi perché come insegna l'esperienza del passato in diversi casi (non tutti) il modo di pagare ha causato separatezze, autoreferenzialità, sprechi. Rammentiamo che la quota capitaria è nata per risolvere i problemi della notula, attraverso la quale i medici per guadagnare di più gonfiavano le prestazioni causando crescite ingiustificate di spesa. Oggi la quota capitaria non ha risolto le contraddizioni della notula perché alla fine i medici guadagnano indistintamente da quello che effettivamente fanno siano essi appropriati o inappropriati.

Una vera riforma della convenzione a meno di trasformare tutti i medici di base in dipendenti pubblici (ipotesi poco plausibile), deve fare leva sull'autonomia del medico ma chiedendo in cambio delle contropartite.

I medici di medicina generale si trovano davanti ad un bivio:

- essere controriformati di fatto dalla “*medicina amministrata*” diventando sempre più ossimori cioè dei liberi professionisti senza autonomia;
- autoriformarsi ed essere liberi professionisti con un altro genere di autonomia e dentro un processo di riforma che ne rilanci la funzione.

IV. (*Cure primarie*)

La medicina di base per non essere un *enclave* perché questo è il vero problema deve essere disponibile ad una più generale riforma delle cure primarie e delle cure ospedaliere.

Per mediare gli interessi dei malati, dei medici e dello Stato l'idea è quella di medici liberi professionisti ma ridefiniti quali *autori* e *shareholder* e retribuiti in funzione di certi risultati negoziati a livello di ogni singola azienda. Quindi autonomia in cambio di responsabilità accettando di farsi verificare su ciò che si fa.

In questo modo il medico di famiglia pur restando un libero professionista entrerebbe a far parte in quel processo che abbiamo definito “*unità delle tutele*” diventandone il primo protagonista.

Tutte le considerazioni a proposito di destrutturazione e delocalizzazione fatte in ordine al distretto e all'ospedale valgono come logica, mutatis mutandis, anche per la medicina di base. Per il medico di base destrutturazione significa che il suo dominio professionale va ben oltre l'ambulatorio ed è compreso tra il luogo di vita del cittadino e l'ospedale per cui delocalizzazione vale come l'assunzione del “caso” in tutta la sua traiettoria.

Settima proposta. Riformare il lavoro in sanità

I. (Il lavoro deve cambiare)

La questione politica è molto semplice: oggi il lavoro medico sanitario in funzione della sostenibilità (quella intesa in modo corretto), dei cambiamenti sociali, culturali, economici, deve produrre un altro genere di valore aggiunto. Cioè oggi bisogna cambiare il modo di lavorare per produrre più salute, più adeguatezza, più personalizzazione, per spendere meno e per avere di più. Se vogliamo:

- curare bene le persone e far costare di meno il sistema;
- mettere in equilibrio la domanda con l'offerta;
- eliminare gradi soverchi di regressività;
- ridurre le diseconomie legate alle prassi professionali consuetudinarie;
- conoscere il malato per non limitarci alla malattia;
- avere con il malato relazioni di conoscenza;
- agire dentro organizzazioni inter-connessionali;

Il lavoro deve cambiare.

Oggi non possiamo lavorare nella sanità come se fossimo ancora nelle mutue, o negli enti ospedalieri del '68.

Oggi il lavoro:

- deve rendere compossibili tante cose diverse tutte quelle comprese tra etica economia e scienza;
- non può più essere definito per compiti o competenze ma per forza di cose deve essere definito per impegni e risultati di salute, clinici, economici sociali.

Il lavoro deve cambiare perché se non cambia continuerà a perdere di valore e ad essere retribuito sempre di meno rischiando di diventare una delle concause importanti della contro riforma.

II. (De-intellettualizzazione)

Le tante riforme fatte durante tutto il 900 e quelle più recenti, come abbiamo già detto, si sono preoccupate di cambiare le forme giuridiche dei contenitori, le forme giuridiche del governo della sanità, le forme del finanziamento, le organizzazioni dei servizi, la natura giuridica del sistema, ma poco o niente si sono preoccupate di cambiare il lavoro, cioè il suo modello, i suoi comportamenti professionali, il genere di prassi le sue modalità operative. Cioè poco o niente si sono preoccupate di adeguare i *contenuti* ai *contenitori*.

Così i medici della mutua e quelli degli enti ospedalieri gli specialisti, a modelli invariati hanno continuato prassi come se nulla fosse cambiato. A parte subire continue svalutazioni, controlli, procedure, restrizioni di ogni tipo.

A questa invarianza le politiche di questi anni evocate in nome della sostenibilità come abbiamo visto hanno de-capitalizzato il lavoro, svalutandolo in ogni modo, ma non solo con il blocco dei salari e del turn over ma soprattutto de-professionalizzandolo cioè distorcendone i postulati identitari con il de-mansionamento, la burocratizzazione, la medicina amministrata, la *task shifting* ecc.

Oggi l'incontro tra invarianza del lavoro e il de-finanziamento del lavoro stanno condannando le professioni alla de-intellettualizzazione cioè al loro scadimento in professioni sempre più esecutive sempre più *trivial machine*, ("questione medica", "questione infermieristica").

III. (*Lavoro insostenibile*)

Ribadiamo che parte di quello che si definisce "*problema della sostenibilità*" nasce oggettivamente dall'invarianza del lavoro e dall'accumularsi di gradi crescenti di regressività e quindi di diseconomicità.

Il lavoro può rendere il consumo sanitario più o meno costoso. Dipende da come esso è agito, organizzato, formato, concepito.

Oggi il lavoro opera in vecchie organizzazioni cioè dentro contesti con una elevata inappropriata organizzativa. e produce suo malgrado altri gradi di inappropriata, inutilità, inadeguatezza.

Oggi il lavoro entro certi limiti è aggiornato scientificamente perché usa farmaci nuovi, tecnologie nuove, cioè nuove possibilità, ma è regressivo sul piano culturale perché incapace di avere relazioni, di governare le complessità, di mediare i rapporti tra clinica e economia, di essere qualcosa di diverso da un *compitiere* (colui che è pagato per i compiti che svolge indipendentemente da come li svolge).

Per tutte queste ragioni il lavoro è una entità che oggi deve essere assolutamente ripensata.

Riformare il lavoro è molto diverso da riorganizzare il lavoro, nel primo caso è il modello di operatore indipendentemente dalla sua qualifica che viene ripensato, nel secondo caso a modello di operatore dato si provvede ad organizzare la sua operatività in un servizio.

Molti tentativi di riorganizzazione del lavoro sono stati fatti (integrazione, multidisciplinarietà, aggregazioni, nuclei interprofessionali ecc.) ma sempre a modello di operatore invariante.

Tutte le proposte precedenti sull'ospedale, sulla medicina di base, sul distretto, non sono credibili a lavoro invariante. Non è credibile ripensare la medicina e la sanità, ripensare le organizzazioni, ripensare i modelli dei servizi a lavoro invariante. La storia ci insegna che se non cambia il lavoro non cambia sostanzialmente un granché.

Il lavoro suo malgrado ha quindi una responsabilità primaria rispetto al rischio che

stiamo correndo di perdere la sanità pubblica.

IV. (*Costo del lavoro e sistemi di retribuzione*)

Non c'è solo un problema di regressività ma rileggendo l'esperienza del crollo delle mutue vi è anche un problema di costo del lavoro e di sistemi di retribuzione.

Oggi il de-finanziamento passa per la compressione del costo del lavoro ma solo perché sino ad ora non si è riusciti a riformare i sistemi di retribuzione dei servizi, delle prestazioni, degli operatori. Se si dovessero ripensare le tante forme della retribuzione in funzione della sostenibilità quindi orientandole decisamente all'inter-connessionalità e ai risultati e ad altro, quindi se si dovessero superare tanto:

- la quota capitaria per il medico di base;
- il compenso orario per lo specialista;
- lo stipendio mensile per l'ospedaliero.

Probabilmente non si avrebbe bisogno di comprimere il costo del lavoro perché in questo caso il lavoro diventerebbe il primo fattore di sostenibilità e in quanto tale non converrebbe a nessuno comprimerlo. Nasce da qui l'insistenza sul valore strategico della riforma del lavoro e dell'idea del lavoro come fattore primario di sostenibilità. Se al contrario a condizioni di de-finanziamento non impedito, i sistemi retributivi in essere non cambieranno è inevitabile che il lavoro nel suo complesso sarà sempre più svalutato nel senso che si arriverà alle "mollichelle" e alle elemosine giusto per contenere il dissenso sindacale ma sostanzialmente si punterà a ridurre l'onere perché il costo del lavoro è costo primario. Il vero de-finanziamento del sistema passa per la riduzione del costo del lavoro. Ma se questo è vero allora il rifinanziamento non può che passare per una riforma del costo del lavoro.

V. (*Le forme retributive*)

La storia del fallimento delle mutue ci insegna che il combinato disposto tra le diverse forme retributive in particolare riconducibile alla medicina di base, alla specialistica, e alla ospedalità, tutte sganciate da obiettivi di sostenibilità e volte a massimizzare (costi quel che costi) i profitti professionali, ha avuto effetti nefasti sulla tenuta del sistema nel senso che aumentando in modo scriteriato il costo del lavoro si sono create le condizioni favorevoli al default. L'analisi convenzionale dell'esperienza mutualistica si limita a dire che il crollo del sistema è avvenuto perché il costo delle prestazioni era più alto rispetto al valore dei contributi, quindi rispetto alle entrate, questo è senz'altro vero, resta da chiarire perché è aumentato il costo delle prestazioni. Sicuramente perché è cambiata la domanda e con l'innovazione sono entrati nell'ambito della fruizioni mutualistiche nuovi farmaci e nuove tecnologie, ma soprattutto va detto che è aumentato il costo del lavoro

che a causa dei sistemi retributivi agganciati al consumo hanno finito per incrementare il consumo incrementando a dismisura prestazioni e servizi.

Oggi per quanto riguarda la medicina di base, la specialistica, e l'ospedalità, si tratta di invertire il rapporto tra sistemi retributivi e consumo nel senso di premiare la sostenibilità e questo non si può fare né a prescindere dai risultati ma neanche a prescindere dalla necessità di assumere il sistema delle retribuzioni come tale, cioè come sistema.

VI. (*Retribuzioni discrete e continue*)

Non ha molto senso che le tre principali funzioni che sostengono il sistema (medicina di base, specialistica, ospedalità) non abbiano forme retributive correlate. Cioè non ha molto senso teorizzare le loro interconnessioni senza interconnettere i loro modi di essere retribuiti. Se in questi anni i medici di famiglia, gli specialisti e gli ospedalieri non sono riusciti a integrarsi è perché sono pagati in modo diverso cioè in modo da escludere qualsiasi possibile integrazione. Quota oraria, quota pro capite, retribuzione mensile, sono modi diversi di retribuire l'enclave (ognuno per sé) ma in nessun modo aiutano i processi di integrazione. Quindi non ha molto senso che le retribuzioni siano pensate in forma *discreta* e non *continua* cioè che la medicina di base pensi a se, la specialistica pensi a se, come pure l'ospedale. Se vogliamo superare il taylorismo in sanità perché troppo costoso e poco efficiente non ha senso avere contratti separati e quindi forme retributive separate e per giunta differenziate nei loro postulati di riferimento. Non ha senso che si cambi la quota capitaria del medico di famiglia mentre la retribuzione dell'ospedaliero resta invariante come quella dello specialista. E viceversa.

Se vogliamo vincere il de-finanziamento tutte le retribuzioni devono essere orientate alla inter-connessionalità e alla sostenibilità da qui non si scappa. L'alternativa è il declino. Oggi il medico di medicina generale, lo specialista, l'ospedaliero hanno interesse a cambiare perché ormai il loro lavoro, cioè il costo del loro lavoro, è diventato una funzione di insostenibilità.

Si tratta di negoziare il cambiamento del lavoro e di non limitarsi all'adeguamento delle retribuzioni a lavoro invariante. Ostacolare il cambiamento oggi come oggi è una bella responsabilità politica. Se la medicina generale, la specialistica e l'ospedalità non cambiano è inutile parlare di distretto, di integrazione, di connessionalità, ma a parte questo è inutile sperare di poter adeguare davvero le retribuzioni come chiedono giustamente i sindacati.

VII. (*Retribuzioni contro sostenibilità*)

Dobbiamo fare i conti con un dilemma:

- se a sistema sanitario invariante, quindi anche a lavoro invariante, aumentasse il

livello delle retribuzione aumenterebbero i problemi di sostenibilità del sistema perché il costo del lavoro è determinante ad accresce il costo delle prestazioni;
-se il livello delle retribuzioni continuerà a calare o a restare sostanzialmente invariante allora la de-capitalizzazione vincerà la partita, ogni tanto al sindacato sarà data una mollichella, ma il sistema continuerà a declinare e comunque le retribuzioni non cresceranno significativamente.

Come la crescita ingiustificata del consumo non aiuta il sistema ad essere sostenibile così la crescita delle retribuzioni, oggi come oggi, a invarianza di lavoro e di forme retributive, non aiuta la sostenibilità del sistema.

Per uscire dal dilemma si tratta di bilanciare la crescita del costo del lavoro con una adeguata crescita del grado di sostenibilità finanziaria del sistema. Cioè il lavoro come costo deve diventare funzione di sostenibilità altrimenti non potrà essere significativamente rifinanziato.

VIII. (*Interessi e norme transitorie*)

Cambiare il lavoro e le sue attuali forme retributive inevitabilmente mette in discussione gli interessi consolidati degli operatori, i loro incarichi, le loro responsabilità, i loro guadagni, il loro status e per questo rischiano di essere ruscate nella logica egoistica di colui che ad un graffio del proprio dito preferisce il crollo del mondo (Hume).

Questo rischio è reale per cui la *quarta riforma* dovrà prevedere delle norme transitorie che prevedano un tempo durante il quale si chiuda un ciclo e se ne apre un altro, dove un certo lavoro è previsto ad esaurimento e un altro è previsto come sua sostituzione senza penalizzare chi lavora. Una cosa deve essere chiara: la difesa legittima del proprio interesse anche se tutto cambia può essere conveniente nel presente ma nel medio lungo periodo è perdente. Rispetto ai processi in corso soprattutto rispetto al de-finanziamento programmato non vince mai l'invarianza la regressività l'inadeguatezza. La storia recente ci dimostra che se il lavoro non cambia il lavoro viene cambiato dalle politiche di de-finanziamento, nel senso che se non produce un altro valore aggiunto esso diventa relativamente costoso e quindi viene tagliato in tutti i modi possibili. Il lavoro che non cambia vuol dire che non si rivaluta ma se non si rivaluta è svalutato. Oggi la tutela degli interessi di chi lavora deve avere nel proprio interesse una visione più strategica, di medio lungo periodo, deve pensare alle future generazioni, alla difesa delle professioni, a investire sul futuro investendo nell'auto-cambiamento.

IX. (*Dipendenza*)

Abbiamo detto a proposito di "medicina amministrata" che l'autonomia delle professioni in particolare di quelle delegate all'assistenza diretta del malato è la prima garanzia per il malato di essere curato secondo necessità. L'autonomia tuttavia ha subito nel corso del

tempo un continuo ridimensionamento che “*a condizioni non impedito*” è destinato ad accentuarsi. Il malato rischia di essere curato sempre meno secondo necessità e sempre più secondo compatibilità e le professioni di cura di essere sempre più amministrate. Quindi la perdita di autonomia agisce direttamente sul ruolo e sull'identità delle professioni cioè è fattore primario di delegittimazione professionale. Ciò è potuto avvenire a causa di tante cose ma anche grazie al fatto che le professioni rispetto all'aziende hanno un contratto o una convenzione di subordinati o di parasubordinati, cioè in un modo o nell'altro di dipendenza. La dipendenza inevitabilmente implica delle professioni di cura ad autonomia condizionata. La dipendenza non è la *causa necessaria* e meno che mai quella *sufficiente*, ma la *condizione strumentale* che oggi permette al governo di ridurre in tanti modi diversi l'autonomia della professioni. Da quando la sanità è sottoposta a de-finanziamento (da circa 30 anni) dipendenza e autonomia sono diventate antinomiche e le forme varie di medicina amministrata spinte dal de-finanziamento sono null'altro che espressione di questa antinomia).

Oggi la dipendenza per ragioni varie che vanno dalla sostenibilità agli interessi legittimi dei malati e degli operatori non conviene a nessuno. Oggi non regge più neanche la soluzione promiscua tra libera professione e dipendenza (un po' di onorario e un po' di salario) Si tratta di un compromesso che oltre a fare acqua da tanti punti di vista (equità, fiscalità, accesso alle prestazioni, giustizia sociale ecc., non mette al riparo le professioni dipendenti dai rischi di essere amministrate e quindi essere loro per prime de-finanziate.

Analogo discorso vale per i convenzionati. Come abbiamo detto sono medici liberi professionisti para subordinati che non solo non sono protetti dalla medicina amministrata ma sono sempre più esposti alla sfiducia dei malati. La loro autonomia per lo Stato è inappropriata per definizione. Per cui per loro ogni genere di vincolo va bene.

Oggi quindi per tante ragioni dobbiamo nell'interesse primario del malato ricostruire l'autonomia delle professioni di cura, ma senza compromettere la natura pubblica del sistema sanitario e facendo seriamente i conti con il problema delle risorse.

X. (*Obbligazione e assoggettamento*)

A noi serve una soluzione che per rendere compossibile l'autonomia della professione con la natura pubblica del sistema riformi l'idea di dipendenza. Ma cosa si intende per “dipendenza”? La dipendenza è:

- una *obbligazione* cioè un vincolo giuridico della professione nei confronti dello Stato (datore di lavoro);
- un “*assoggettamento*” cioè una condizione di lavoro subordinata per la quale è lo Stato (datore di lavoro) che determina le *modalità dell'oggetto dell'obbligazione*.

Quindi essere dipendenti significa lavorare in modo subordinato alle condizioni poste

dallo Stato. I medici convenzionati in questo senso sono altrettanto “*dipendenti*” come i medici ospedalieri (non a caso sono definiti para subordinati) perché la loro obbligazione ha la stessa natura “*dipendente*” di quella dei medici ospedalieri.

Fino a un certo punto lo Stato si è limitato a definire le classiche condizioni di lavoro (continuità della prestazione; luogo di lavoro; orario di lavoro, retribuzione, funzioni, competenze, carriera, ecc.) ma senza condizionare l'autonomia delle professioni di cura in ordine alle prestazioni da assicurare. Oggi lo Stato, alle prese con i suoi problemi finanziari, ha cominciato a includere tra le condizioni di lavoro anche i modi economici delle prestazioni (sostenibilità, uso ottimale delle risorse, scelte allocative, appropriatezza, ecc.) con ciò invadendo il campo della autonomia professionale.

XI. (*Prestazioni nominali e effettive*)

Con il de-finanziamento nel tempo sono cambiate le *modalità dell'oggetto dell'obbligazione*:

- le modalità delle prestazioni richieste sono sempre più quelle che vuole lo Stato ai fini del risparmio;
- e sempre meno quelle che le professioni avrebbero il dovere di assicurare in “*scienza e coscienza*”.

Il problema dell'autonomia professionale nasce quindi nel momento in cui in ragione dell'assoggettamento si passa:

- dalle prestazioni nominali a modalità delegata alla autonomia del medico;
- alle prestazioni effettive a modalità amministrata ad autonomia del medico condizionata o relativamente revocata.

Se l'autonomia professionale è un valore costitutivo e irrinunciabile, allora le professioni di cura non sono amministrabili ma auto responsabilizzabili. Oggi le professioni di cura devono rivendicare uno status giuridico che permetta loro di auto-governarsi cioè di andare oltre le forme dell'assoggettamento e quindi oltre le forme della dipendenza.

XII. (*Autonomia e fiducia*)

Il valore dell'autonomia professionale ha una natura strettamente *fiduciaria* cioè si fonda sul rapporto di fiducia che intercorre tra professioni azienda e malato. Senza fiducia in chi opera non c'è autonomia di chi opera. L'autonomia oggi è ridiscussa perché la fiducia è relativamente revocata. Il valore dell'autonomia e quindi la fiducia che implica fonda qualsiasi obbligazione sull'*intuitu personae* (*avuto riguardo alla persona*), che nel

linguaggio giuridico, indica quei negozi nei quali si ritengono di particolare rilevanza le qualità personali dei soggetti contraenti. I malati su base fiduciaria si fanno curare dalle professioni di cura che sempre su base fiduciaria curano i cittadini per conto del terzo pagante. In sintesi:

- l'autonomia professionale coesiste e convive con il rapporto di dipendenza in ragione del rapporto fiduciario della prestazione d'opera;
- senza fiducia non vi può essere autonomia;
- senza autonomia la fiducia non ha senso.

La medicina amministrata nelle sue varie forme più o meno esplicite vale come revoca della fiducia dello Stato nei confronti del medico. Oggi lo Stato, giustificato dai problemi economici, tende a revocare i rapporti fiduciari nei confronti delle professioni di cura e facendo ciò tende a proporsi non più come *intermediario* tra cittadini e medici (terzo pagante) ma come *proprietario abusivo* (primo pagante) tanto del capitale sociale i diritti dei malati che di quello professionale.

La revoca della fiducia in particolare al medico cambia radicalmente la natura del contratto d'opera intellettuale con la conseguenza che l'obbligazione contrattuale non si fonda più sull'*intuitu personae* ma sull'obbedienza a vincoli, linee guida, precetti.

XIII. (*La questione professionale*)

La revoca della fiducia da parte dello Stato alle professioni di cura significa che:

- l'opera intellettuale diventa una opera esecutiva;
- l'autonomia professionale non è più un valore ma un problema.

Quando alle professioni si revoca la fiducia si ha la “*questione professionale*” e si arriva dritti alla *medicina amministrata* cioè al corto circuito:

- la sfiducia da parte dello Stato nei confronti delle professioni pregiudica la loro identità professionale e il loro ruolo;
- la riduzione della professione a esecutività prestazionale danneggia le possibilità effettive per il malato di essere curato;
- la credibilità della medicina pubblica subisce un danno favorendo la medicina privata per la quale il rapporto di obbligazione verso le professioni di cura resta interamente fiduciario e incondizionato.

XIV. (*Autore e shareholder*)

L'idea riformatrice di fondo è di andare oltre il lavoro dipendente o convenzionato ed entrare nella logica di una nuova specie di “*operatore azionista*” passando dalla definizione di operatore quale *stakeholder* (cioè semplice portatore di interesse) ad una definizione di operatore quale *shareholder*, cioè quale azionista del proprio lavoro (azionista, persona che possiede “*hold*” una quota “*share*” dell'azienda in cui lavora).

Il principio-guida della teoria dello *shareholder value* si fonda proprio sulla creazione del valore. Uno dei suoi scopi principali è di garantire, per quanto è possibile, la convergenza tra gli obiettivi degli azionisti e del management. In quanto *shareholder* i lavoratori della sanità considerano il lavoro in sanità come un loro capitale che, come qualsiasi capitale, dovranno valorizzare il più possibile. Se l'operatore è uno *shareholder* per forza di cose dovremmo avere un'azienda a *management diffuso*, cioè il management dovrà essere distribuito ovviamente in modo diverso e con pesi diversi, tra direttori generali e operatori.

L'operatore azionista è un *autore*, cioè un operatore che non lavora più solo per compiti e che in cambio di autonomia garantisce responsabilità accettando di essere misurato sia sul piano dei compiti professionali da assicurare, sia sul piano dei risultati professionali da garantire sia sul grado di inter-connessionalità del suo lavoro. L'autore quindi potrebbe aiutarci a rimuovere la contraddizione tra autonomia professionale e dipendenza contrattuale ma anche tanti altri problemi quali quelli delle diseconomie e della regressività. L'autore è un'idea sostenibile. Il dipendente ormai è un'idea insostenibile ecco perché il valore del lavoro in regime di de-finanziamento è destinato ad essere de-capitalizzato sempre più. Se l'autonomia professionale è un valore allora essa in nessuna forma di obbligazione potrà essere sacrificata:

- ogni prestazione va garantita dalle professioni di cura secondo necessità;
- il giudizio sullo stato di necessità del malato non può che essere una prerogativa professionale.

L'autonomia però deve accettare il vincolo morale della responsabilità. Senza responsabilità l'autonomia sarebbe de-regolazione esponendosi (per quanto la relazione di cura possa permetterlo) al *laissez faire*. In medicina né il *laissez faire* né il suo contrario cioè la medicina amministrata possono essere postulati. L'unica cosa postulabile è una medicina autonoma e responsabile misurata dai risultati. Quindi “*autrice*” di salute.

L'autore o lo *shareholder* garantisce responsabilmente degli impegni. Egli concorda con il management annualmente una previsione programmatica dell'attività, concordando come e quanto retribuire gli obiettivi raggiunti, ha autonomia circa l'organizzazione che serve per il loro raggiungimento in accordo con la strategia globale dell'azienda.

XV. (*Ascription/achievement*)

L'idea di autore dovrebbe:

- ripensare l'*obbligazione* cioè il genere di vincolo giuridico della professione nei confronti dello Stato;
- superare "l'*assoggettamento*" cioè il lavoro dipendente rispetto al quale lo Stato decide "cosa deve fare" il medico "come deve fare";
- ridefinire le *modalità dell'oggetto dell'obbligazione* quindi le prestazioni da garantire ma delegandole all'autonomia della professione.

L'idea di *autore* ci permetterebbe di tornare ad una situazione nella quale lo Stato concorda con i professionisti i risultati attesi ma lasciando decidere loro come raggiungerli.

L'autore implica un passaggio di fondo senza il quale per le professioni di cura non è possibile sottrarsi all'assoggettamento e alla dipendenza:

- dal principio dell'*ascription* che retribuisce il medico sulla base dell'attribuzione dei compiti alle condizioni fissate dallo Stato;
- al principio dell'*achievement* che retribuisce il medico sulla base del raggiungimento del proprio fine professionale (*the achievement of one's aim*).

Nel primo caso è lo Stato che fissa le condizioni per... nel secondo caso lo Stato concorda il fine e il risultato ma non le condizioni per il suo raggiungimento. Nel primo caso l'autonomia è condizionata nel secondo caso no.

Riassumendo: l'autore è un prestatore d'opera che ha un contratto non subordinato ma autonomo con lo Stato su base fiduciaria e che organizza la sua prassi professionale in funzione dei risultati pattuiti concordando i relativi compensi. Esso supera la figura tradizionale del dipendente e convenzionato con due scopi: salvaguardare l'identità, il ruolo l'autonomia della professione e rivalutarne il valore retributivo

XVI. (*Diritti di proprietà e capitale professionale*)

Le teorie dell'impresa sostengono che i diritti di proprietà si fanno derivare dalla specificità dei fattori per cui il professionista autore resta il proprietario della propria prestazione professionale. Il prestatore d'opera vende la sua opera scambiando morale epidemiologia economicità negoziandone tanto il valore che il prezzo. Il prezzo deve retribuire il valore in tutte le sue componenti comprese quelle economiche.

Per cui il professionista autore deve essere considerato dallo Stato un capitale da

rivalutare rivalutando tanto il valore della sua professione che il prezzo della sua opera. In quanto capitale l'autore per forza dovrà dipendere dalla sua auto imprenditorialità dal momento che il più adatto a valorizzare il proprio capitale è il suo proprietario.

Ma su quali basi di legittimità l'idea "autore" sarebbe possibile? Due i postulati:

- l'autonomia clinica è costituzionalmente inviolabile perché essa è una garanzia per il diritto alla cura del cittadino;
- la natura proprietaria del lavoro professionale del medico, nel senso che il medico, anche se vincolato da una qualche obbligazione contrattuale, resta il proprietario del proprio sapere professionale.

Sul primo postulato non c'è una sentenza della Corte costituzionale che dica il contrario, sul secondo si può pensare che il passaggio dalla professione liberale alla professione dipendente avvenuto con l'ingresso del terzo pagante, quindi con la nascita del welfare, abbia annullato la natura dei rapporti proprietari ma in realtà non è così:

- i cittadini restano i proprietari dei loro diritti (capitale sociale);
- le professioni di cura restano le proprietarie dei loro doveri (capitale professionale).

Quindi il vero proprietario del lavoro professionale non è lo Stato che si avvale delle professioni di cura con dei contratti o delle convenzioni ma è il *prestatore d'opera* che è obbligato a garantire l'efficacia della sua opera. La prestazione d'opera di un medico ha soprattutto una natura intellettuale, consiste nel mettere a disposizione le proprie competenze scientifiche per curare delle malattie

XVII. (*Risultato*)

L'idea di *autore* vuole ridare credibilità alla medicina pubblica e si basa essenzialmente sul rinnovo del rapporto fiduciario e sulla ridefinizione della prestazione d'opera.

Il suo punto di forza è la nozione di *risultato* quale vero oggetto dell'obbligazione tra medici e cittadini. Autonomia sì... fiducia pure ...responsabilità... ma risultati in cambio.

Senza risultati oggi per le professioni:

- non è possibile ricostruire i rapporti fiduciari con i malati e con lo Stato;
- restituire alla prestazione d'opera la sua natura intellettuale;
- restare professioni ippocratiche.

Se le professioni di cura vogliono restare tali evitando di essere amministrate devono

rinnovare i loro rapporti di fiducia con la società e con lo Stato e l'unico modo per farlo è diventare autori e produrre salute e sostenibilità.

XVIII. (*Auto organizzazione*)

Sostituire il parametro delle *competenze* con quello del *risultato* è un atto riformatore importante e comporta alcune conseguenze significative:

- perde quota il discorso classico sulla *professionalità* che come è noto si riferisce ai connotati giuridici e normativi del ruolo professionale. L'attenzione si sposta dal lavoro formale al lavoro reale e concreto quindi dalla professionalità all'operatività. Si tratta di pagare un professionista non solo *per quello che è* (professionalità) ma anche *per quello che fa* (operatività). Il valore dell'operatività misurato dai risultati diventa così la base per un nuovo tipo di redditività professionale;
- diventa importante la *capacità del professionista* ad auto organizzare il proprio lavoro rispetto ad una domanda per definizione complessa. L'operatività quindi diventa l'abilità del professionista ad organizzare autonomamente le condizioni migliori per raggiungere dei risultati;
- l'*auto organizzazione della prassi professionale* è funzione prima di ogni altra cosa della sua capacità a colmare uno scarto tra la teoria (evidenze scientifiche) e la pratica (esperienza di cura) quindi tra ciò che la norma stabilisce di fare per una malattia e ciò di cui il malato ha effettivamente bisogno;
- l'*appropriatezza* diventa *rispondenza*. Per un malato il vero risultato non è avere una scelta clinica appropriata a una regola ma che essa sia rispondente a alle sue vere necessità;
- cambia l'idea del valore di quello che il professionista fa. Si crede di sapere che una prestazione medica vale se è appropriata a certe regole e conforme a certi standard o evidenze in realtà una prestazione medica vale soprattutto se produce risultati di salute quindi sostenibilità

XIX. (*Benefici di salute*)

Con l'autore l'idea di sostenibilità diventa produzione di salute come ricchezza. Il valore d'uso cioè l'effetto salute di una prestazione medica rende legittimo il valore di scambio ovvero rende possibile essere pagati "*in rapporto a*". Si entra nell'ordine di idee di un beneficio misurato rispetto ad un altro beneficio. La retribuzione di un professionista può essere rapportata ai benefici di salute che riceve il malato, alla sua capacità di governare i costi, alle sue capacità auto organizzativa, alla sua bravura relazionale, alla sua affidabilità aziendale, al grado di soddisfazione dei suoi malati, ad indicatori di sostenibilità, al grado di inter-connessionalità del suo lavoro ecc.

Se il risultato è un "*beneficio misurato dal beneficio*" allora il valore dell'operatività

dovrà essere sostenuta con tutti i valori che le sono opponibili come dire che il valore di quello che fa un professionista è definito da un mucchio di benefici dei quali si devono determinare i valori.

Il valore del risultato non può essere dato preliminarmente perché esso dipenderà da un insieme di valori concordati tra il medico e l'azienda. Si entra così in una nuova idea di *redditività* professionale relativa ai valori di ricchezza assunti come riferimento del risultato. Il valore di un risultato dipende quindi dalla scelta di quali valori si assumono e si concordano per definirlo.

Cambia la natura del beneficio prodotto dai risultati del lavoro professionale. I benefici da produrre non possono più essere definiti per negazione (non fare, non prescrivere, non ricoverare ecc.) ma al contrario per affermazione, cioè si tratta di fare le cose giuste che serve fare. È discutibile di fronte ad un "caso" dire ad un professionista cosa sia sbagliato fare senza prima insegnargli cosa sia giusto fare. Solo dopo che si sa cosa sia giusto fare è possibile dire cosa non lo è.

XX. (*Valore e controvalore*)

Oggi al de-finanziamento non interessa creare valore con le professioni ma avere meno costi. Il "*valore sociale*" della professione si pone in questo modo contro il "*prezzo*" che lo Stato decide d'autorità per comprarne le prestazioni. Il valore sociale è ad andamento crescente perché aumentano scientificamente le possibilità di cura ma le retribuzioni cioè il prezzo per le prestazioni professionali sono ad andamento decrescente.

Il valore reale delle professioni di cura è quasi incalcolabile, a parte i suoi effetti morali sul rapporto vita/morte della gente, si possono calcolare approssimativamente i valori economici sulle persone, sull'economia di un paese ma per certi versi resta un valore d'uso che dipende dal valore che attribuiscono le persone ai loro bisogni di salute non facilmente riducibile a valore di scambio. Ma questo non vuol dire che l'incommensurabile non valga niente. Si deve quindi costruire un controvalore al prezzo.

Il lavoro del professionista è un *bene retribuito* attraverso dei contratti che stabiliscono il prezzo del lavoro. Se il lavoro del professionista è relativamente incommensurabile allora non avrebbe prezzo, pur tuttavia ha un prezzo che però è *amministrato* cioè condizionato in modo monopsonico dallo Stato e dalle sue politiche finanziarie. Come funziona? Lo Stato oggi attraverso:

- il blocco dei contratti riduce il prezzo delle retribuzioni cioè deprezza il lavoro medico;
- la medicina amministrata riduce il valore dell'autonomia professionale cioè svaluta la professione.

La riduzione del valore dell'autonomia va quindi di pari passo con il deprezzamento delle

retribuzioni. La questione è a metà strada tra ordini sindacati e società scientifiche il valore riguarda gli ordini e le società scientifiche e il prezzo riguarda i sindacati.

XXI. (*Il prezzo del lavoro*)

Una proposta di riforma del lavoro dovrebbe avere lo scopo di produrre un suo *nuovo valore aggiunto*, che risponda alle esigenze dei diritti delle persone e a quelle non meno importanti della spesa pubblica, ma anche a quelle delle legittime ambizioni di chi lavora a partire dal salario.

Oggi è irrealistico rivendicare salario, se la richiesta si ripercuote semplicemente sulla crescita della spesa pubblica senza alcuna contropartita.

La domanda è: *come dare oggi un prezzo al lavoro che da una parte, per sua natura, non avrebbe un prezzo perché esso ha eticamente e economicamente un valore incommensurabile, e dall'altra parte è comunque deprezzato dalle politiche restrittive in atto che lo riducono ad un puro costo da comprimere?*

Questa la risposta: *si tratta di trovare una mediazione tra valore del lavoro e costo del lavoro, mediazione impossibile da trovarsi a lavoro e a strumenti contrattuali invariati, men che mai senza includere nel suo valore aggiunto i problemi della spesa e quelli della società.*

Le politiche di de-capitalizzazione del lavoro vanno quindi affrontate sul loro terreno che è quello della crescita, della riqualificazione della spesa pubblica, del rigore, del risanamento e della produzione di ricchezza e del soddisfacimento dei bisogni sociali.

XXII. (*Retribuzione e attribuzione*)

L'autore sarà retribuito tanto per i *compiti* che svolge, quindi mensilmente, quanto per il suo *impegno* nel valorizzare il proprio capitale professionale, quindi periodicamente. Il compenso per l'esecuzione di compiti si chiama *retribuzione*, il compenso per l'impegno profuso nella capitalizzazione della propria professione si definisce *attribuzione*. La retribuzione viene definita con la contrattazione nazionale; l'attribuzione è contrattata localmente e misurata sugli obiettivi raggiunti, sui risultati di salute, sugli esiti finanziari delle prassi professionali e attribuita all'autore come reinvestimento del capitale per il risparmio garantito. Nel momento in cui tutti gli operatori della sanità sono inquadrati come autori non c'è più ragione di mantenere contratti diversi, sistemi retributivi diversi, stati giuridici diversi. Contrattualmente esisterà un unico genere di professione quella degli *autori* il che non significa un sindacato unico ma i vari sindacati rappresenteranno a

genere di autore comune le sue diverse specie. Gli ospedalieri saranno una specie di autori, i medici di famiglia anche, come pure gli specialisti, gli infermieri, le ostetriche, i logopedisti ecc.

XXIII. (*Reticolo professionale*)

Per definire la prassi professionale dell'autore è necessario superare la nozione di *profilo professionale*. Il profilo professionale è la descrizione normativa dei compiti attraverso, ruoli, funzioni ed è congegnale ad una figura burocratica di dipendente pubblico o di libero professionista convenzionato, ma non ad una figura di operatore azionista come è l'autore.

Per mettere effettivamente un operatore in condizione di esercitare la sua autonomia è necessario creare, attraverso un *reticolo professionale*, le condizioni normative giuste. Il reticolo professionale è una definizione del lavoro professionale che integra in primis la codificazione convenzionale dei bisogni di salute del malato da curare, i requisiti formali per esercitare una professione, i requisiti formativi indispensabili, le variabili di contesto e le decisioni organizzative che si adottano per esprimere in massimo grado il valore del capitale professionale.

La caratteristica del reticolo oltre a contenere un maggior numero di *explananda* professionali rispetto al profilo, cioè oltre a definire di più e meglio la complessità del lavoro reale, ha la caratteristica – a differenza del profilo – che la sua attuazione pratica avviene in parte a livello nazionale, attraverso requisiti e principi, e per gran parte a livello di contrattazione decentrata tra l'autore e il management. Solo a questo livello è possibile abbinare agli scopi concordati le organizzazioni necessarie.

Nel momento in cui tutti gli operatori della sanità sono inquadrati come autori non c'è più ragione di mantenere contratti diversi, sistemi retributivi diversi, stati giuridici diversi. Ogni autore sarà pagato specificatamente in base al proprio reticolo professionale e quindi in base ai suoi accordi con il management sia sul piano della retribuzione sia su quello dell'attribuzione.

XXIV. (*Professional agreement*)

L'idea di contratto unico è di grande interesse a condizione di considerare il contratto come un "*professional agreement*" tra management e operatore e non come una somma di istituti contrattuali. La scommessa non è ibridare il rapporto di dipendenza con quello libero professionale delle convenzioni (teoria dell'ircocervo) ma a partire da un nuovo genere di lavoro/lavoratore creare un terzo genere di rapporto contrattuale più adatto ad un operatore azionista, autore, shareholder.

L'idea del *professional agreement* consente, a differenza degli ibridi contrattuali, di:

- cogliere attraverso i reticoli professionali tutte le specificità del lavoro in rapporto ai loro infiniti contesti, anzi di esaltare le differenze evitando il rischio di appiattimenti;
- superare i contratti metonimici, cioè quei particolari contratti collettivi derivabili non dal lavoro effettivo degli operatori ma dai contenitori in cui essi agiscono (dirigenza pubblica, ospedalieri, medici convenzionati, specialisti, guardia medica ecc.).

Il *professional agreement*:

- è un terzo genere di contratto (ai giuristi il lavoro di definizione) che riforma il rapporto tra collettivo e individuale che sino ad ora ha visto una contrattazione prevalentemente centrale e residualmente decentrata;
- ha lo scopo di ricapitalizzare il lavoro in sanità.

XXV. (*Negoziati*)

Ogni *autore* dovrà essere definito in ragione della sua qualifica professionale, ed ogni operatore avrà il reticolo professionale che pertiene alla sua qualifica, ma è evidente che rispetto ai servizi il *professional agreement* individuale di ciascuna qualifica dovrà trovare la sua collocazione dentro il proprio servizio. Sulla base dei reticoli professionali che sono presenti in un servizio il delegato degli autori negozierà con il management la pianificazione del lavoro del proprio servizio. Mentre i singoli liberi professionisti come singoli autori dovranno negoziare con il management la pianificazione controllata della propria attività. Per capitalizzare ancora di più il lavoro professionale i servizi potranno consorziarsi, integrarsi, dipartimentalizzarsi, mobilitarsi nel territorio, associarsi, fare tutte le cooperazioni possibili. Nel momento in cui l'integrazione costituirà un vantaggio retributivo per l'autore e nello stesso tempo un vantaggio per il malato e per il management, l'integrazione sarà fatta. Non appena si comprenderà che integrarsi costituisce un vantaggio attributivo di salario perché permetterà di spendere di meno e meglio, e una volta che saranno superate le inutili differenze contrattuali che attualmente esistono, e tutti gli operatori saranno definiti giuridicamente come "autori-shareholders", potremmo integrare tutto quello che vogliamo.

Ottava proposta. Riformare il governo e la gestione della sanità

I. (*Potestà*)

La storia della sanità si è caratterizzata nel precedente secolo per una costante discussione su chi deve governare la sanità cioè sulla potestà sanitaria al punto che le riforme fatte sono tutte discontinuità istituzionali, cioè la maggior parte di esse concentrano lo sforzo innovatore sulla gerenza e sul governo prima ancora che sulle prassi e sui modi di garantire la tutela. Il presupposto è ritenere il governo la leva del

cambiamento. La storia tuttavia smentisce il senso comune e ci dimostra che per cambiare le cose il governo è importante ma non basta. Ci vuole anche una strategia di cambiamento. Per cui la diatriba che ha contrapposto tra loro le varie istituzioni (Regioni, governo, comuni) vale fino a un certo punto dal momento che oggi dopo che il governo si è ripreso la gestione della sanità (“*gestione sanitaria accentrata*” e tutto il resto) le cose soprattutto per il cittadino, non sono migliorate ma peggiorate. Il de-finanziamento è una politica tipica di un governo della sanità centrato sul ministero dell’economia. Oggi il ministero della salute ha gli stessi problemi strategici delle Regioni, cioè ministero Regioni, comuni azienda condividono e subiscono lo stesso de-finanziamento centralizzato.

Quali sono i problemi di governo che dovremmo risolvere? Tecnicamente sono quelli del malgoverno, degli eccessi di potere, della cancellazione arbitraria dei diritti, della mancanza di una strategia riformatrice, della sanità frammentata in tanti sistemi diseguali, della corruzione e della mancanza di una politica seria di produzione della salute. Ma politicamente la *questione istituzionale* significa che la maggior parte delle Regioni e delle aziende hanno deluso proprio come soluzioni di governo. Oggi la questione del governo non si affronta semplicemente ricentralizzando con il solito e inesausto decentramento amministrativo. Si deve costruire una forma di governo capace di rendere possibile allo stesso tempo l’universalità dei diritti con le differenze territoriali e fare sostenibilità. Le Regioni abbiamo visto sono decadute nel *regionismo* cioè in una forma peggiore di *gestionismo* e ora sono praticamente commissariate amministrativamente dal governo centrale. Esse sono enti di rilievo costituzionale e rispetto alla sanità non si possono semplicemente svuotare di poteri.

Questo vuol dire che la questione del governo della sanità non può essere riducibile alla questione istituzionale. Si tratta di ben altro.

II. (*Governance*)

Ma qual è il problema? Definire per la sanità un modello di governo adeguato. Quando si dice che vi sono problemi di diseguaglianze si pensa che ciò sia causato da una *governance* sbagliata. Quando si dice che le Regioni sono le responsabili dei problemi finanziari della sanità si pensa che ciò dipenda da una *governance* che non sa gestire la spesa. Cambiando “semplicemente” la *governance* si crede quindi di risolvere tutti i problemi della sanità. Troppo semplice. Il punto cruciale è che dopo un federalismo fallito siamo di fronte a un cambio della visione politica: le Regioni da “*soluzioni*” sono diventate “*problema*”: “la spesa sanitaria o le diseguaglianze sono un problema regionale... le Regioni sono un problema finanziario e di giustizia sociale... tagliamo le Regioni... per tagliare la spesa e fare più omogeneità.

Ribadiamo che la *governance* non è un problema solo istituzionale. Aristotele non separa mai la “forma di governo” dalle “capacità di comando”. *Governance* vuol dire coniugare comando, pensiero, contesti, strategia, azione. Il problema vero è che sino ad ora non ci siamo riusciti. Tanto per cominciare lo Stato centrale a partire dagli anni '80

non ha mai smesso di governare finanziariamente la sanità. Da 30 anni vi è un vero e proprio “*spending power*” che ha dominato su tutto e su tutti. Dal canto loro Regioni e aziende nonostante i tanti poteri si sono dimostrate soggetti istituzionali mediocri, maneggioni, a volte corrotti, senza un pensiero riformatore di governo. Abbiamo aziendalizzato le usl sostituendo un genere di burocrazia con un altro genere di burocrazia. Abbiamo dato un mucchio di poteri alle Regioni senza condizionare la distribuzione delle risorse agli esiti. Se le Regioni e le aziende, escludendo le lodevoli eccezioni, avessero davvero fatto le Regioni e le aziende le aziende non saremmo a discutere di governance.

III. (*Universalismo discreto*)

Si tratta di riformare un sistema di relazioni tra istituzioni, cittadini, sanità e operatori. Che poi era l’obiettivo mancato del cosiddetto federalismo. Tornare al centralismo amministrativo degli anni ’70 è una scelta regressiva. Dire che il federalismo è fallito quando in realtà non è mai nato è una affermazione incauta. Siamo rimasti nonostante il titolo V nella logica dell’irrocervo “*decentramento amministrativo più accentramento finanziario*” e senza mettere mano mai ad un aggiornamento culturale dell’universalismo. Ancora oggi facciamo universalismo con criteri rozzi e superati e siamo lontano mille miglia dalle concezioni moderne di *universalismo discreto* quello che non suppone uguaglianze convenzionali ma usa le differenze per fare effettivamente più eguaglianza. Come meravigliarsi se crescono le diseguaglianze? Ancora crediamo che bastino i LEA (Livelli essenziali di assistenza) a garantire l’universalismo quando come è noto così non è. L’uguaglianza vera non si ha solo con gli input ma soprattutto con gli outcome. Abbiamo bisogno di una governance nella quale tutte le autonomie in gioco (istituzionali, sociali, professionali, tecniche, gestionali ecc) siano garantite ma anche controbilanciate da precise responsabilità. Oggi non si può dare più niente a nessuno senza delle contropartite. I nuovi condizionali si chiamano “*effetti effettivi*” cioè esiti. E i risultati effettivi attesi debbono essere quelli della salute, dei diritti, della qualità, dell’efficacia e della economicità, della moralità.

IV. (*Equilibrio*)

Nella storia recente della sanità la “questione istituzionale” fa emergere un grave pregiudizio che è quello di credere di più al ruolo delle istituzioni che non alle capacità dei soggetti, operatori e cittadini, per cui la governance si è espressa ad ogni livello solo come amministrazione di cose e di persone. A noi serve un’altra idea di governance che creda nelle capacità delle persone quindi una idea di governance estesa e diffusa. Senza le persone non si va da nessuna parte. Governo “*delle*” persone o governo “*con*” le persone?

In sintesi:

- è una semplificazione aver controriformato il Titolo V della Costituzione anche se esso andava oggettivamente aggiustato;
- gli schemi di governo non devono essere indipendenti dalle strategie che si vogliono perseguire e dai risultati attesi;
- la chiave di volta per governare bene la sanità è “equilibrio”.

Nella sanità sono squilibrati i rapporti tra tutti i soggetti coinvolti. Gli squilibri costano (“costi transazionali”). Il nostro modello di governance è sovraccarico di questi costi. Una nuova governance quindi sarebbe la prima vera misura di sostenibilità. La proposta? “Soluzione Montesquieu”.

V. (Titolo V)

Nella riforma del Titolo V del governo si assegna alle competenze esclusive dello Stato la facoltà di adottare “*norme generali per la tutela della salute*”. Alcuni lo hanno interpretato come una restrizione dei poteri regionali, altri si sono mostrati scettici sulla sua effettiva praticabilità.

Che la frase non sia automaticamente una garanzia è dimostrato dall’esperienza del Piano sanitario nazionale che da tempo immemore definisce “norme generali per la tutela della salute” ma nell’indifferenza delle Regioni che hanno sempre inteso la pianificazione in modo autonomo. Ma anche il riferimento alle competenze esclusive delle Regioni non è meno problematico.

La riforma che è stata fatta dal governo del titolo V (art 117) è molto al di sotto di queste problematiche ma ha comunque il pregio di aprire ad un cambiamento. La riforma allude al “*governo multilivello*” ma non dice quale formula di governo è in grado di bilanciare interessi nazionali, regionali e locali. Il *governo multilivello* è un sistema di produzione di politiche pubbliche composto da diverse istituzioni con scopi di salute diversi ma fortemente coordinato da una strategia di implementazione dei diritti. Per avere un governo multi livello serio è necessario ridefinire il ruolo:

- del Parlamento soprattutto come garante delle garanzie fondamentali, cioè diritti e tutele;
- del governo cioè la sua capacità legislativa su questioni generali e sovraregionali e sulle gravi inadempienze funzionali e organizzative di molte Regioni;
- dei comuni per scopi esclusivamente di produzione della salute;
- dell’azienda la cui natura la legge istitutiva ha lasciato impredicata;
- della partecipazione sociale, del confronto con le parti sociali perché la complessità sanitaria non è governabile con le vecchie logiche amministrative.

Per definire la forma di governo della sanità non basta la banale spartizione di compiti tra

Istituzioni (ridefinizione delle competenze esclusive dello Stato e delle Regioni) e una ricompilazione neanche troppo significativa delle materie che rientrano nella potestà regolamentare (allo stato le norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza del lavoro, e alle Regioni tutto il resto).

VI. (*Clausola di supremazia*)

Serve ridefinire i ruoli e i modi delle istituzioni coinvolte nel governo multilivello.

Nella riforma del titolo V del governo si introduce una “*clausola di supremazia*”, in base alla quale la legge statale, su proposta del Governo, può intervenire su materie o funzioni delle Regioni quindi quasi con un potere interferente. Questa clausola va però definita nei dettagli. Allo stato attuale essa appare come l’unica possibilità di mettere un argine alle incapacità e alle arbitrarietà delle Regioni. Il problema non è solo attribuire poteri ma essere sicuri che tali poteri vengano esercitati nel modo giusto prevedendone la vicarianza. La vicarianza è quella proprietà per la quale una struttura può sostituire un elemento con un altro elemento, senza modificare le sue proprietà. La vicarianza avviene per commissariamento. La forma di governo va preservata dalla possibilità di essere abusata soprattutto da chi ne ha la titolarità. Perché in sanità sino ad ora questo è stato il problema principale. La “*clausola di supremazia*” dovrebbe essere usata per commissariare quelle Regioni che non garantiscono le tutele di legge, che fanno quadrare i conti a spese dei diritti, che non producono salute come ricchezza primaria, che alimentano diseconomie e anti economie tornaconti elettorali, che mettono tasse perché non vogliono de-finanziare le loro clientele.

VII. (*Generale e regionale*)

Si tratta di pensare ad un governo sostanzialmente articolato in due ordini di livelli, quello “*generale*” e quello “*regionale*” dove “*generale*” prende il posto di “*nazionale*” diventando sinonimo di “*federale*” con il significato di qualcosa che è comune a tutti e di qualcosa che è “*meta*” cioè sopra a tutti, mentre “*regionale*” è sinonimo di peculiare, locale, pertinente e specifico. Si tratta quindi di cambiare il criterio ordinatore: da quello banalmente del *contenitore* cioè l’ambito e il dominio territoriale, a quello del *contenuto* per competenze effettive.

Quindi:

- un governo regionale di primo livello, che si occupa di questioni locali (organizzazione, salute, assistenza, gestione, operatività ecc.);
- e un governo federale centrale di secondo livello che si occupa di questioni generali e sovra locali (sostenibilità, tutela dei diritti, squilibri, diseguaglianze, allocazione di risorse, lavoro, professioni ecc.).

Quindi si tratta di ripensare la programmazione sanitaria nazionale facendone la cerniera tra federale (generale) e regionale, (locale peculiare e pertinente) ma superando la vecchia concezione di piano sanitario nazionale, ormai da tempo un inutile rottame del passato e rimpiazzandola con un “*programma generale*” quale sistema di condizionali operativi nei confronti delle Regioni.

Dovremmo quindi specificare in modo chiaro e circostanziato i poteri allocandoli nel primo e nel secondo ordine di governo e definirne gli strumenti.

VIII. (*Competenze istituzionali*)

Per quanto riguarda il governo federale centrale si tratta di chiarire nel merito:

- le competenze legislative esclusive del parlamento in ordine alla natura pubblica del servizio sanitario nazionale, alle prospettive e contro prospettive del sistema sanitario, alle garanzie dei diritti e delle tutele. Esempio: non spetta al governo decidere, come si è tentato di fare alcune volte, di cambiare la natura universalistica del sistema;
- le competenze legislative esclusive del governo circa le condizioni pratiche di eguaglianza dei diritti, sui servizi da garantire in modo universale, sulla definizione delle professioni e della loro formazione, circa i condizionali di programmazione a partire dai quali le Regioni e i comuni esplicheranno le loro autonomie, circa i casi concreti per i quali far scattare la vicarianza nei confronti delle Regioni o dei comuni inadempienti ricorrendo alla “norma di sovranità”, quindi al commissariamento;
- tocca al governo ripensare l’“azienda” quale parte integrante del sistema di governo. I problemi dell’azienda riguardano la genericità della sua natura, si tratta quindi di modificare la legge istitutiva che non ha chiarito la natura peculiare dell’azienda sanitaria al fine di specificarla nel senso di orientarla alla domanda, connotarla quale azienda di servizio, a gestione partecipata e a management diffuso.

Per quanto riguarda il *governo decentrato* si tratta di:

- ridefinire in prima istanza l’organizzazione burocratica e anacronistica degli assessorati, non si può aziendalizzare solo un sotto sistema ma di pensare gli assessorati quali aziende capofila, (holding) riorganizzandone competenze, metodi e professionalità;
- assegnare ai comuni la gestione dei dipartimenti per la prevenzione, quindi le risorse ad essi corrispondenti, trasformandoli in dipartimenti per la salute di comunità quindi riconoscendo ai comuni rispetto a questi servizi il potere di nomina e di organizzazione e definendo il sindaco quale sponsor della salute primo referente del sistema informativo comunitario;
- riconfermare gli attuali poteri gestionali e organizzativi delle Regioni in ordine al sistema dei servizi e all’impiego del personale sottoponendo le nomine dei direttori

generali delle aziende e l'attività regionale nel suo complesso, al potere di controllo e di vicarianza del governo.

IX. (*Disconferme, neoistituzioni, ripristini*)

Infine conferme, dis-conferme, neo-istituzioni, ripristini:

- vanno confermate le tre grandi istituzioni intermedie tra governo centrale e governo decentrato: Istituto superiore di sanità, Agenas, Aifa, estendendo i loro compiti di supporto e di progettualità sia nei confronti del governo centrale che del governo decentrato;
- va superato il Consiglio superiore di sanità perché superfluo;
- va istituito presso il ministero della Salute coordinato dal ministro della Salute: il “*professional board*” per lo sviluppo delle professioni e della loro operatività ripensando radicalmente, nello stesso tempo, gli enti pubblici non economici con funzioni sussidiarie, quali ordini e collegi;
- va ripristinato il “*Consiglio sanitario nazionale*” abolito nel 1992 e costituito da tutte le rappresentanze istituzionali tecniche e professionali della sanità, con funzioni di organismo federale consultivo del governo, quale contro altare alla Conferenza Stato Regioni.

L'ultima questione da non trascurare è la questione dei soggetti di governo. È dimostrato che la qualità della governabilità dipende da quella dei governanti. Gli incarichi politici non si possono mettere a concorso ma questo non esclude né che si debba chiedere alla politica di rispettare dei criteri di incompatibilità, laddove sussistano conflitti di interesse, (come è accaduto per alcuni assessori e come accade per alcune cariche multiple che mischiano interessi peculiari con interessi generali) e criteri di plausibilità per coloro che provenendo da altri mondi sono del tutto estranei alle complessità della sanità; né che si escludano delle possibilità di verifica dell'operato di ministri e assessori, né delle possibilità da parte della sanità di indicare alla politica senza pretesa di vincolo degli “ideali tipo” di riferimento. Abbiamo criticato la composizione spuria e occasionale dei vecchi comitati di gestione delle usl ma abbiamo taciuto su quella altrettanto spuria e occasionale di certi assessori.

X. (*Azienda*)

Che l'azienda abbia dei grossi problemi è innegabile. Che gli operatori abbiano grandi difficoltà riconducibili all'azienda anche. Che l'azienda della 502 sia qualcosa che nel tempo si è rivelato inadeguato alla complessità della sanità pubblica, è una critica più che fondata. Poi che l'azienda abbia indubbi meriti, rappresenti una significativa novità, e che come questione debba essere collocata dentro una problematica istituzionale finanziaria e

sociale più grande, non c'è alcun dubbio. Diciamo intanto una cosa: ciò che è in discussione non è l'azienda tout-court, ma è la forma, è il genere di azienda che abbiamo avuto sino ad ora. Il problema non è rinunciare all'aziendalismo ma è riformarlo e profondamente.

Per ripensare il modello di azienda si deve partire dai suoi paradossi:

- indeterminazione, una norma istitutiva(502) che non ha mai specificato il genere sanitario dell'azienda, da qui la necessità di definire una sorta di "azienda sui generis", cioè qualcosa che si specifichi attraverso le complessità medico-sanitarie;
- inconseguenza, avere come obiettivo formale la salute della gente e come obiettivo reale l'equilibrio di bilancio, la gestione delle compatibilità, il risparmio a tutti i costi;
- carattere contro-teorico cioè l'essere teorizzata in un modo e l'essere realizzata in un altro;
- la razionalità aziendale, cioè il pensiero tipico che c'è dietro all'azienda pieno di anacronismi e grossolane debolezze culturali;
- l'economicismo, la negazione dell'economia quale scienza della complessità e la sua banalizzazione a puro amministrativismo contabile.

E altre cose... come il non essere orientata alla domanda, il considerare gli operatori come delle lavatrici obbedienti, la gestione gerarchica tipica delle aziende manifatturiere, l'essere una nuova forma di burocrazia, ecc.

XI. (*Azienda di servizio e governo multi level*)

Quando è nata l'azienda non si aveva la minima idea di cosa essa dovesse essere per cui alla sanità hanno rifilato quella universalmente applicata dalla teoria economica chiedendo alla sanità di adattarsi. Oggi si tratta ragionevolmente di fare il contrario, cioè di chiedere all'azienda di adattarsi alla complessità sanitaria. L'azienda è nata debole e ha prodotto una nuova burocrazia che per sua natura non va d'accordo con le complessità mediche, infermieristiche ed altro. Riproporre stancamente il vecchio adagio della distinzione tra gestione e politica, facendo intendere che se i direttori generali avessero le mani libere chissà quali miracoli, è un po' patetico.

Le proposte sono due:

- *azienda di servizio a mangement diffuso* che gestisce *shareolders* e non più *compitieri* controllata socialmente da una rappresentanza dei cittadini;
- *multi-level-governance* per non separare *government* da *governance*, ma tentare in qualche modo di riunificarli.

Government tendenzialmente si riferisce maggiormente agli aspetti istituzionale del

governo, mentre *governance* comprende anche le relazioni informali attraverso le quali soggetti non istituzionali concorrono alla determinazione delle scelte politiche in un processo di continua negoziazione che non ad un vero e proprio centro.

XII. (*Ministri e assessori*)

Un discorso particolare va fatto infine per i ministri e gli assessori: I ministri che hanno veramente inciso sullo sviluppo della sanità negli ultimi 50 anni a mio parere sono meno delle dita di una mano. Gli assessori in genere gestiscono e amministrano per cui a mio parere sono molto rari gli assessori con una idea di governo della sanità. Mi limito a dire che a partire dall'inizio del secondo millennio, contestualmente alla riforma del Titolo V e all'invadenza sempre più aggressiva del ministero dell'Economia, (*legittimata nel 2009 con la riduzione del ministero della Salute ad una funzione solamente concertante quindi senza titolarità economiche dirette*), inizia una fase, nella quale si susseguono ministri politici e tecnici, che si sono dimostrati, malgrado la loro buona volontà, di fatto concause dei principali problemi di governabilità che oggi dobbiamo risolvere. La stessa cosa vale per gli assessori alcuni dei quali eccellenti amministratori ma nessuno di essi si è messo alla testa di un pensiero di rinnovamento.

Oggi abbiamo bisogno di ministri e di assessori forti che sappiano:

- negoziare con l'economia le condizioni del cambiamento e della progettualità del sistema, quindi in grado di opporsi alle grandi idiozie come quelle che stanno massacrando il sistema e che vanno dai tagli lineari, al depauperamento delle professioni, al costo zero, e allo svuotamento dell'art 32;
- servirsi del *professional board* e del Consiglio sanitario nazionale per innovare il sistema;
- sfruttare le conoscenze e i saperi di grande valore che sono nelle tre grandi istituzioni tecnico scientifiche di cui disponiamo;
- mediare gli interessi delle grandi corporazioni servendosi proficuamente della concertazione.

Ma soprattutto essere *ministri e assessori riformatori*.

La *quarta riforma* ha bisogno di ministri e assessori che credano davvero nella sanità pubblica e nel suo cambiamento evolutivo.

Nona proposta. Ripensare il sistema di finanziamento

I. (*Spesa storica*)

Oggi se vogliamo fare sostenibilità costruendo nuovi equilibri tra bisogni e risorse

dobbiamo ripensare i meccanismi di finanziamento della sanità pubblica.

Oggi il finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale trova le proprie fonti in:

- entrate proprie convenzionali e ricavi delle aziende sanitarie;
- compartecipazione da parte delle Regioni a statuto speciale;
- IRAP, Imposta Regionale sulle Attività Produttive;
- IRPEF, Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche.

Il 97,95% delle risorse stanziata viene dedicato ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero, i servizi e le prestazioni standard che il Servizio Sanitario Nazionale deve assicurare ad ogni cittadino, in maniera gratuita o compartecipata attraverso le risorse acquisite con il sistema fiscale.

I LEA sono ridistribuiti a loro volta destinando il:

- 5% alla prevenzione verso la collettività ed il singolo;
- 45% all'assistenza ospedaliera;
- 50% ai distretti presenti sul territorio.

Tra le Regioni e le Province autonome, i LEA vengono ripartiti per quota capitaria differenziata pesata, ovvero secondo alcuni criteri che prendono in considerazione l'età, il sesso, il livello di assistenza riguardanti i cittadini residenti, i tassi di mortalità, gli indicatori territoriali epidemiologici.

Ciascuna Ulss viene finanziata dalla Regione di appartenenza con il Fondo Sanitario Regionale attraverso la quota capitaria. Per livelli assistenziali superiori a quelli previsti dal Piano Sanitario Nazionale, ogni Regione deve impiegare proprie risorse con le quali si dovranno andare a coprire anche eventuali disavanzi sanitari di gestione delle aziende.

I sistemi di finanziamento si differenziano tra Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere, infatti nelle asl:

- finanziamento a funzione, per costi di attività particolari;
- quota capitaria.

Nelle Aziende Ospedaliere:

- finanziamento a prestazione, per prestazioni ospedaliere e specialistiche;
- finanziamento a funzione;
- entrate proprie.

Questo sistema di finanziamento è ciò che rimane di una riforma, purtroppo andata male, fatta esattamente con un Dl nel 2000 il n° 56. La sua intenzione politica di fondo era abbandonare del tutto il modello di "finanza derivata" della riforma del '78 per affrontare

in modo nuovo la questione della mancata corrispondenza tra responsabilità di spesa e onere di reperimento delle risorse e quindi l'annosa questione dei "ripiani a piè di lista". Il tentativo era quello di rendere compossibile autonomia finanziaria e responsabilità di spesa.

Per "*finanza derivata*", nel nostro caso si intende un finanziamento alla sanità basato sull'aggiornamento della spesa storica e sul piè di lista cioè un genere di finanziamento del tutto deresponsabilizzante il sistema che non ha grazie ad esso alcun interesse intrinseco a cambiare.

II. (*Riforma del finanziamento Dl nel 2000 il n° 56*)

La riforma del finanziamento del sistema sanitario fu decisa nel 2000, essa fu in realtà il primo passo verso il federalismo fiscale e prevedeva:

- un aumento di autonomia nel finanziamento della sanità assieme;
- un sistema di perequazione volto a garantire il livello essenziale dei servizi.

L'auspicio era duplice:

- accrescere la responsabilizzazione finanziaria delle Regioni;
- garantire una maggiore tenuta della spesa.

L'IRAP e una distribuzione delle risorse legata alla capacità impositiva e al fabbisogno sanitario avrebbe dovuto fare il miracolo. Ma quale meccanismo?

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario, ossia il livello complessivo delle risorse del Servizio sanitario nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato. Tale fabbisogno nella sua componente "*indistinta*" (c'è poi una quota "*vincolata*" al perseguimento di determinati obiettivi sanitari), è finanziato dalle seguenti fonti:

- *entrate proprie delle aziende* del Servizio sanitario nazionale (ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti), in un importo definito e cristallizzato in seguito ad un'intesa fra lo Stato e le Regioni;
- *fiscalità generale delle Regioni*: imposta regionale sulle attività produttive – IRAP (nella componente di gettito destinata al finanziamento della sanità), e addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche – IRPEF. Entrambe le imposte sono quantificate nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, quindi non tenendo conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle singole Regioni;
- *compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano*: tali enti partecipano al finanziamento sanitario fino a

concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti descritte nei punti precedenti, tranne la Regione siciliana, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (legge 296/2006 art. 1, comma 830);

- *bilancio dello Stato*: esso finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento essenzialmente attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto - Iva (destinata alle Regioni a statuto ordinario), le accise sui carburanti e attraverso il Fondo sanitario nazionale (una quota è destinata alla Regione siciliana, mentre il resto complessivamente finanzia anche altre spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi).

Per ogni esercizio finanziario, in relazione al livello del finanziamento del SSN stabilito per l'anno di riferimento, è determinato, a saldo, il finanziamento a carico del bilancio statale nelle due componenti della compartecipazione Iva e del Fondo sanitario nazionale.

III. (*Riparti*)

La composizione del finanziamento del SSN è evidenziata nei cosiddetti "*riparti*" (assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni ed individuazione delle fonti di finanziamento) proposti dal Ministero della Salute sui quali si raggiunge un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e che sono poi recepiti con propria delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica Cipe.

Le Regioni assegnano, in base a diversi parametri, le risorse finanziarie alle aziende, che le impiegano per garantire ai cittadini l'erogazione delle prestazioni di loro competenza previste dai Livelli essenziali di assistenza.

L'assegnazione delle risorse alle aziende tiene conto della mobilità passiva (cioè i residenti che si curano in strutture di altre aziende sanitarie o Regioni) e della mobilità attiva (nel caso siano state curate persone provenienti dall'esterno dell'azienda).

Le aziende vengono inoltre finanziate dalla Regione sulla base delle prestazioni erogate in regime di ricovero (attraverso il costo previsto dai DRG) oppure negli ambulatori (attraverso il tariffario delle prestazioni specialistiche e diagnostiche).

All'indomani della riforma del finanziamento del 2000 non si sa perché la spesa ha una impennata (le uscite correnti della sanità dal 2000 al 2012 aumentano del 63 per cento per un valore pari a 42 miliardi di euro. In particolare, i consumi intermedi registrano un aumento di quasi 16 miliardi, che corrisponde a un incremento del 125 per cento) Il fenomeno, come nel '78 in parte:

- è dovuto all'incremento della domanda (variazioni socio-demografiche);
- si spiega con le difficoltà non piccole che le Regioni hanno avuto nel responsabilizzarsi sulla spesa;
- con una distribuzione squilibrata delle risorse causata principalmente da una contrattazione squilibrata soprattutto da parte di alcune Regioni a scapito di altre con

clamorosi errori di applicazione.

Nel momento in cui si tenta di superare la *finanza derivata* attraverso un nuovo rapporto tra autonomie e responsabilità, le Regioni tradiscono tutte le loro insufficienze riformatrici, cioè le loro difficoltà a cambiare il sistema sanitario intervenendo tanto sulla domanda che sull'offerta. Questa loro incapacità le confermerà quali soggetti di spesa da de-finanziare ma non quali soggetti di governo della spesa da rifinanziare esponendole a tutti gli insuccessi riconducibili ai famosi i “*patti per la salute*”.

IV. (Fondo perequativo)

Il motore della riforma circa il finanziamento (Dl nel 2000 il n° 56) era il *fondo perequativo* esso si proponeva tre obiettivi:

- limitare i rischi di sfondamenti di bilancio da parte del sistema regionale;
- rimuovere i vincoli di destinazione sull'utilizzo delle risorse assegnate dallo Stato alle Regioni;
- usare la perequazione per distribuire le risorse tra le Regioni con criteri più razionali.

La riforma quindi si proponeva sostanzialmente due scopi:

- legare la quantificazione del fondo a una compartecipazione al gettito dell'Iva per fare in modo che le Regioni aumentassero le risorse senza bisogno di interventi addizionali da parte dello Stato. Lo Stato al massimo poteva intervenire sulla crescita del fabbisogno aumentando l'aliquota di compartecipazione all'Iva. In questo ambito la contrattazione tra Stato e Regioni avrebbe dovuto concentrarsi sulla determinazione dell'aliquota di compartecipazione all'Iva e non più sui ripiani;
- evitare di far pagare allo Stato la differenza tra la spesa determinata in base a indicatori di fabbisogno e il gettito dei tributi propri regionali vincolati al finanziamento della stessa spesa.

A regime, il nuovo meccanismo di finanziamento avrebbe dovuto essere commisurato a:

- il fabbisogno di spesa sanitaria, così come calcolato in attuazione delle leggi vigenti e definito concretamente in sede di Conferenza Stato-Regioni;
- una valutazione dei costi fissi dell'attività politica nelle Regioni più piccole;
- un fondo perequativo diretto a compensare le Regioni a reddito più basso per il basso livello del gettito tributario per abitante.

In particolare:

- si sperava che il fondo perequativo avrebbe ridotto i differenziali tra i gettiti per abitante delle diverse Regioni, passando da un intervallo da 30 a 100, a un intervallo da 45 a 55;
- si contava sul fatto anche a fronte di difficoltà finanziarie delle Regioni di non fare ricorso all'intervento compensativo dello stato centrale.

V. (*Autonomia e solidarietà*)

Il nuovo modello di finanziamento era stato immaginato per un sistema di federalismo in cui *autonomia* (misurata dal gettito dei tributi propri e dalla possibilità di modificare le loro aliquote con decisione autonoma) e *solidarietà* (misurata dai caratteri e proprietà del fondo perequativo) fossero complementari.

In sostanza:

- si riconosceva un ruolo importante alle entrate proprie ma si condizionava l'autonomia per evitare che le distanze tra Regioni in termini di disponibilità di risorse per abitante divenissero troppo grandi;
- si mantenevano i riferimenti a indicatori oggettivi di fabbisogno per una frazione rilevante dei trasferimenti del fondo perequativo.

Ma le cose sono andate storte: le risorse regionali anziché essere determinate dalla crescita del gettito Iva, sono state determinate sulla base della tradizionale procedura di negoziazione tra Stato e Regioni (patti per la salute) per cui è venuta a mancare, la base su cui appoggiare il calcolo della compartecipazione Iva che doveva alimentare il fondo perequativo.

VI. (*Errori*)

I principali errori commessi:

- Il primo errore è stato compiuto nel riparto della quota riservata a compensare le Regioni più piccole per la maggiore incidenza dei costi fissi sui loro bilanci. Invece di applicare la formula prevista nel decreto, si sono semplicemente calcolate delle medie sui tre anni della spesa pro-capite per le funzioni diverse dalla sanità per le singole Regioni e ciò ha fatto la differenza rispetto alla media nazionale.
- Il secondo errore riguarda il calcolo della capacità fiscale, il gettito dei tributi non è stato standardizzato ed è stato invece utilizzato il gettito effettivo. Ciò ha inficiato le capacità incentivanti del modello. Così come stimato ora, se una Regione aumenta il proprio sforzo fiscale, tassando più i propri cittadini, prende meno soldi dal fondo, alla faccia dell'autonomia tributaria.

- Il terzo errore riguarda le procedure per il calcolo dell'Iva del tutto incompatibili con lo spirito della riforma nel senso che comunque il fabbisogno è stato derivato seguendo la pratica dei vecchi negoziati.

Oggi per rispondere alle politiche di de-finanziamento del governo è necessario riformare il modello di finanziamento della sanità. Il futuro del modello perequativo cioè quello che ha tentato di superare la finanza derivata della riforma del '78 dipenderà da come si vorrà interpretare questa norma: se lo Stato dovrà determinare direttamente i LEA in modo uniforme su tutto il territorio nazionale lo schema di perequazione del DL 56/2000 si rivelerà inadeguato perché una perequazione delle risorse non è in grado di garantire livelli delle prestazioni uniformi su tutto il territorio nazionale.

VII. (Allocazione delle risorse)

A sentire la Fiaso (federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere):

- *“il sistema di finanziamento del SSN è un disastro”*;
- *“il sistema di finanziamenti ad asl e ospedali patisce inefficienze strutturali che minano la sostenibilità e una governance efficace della sanità pubblica”*.

La Fiaso che le attuali regole per l'allocazione delle risorse alle aziende non favoriscono la sostenibilità del sistema anzi la aggravano.

Le critiche sono le seguenti:

- l'allocazione delle risorse spesso non è aderente né ai fabbisogni sanitari del territorio, né ai costi di produzione dei servizi offerti;
- si è ancora in larga misura fermi al criterio della spesa storica;
- vi è incertezza sulle assegnazioni delle risorse, deliberate a fine esercizio se non nell'anno successivo;
- il sistema di remunerazione tariffaria (DRG) degli ospedali è inefficace esso copre da un modesto 30% a un massimo del 70% dei costi reali della prestazione;
- non esiste nessuna forma di premialità rispetto all'efficienza gestionale e alla qualità dei servizi resi ai cittadini;
- la ripartizione dei fondi tra le Aziende sanitarie avviene in un quadro di programmazione definito dai Piani sanitari regionali (PSR) solo in 9 Regioni;
- non c'è una vera programmazione dal momento che essa richiederebbe la definizione anticipata delle risorse disponibili;
- numerose Regioni fanno slittare il riparto delle risorse al 2° semestre dell'anno. In questo gruppo, e a maggior ragione in quello successivo, *“appare chiaro un modello di programmazione che prevede un finanziamento basato di fatto sulla spesa storica”*. E qualche Regione approva la ripartizione addirittura l'anno successivo;

- non c'è chiarezza sulle quantità di risorse disponibili nel quale sono costrette a operare le aziende;
 - vi sono gravi ritardi nei trasferimenti di cassa che non poco incidono sui ritardati pagamenti dei fornitori di asl e ospedali;
 - non si rispetta la suddivisione dei fondi per aree di intervento (5% all'assistenza collettiva, il 44% all'assistenza ospedaliera, il 51% all'assistenza territoriale);
 - sussistono in molti casi delle incapacità a spostare significativamente le risorse verso il territorio, come previsto dalle indicazioni nazionali;
 - alcune Regioni hanno intrapreso con molto ritardo i percorsi di organizzazione della rete ospedaliera, continuando così a registrare un'incidenza della spesa ospedaliera superiore rispetto a quella territoriale;
- Il criterio per la ripartizione delle risorse resta la popolazione pesata per età;
 - la ripartizione delle risorse verso le Regioni dimostra *“come esse siano costrette a programmare non conoscendo l'ammontare dei fondi disponibili”*;
 - in diversi casi la quota determinata dalla delibera Cipe è risultata significativamente inferiore rispetto alla distribuzione dei fondi ipotizzata nella delibera regionale, che avrebbe dovuto rappresentare una stima del fabbisogno ritenuto necessario;
 - il management è costretto a operare in assenza di un quadro finanziario determinato;
 - vi in qualche caso una elevata incidenza della quota trattenuta dalle Regioni, questo perché alcune realtà accentrano delle funzioni a livello centrale, come nei casi delle Agenzie regionali per l'ambiente e delle centrali d'acquisto;
 - aparte le quote trattenute dalle Regioni, si valuta che il resto delle somme assegnato alle Aziende e che dovrebbe andare a copertura dei LEA, a volte è vincolata diversamente: si va da pochi punti percentuali di alcune Regioni fino al 17,6% della Liguria nel 2011;
 - il DRG è un'astrazione teorica cioè il finanziamento “a tariffa” che dovrebbe garantire la copertura dei costi di produzione ospedalieri e quindi l'equilibrio di bilancio non funziona;
 - le Regioni assegnano a priori alle Aziende ospedaliere una quota che varia tra l'8 e il 40% del valore delle prestazioni prodotte e la quota integrativa di risorse assegnate alle stesse Aziende è comunque rilevante;
- esiste un sistema ibrido ancora lontano al principio *“ti finanzia per quello che fai e non per quello che spendi”*, ispiratore del modello DRG;
- il processo di allocazione delle risorse non prevede un meccanismo di premialità finanziaria dell'efficienza gestionale delle Aziende. In generale nessuna delibera di distribuzione dei fondi (salvo il Friuli) tiene conto in termini premiali dei risultati dell'anno precedente.

In sintesi: *oltre ad avere un sistema di finanziamento strutturalmente inadeguato abbiamo un sistema di allocazione delle risorse che per la sua arretratezza crea scarti tra le risorse teoricamente spettanti alle singole Aziende e quelle effettivamente allocate che per la loro entità lasciano intravedere l'adozione di criteri non sempre rispondenti alla*

necessità di garantire l'effettiva copertura dei bisogni sanitari della popolazione o il costo di produzione dei servizi.

VIII. *(Dai volumi ai risultati)*

Ormai l'orientamento degli esperti d'oltre oceano (Kaplan in particolare) a proposito di costi standard e DRG in sanità è inequivocabile: i metodi che premiano i “*volumi dei trattamenti*” e non i “*risultati medici*” prodotti, alla fine risultano inappropriati e quindi paradossalmente responsabili della crescita degli stessi costi sanitari che si vorrebbero governare.

Si tratta quindi di inventare un metodo di rimborso per le prestazioni sanitarie che superi i DRG e i costi standard.

L'esperienza dati alla mano ormai dimostra che: ogni qual volta il rimborso va a retribuire un volume, il volume automaticamente si dilata per accrescere le sue possibilità di essere rimborsato ma così causando una crescita dei costi.

Recentemente con i costi standard ospedalieri si è scoperto che in rapporto ai costi dei ricoveri essi crescono mediamente del 2% soprattutto a causa dei ricoveri ad alta complessità. Non diversa è la situazione dei DRG per i quali si registra una significativa differenza tra la tariffa riconosciuta dal SSN e i reali costi sostenuti dall'ospedale. Si ripropone il famoso problema degli “*scostamenti*” fra valori standard e valori effettivi.

Per evitare gli scostamenti alla fine gli operatori mettono in atto strategie che di fatto selezionano i DRG più remunerativi, ricorrendo alla pratica dei ricoveri ripetuti. L'idea di andare oltre i volumi in sostanza è quella di una modellizzazione dei processi sanitari rapportati ad una metrica adeguata di valutazione degli “*esiti*” di degenza e post-degenza. Va sottolineato il significato di fondo del cambiamento volumi/risultati: *la profittabilità finisce con il dipendere dai risultati e dagli esiti, per cui è conveniente accrescere non più i volumi ma i risultati.*

IX. *(L'impraticabilità dei costi standard)*

Oltre ai problemi dei criteri di riparto e di quelli dell'allocazione delle risorse appena menzionati, vi è quello dei costi standard. Nella prima parte, nel capitolo ad essi dedicati, abbiamo descritto la logica che li ha ispirati, ma al momento della loro attuazione pratica si è scoperto che rispetto allo stato delle cose essi sono impraticabili. La Conferenza dei Presidenti sui c.d. “*costi standard*” ha approvato un documento con il quale:

- si prendono le distanze dai costi standard teorizzando la possibilità di ottenere il “*contenimento dei costi di produzione attraverso il miglioramento generale dei*

processi produttivi”;

- si critica la logica che ha legato la valutazione delle *best practice* in via prioritaria al criterio economico svalutando quello della qualità dei servizi erogati.

Il documento della conferenza è quasi costretto ad:

- abbandonare di fatto la logica dei costi standard basata sul *benchmark*, prevedendo in alternativa un metodo che definisce “*attribuzione di risorse*” a “*standard di qualità*” per ciascun livello assistenziale;
- ammettere che la partita dei costi standard in sanità è impraticabile;
- che la strada seguire è quella degli “*esiti*”.

Se gli *input* sono le risorse e gli *output* sono le definizioni intermedie di qualità, l'*outcome* deve essere l'esito. La conferenza alla fine per aggirare l'ostacolo dei costi standard si è risolta a razionalizzare le attuali forme di ponderazione con altre ponderazioni, che certamente sono meno peggiori dei costi standard, ma che non cambiamo sostanzialmente lo stato delle cose. Oggi le Regioni meridionali si trovano ad essere de-finanziate come tutte le Regioni e nello stesso tempo sotto de-finanziate come Regioni del mezzogiorno. Questo vuol dire che secondo loro gli attuali criteri di ponderazioni sono iniqui. Per avere più finanziamenti esse invocano la logica del criterio di deprivazione. Cioè tentano di modificare la ponderazione aggiungendo variabili relative sostanzialmente alla morbilità. Ovviamente le altre Regioni non sono d'accordo con questa richiesta perché quando la coperta è troppo piccola tirare di qua e di la finisce sempre per scoprire qualcuno e per non coprire nessuno. Questo ci dice che i criteri di ponderazione vanno ripensati.

X. (*Oltre la quota capitaria ponderata*)

Quindi i criteri di ponderazione vanno ripensati. Bisognerebbe passare dalla mera redistribuzione capitaria del fondo alle Regioni, ad una vera e propria politica di allocazione delle risorse orientata agli esiti e ai risultati. La quota capitaria ponderata rientra nella logica dei volumi, come i costi standard e i DRG.

Ogni problema di allocazione prevede un elenco di risorse produttive disponibili in date quantità e un criterio di scelta fra vari “*modi di uso*” delle risorse stesse. La scelta allocativa di risorse deve essere orientata al miglior risultato tanto di salute che di economicità. *Quindi al miglior uso.*

Il salto logico è notevole:

- non si tratta più di definire il minimo costo a prescindere dai risultati di salute come si

vuole fare con i costi standard;

- ma di fare salute con un “uso” diverso delle risorse e quindi combattere la cronica anti economicità del sistema.

L’allocazione comporta il massimo di risultato di una funzione di salute in più variabili del sistema dei servizi e ogni variabile misurerà un “certo uso” delle risorse quindi un “certo modo di fare tutela”.

Le variabili su cui agire per ottenere risultati sono certo “l’uso delle organizzazioni”, ma soprattutto sono “l’uso degli operatori” rispetto a ben altre organizzazioni, cioè del lavoro e delle professioni, da retribuire per gli impegni che approfondono in ragione dei risultati che raggiungono. La vera sfida è:

- definire nuove politiche allocative rispetto ad usi diversi della sanità pubblica;
- *impegnare* gli operatori nel miglior uso possibile delle loro competenze e delle loro abilità.

Decima proposta. Riformare la programmazione come metodo di governo

I. (La programmazione è morta)

Ma non si può definire una forma di governo senza definire contestualmente il modo di governare. La programmazione nella legislazione sanitaria è sempre stata intesa come un modo di governare la sanità. Oggi la programmazione come modo di governare è come morta uccisa dai tagli lineari dalla gestione sanitaria accentrata e dal de-finanziamento più in generale. Quello che si dovrebbe fare quindi dopo aver definito la forma di governo della sanità non è semplicemente risuscitare la programmazione, ma rinnovarla di sana pianta. È vero che è morta ma è anche vero che in passato non ha funzionato un granché. Il problema più grande è stato quello di una programmazione intesa come atto distinto dal finanziamento del sistema, nel senso che la definizione del finanziamento avveniva con una logica sommaria e la programmazione come atto parallelo. Ma oltre a ciò la programmazione non ha funzionato anche perché il suo modello cioè la sua logica si è rivelata alla prova dei fatti piuttosto debole.

Sino ad ora, la programmazione/pianificazione in sanità, è sempre stata, a partire dalla riforma ospedaliera del '68, intesa con una *logica teleologica*, cioè per obiettivi. Come tale, essa si è mostrata particolarmente fragile, per due ragioni di fondo:

- credere che l’obiettivo sia autosufficiente a realizzarsi, cioè abbia in sé i *mezzi* che lo compiranno, (*logica finalistica*);
- i *progetti obiettivo*, tipici prodotti della logica teleologica, in realtà non sono stati quasi mai finanziati, cioè sono sempre stati declamati.

Gli obiettivi ovviamente non sono perseguibili senza risorse, ma le risorse, non sono la condizione sufficiente per raggiungerli. Oltre le risorse servono un mucchio di altre cose.

Il supposto potere di *autocompimento degli obiettivi* tende a spostare l'attenzione sulle risorse e le risorse assumono il ruolo quasi delle *cause meccaniche e delle cause efficienti*. In realtà l'esperienza dimostra che le risorse bisogna averle certo, ma bisogna saperle anche impiegare, distribuire, qualificare ecc. In sostanza bisogna avere "*capacità di spesa*" ma anche comprendere che i modi di spendere fanno la spesa stessa.

Il de-finanziamento è orientato al futuro solo per ridurre progressivamente la spesa per cui saltano tutti i processi volti a costruire salute e a garantire le tutele. Per un programmatore vero l'obiettivo è sempre un processo futuro al contrario il de-finanziamento vuole intervenire solo sul presente finanziario.

II. (Ri-costruire la sanità)

Un programma è l'*anticipazione delle possibilità*, quando la sanità parla di programma è come se volesse progettare se stessa, e quindi è come se *costruisse* se stessa. Il programma non è solo una lista della spesa, o un inventario di promesse o di rivendicazioni, è, in una certa misura, la *carta di identità* del programmatore. Per il programma non si tratta tanto di rappresentare specularmente la realtà sanitaria su cui intervenire, cioè di "*prendere atto*" di quello che c'è e rispondere punto su punto, quindi di subire in un certo senso la realtà, di assecondarne le logiche, di inseguirla, cioè di essere *istruito* dalla realtà, ma al contrario di *istruire* la realtà, di sollecitarla ad essere conforme ad un progetto, di indurla a cambiare per essere meno problematica.

La *logica del programma* obbedisce ad un pensiero costruttivista: *l'intelligenza di un programmatore si costruisce (ri)costruendo e (ri)strutturando logicamente con dei ragionamenti la sanità sulla quale egli vuole intervenire*. Insomma: *un programma si costruisce ricostruendo la sanità che si vuole*. Per ripensare la programmazione a sanità, essa andrebbe considerata non rispetto a obiettivi che non mettono mai in discussione i modelli di base, ma rispetto ai suoi modelli di base, alle sue matrici culturali, scientifiche, organizzative, economiche. Se la programmazione riuscisse a riprogrammare i modelli le matrici, gli schemi di base, essa realizzerebbe con un *nuovo programma* una *nuova sanità*. L'idea cardine, quindi, è programma. Dalla logica della *teleologia* si passa a quella della *teleonomia*.

Il principio è semplice: *se immettiamo nelle matrici di un sistema un grado di informazione tale da essere trasmessa in tutto il sistema, allora è possibile che si realizzi il progetto inscritto in quella informazione*.

La logica è la seguente:

- posto che si voglia cambiare il sistema sanitario;
- posto un programma nel quale immettere un'informazione di cambiamento;
- le informazioni funzioneranno come *condizionali*;
- i condizionali per *implicazione* creeranno *condizioni favorevoli* alla affermazione del

programma.

III. (Dagli obiettivi ai condizionali)

La proposta è passare dagli *obiettivi* ai *condizionali*, o meglio subordinare il raggiungimento degli obiettivi alla definizione dei condizionali necessari per raggiungerli.

Il ragionamento è il seguente:

- si parte dalla *volontà* del programmatore che organizza la sua *intenzione* di cambiamento in un programma;
- si definiscono i *condizionali* del programma;
- i *condizionali* affermeranno la *volontà* del programmatore.

La formula del condizionale è molto semplice: “*se A è B, C è D*”.

La *teoria del condizionale* è nota anche come *teoria dell'implicazione stretta*. I condizionali per essere tali devono essere *implicati* e *implicanti* nel programma che devono sviluppare.

La *logica del condizionale* è profondamente diversa da quella dell'obiettivo essa non è un *pensiero finalista* ma un *pensiero costruttivista* che pone in un programma le condizioni del cambiamento.

In generale:

- il *condizionale* è ciò che rende possibile la previsione probabile di qualcosa;
- la visione costruttivista ragiona in termini di *co-determinismo*;
- *co-determinismo* vuol dire che, alla base del programma, bisogna mettere un sacco di cose, in modo tale da determinare possibilità di cambiamento;
- le variabili in gioco in sanità sono quindi operatori, organizzazioni, procedure, contenuti, risorse ecc. “*costrette*” a nuove *interazioni*.

IV. (Fatti e controfattuali)

Una nuova programmazione non può ridursi solo ed esclusivamente a marginalismo e a razionalizzazione o peggio a manutenzione. Se ciò fosse vorrebbe dire che essa è del tutto subalterna ai fatti negativi considerandoli come strutturalmente invariati cioè al massimo perfezionabili o ottimizzabili. L'esempio classico è quello dei comportamenti prescrittivi dei medici se l'atto medico è intrinsecamente inadeguato al contesto culturale e economico che cambia ha poco senso razionalizzarlo, quello che si dovrebbe fare è riformarlo. Restare *dentro l'orizzonte dei fatti* significa fondamentalmente prendere atto della realtà accettandone le logiche di fondo con le quali mediare delle soluzioni razionali.

Se entriamo nella mentalità della “*quarta riforma*” non è più possibile restare dentro

le logiche dei fatti perché i fatti sono invarianti In questo caso è necessario un pensiero che almeno *in via ipotetica* sia in grado di trascenderli. Il cambiamento rappresenta inevitabilmente una critica ai fatti conclamati, e al tentativo *solo* di gestirli, razionalizzarli, riorganizzarli, migliorarli. Il cambiamento cambia fatti con altri fatti. Se non si riformano i fatti vuol dire che i fatti sono invarianti. La sostenibilità fraintesa a compatibilità è un fatto da cambiare non da razionalizzare. Il de-finanziamento è un fatto che va cambiato, l'ospedale come *fatto* si può riorganizzare in mille modi senza che come *fatto* cambi nel suo modello. Ma immaginare di avere un altro genere di sostenibilità, di finanziamento, di ospedale significa affermare un altro genere di fatti e quindi entrare nella *logica dei controfattuali*.

V. (*Se... allora*)

La *logica dei controfattuali* prende questo nome perché le sue premesse si riferiscono ad uno stato ipotetico delle cose che non è quello dei fatti. Essa è una logica dei *fatti possibili*.

Il *ragionamento controfattuale* è di tipo ipotetico ed ha la forma “*condizionale-congiuntivo*”. Per esempio:

- “se l'operatore *fosse* un autore allora *sarebbe* un investimento”;
- se l'operatore restasse un *compitiere* allora sarebbe un costo”;
- “se l'organizzazione della sanità fosse integrata allora si *dovrebbe* superare il taylorismo”;
- se l'organizzazione della sanità restasse tayloristica allora difficilmente si potrebbe integrare;
- quindi il controfattuale è dato dalla congiunzione: *se fosse... allora sarebbe*.

Esempio: “*se* responsabilità *allora* autonomia”.

VI. (*Mondi possibili*)

L'idea che oltre ai fatti vi possono essere dei contro fattuali, sul terreno del programma, apre la strada all'idea che possono esistere sanità alternative rispetto a quelle attuali. Ma i mondi alternativi per essere alternativi devono essere alternativi per davvero. Fare le mutue o le assicurazioni è apparentemente un mondo alternativo, in realtà è lo stesso mondo, con gli stessi servizi, le stesse funzioni, le stesse prassi, gli stessi operatori, in cui al “*terzo pagante*” subentra più banalmente il cittadino che paga in proprio ed è dentro delle intermediazioni finanziarie. Cioè il mondo alternativo non è tale se ad altri contenitori non corrispondono altri contenuti. Alternatività ed invarianza sono antinomie. Sarebbe davvero alternativo se ad un cambiamento della forma giuridica del sistema corrispondesse un cambiamento del sistema e delle sue fondamentali proprietà.

Una nuova idea di programmazione dentro un contesto di “*quarta riforma*” si deve quindi basare fundamentalmente sull’idea di “*mondo possibile*”, cioè su una idea di *sanità possibile*. Coloro che in realtà vorrebbero limitarsi a razionalizzare la sanità tendono a farci credere che il nostro mondo sanitario sia una necessità, cioè esso è così perché non può essere altro, in realtà esso è quello che è per ragioni contingenti, storiche, situazionali. Cioè è così perché qualcuno che poteva scegliere tra la usl azienda e la usl non azienda, tra l’applicazione della riforma del ’78 e la riforma della riforma, tra il cambiamento e il miglioramento, ecc... ha scelto, sicuramente per buoni motivi, tra tanti mondi possibili, quello attuale.

Ammettere la *natura contingente* di questo sistema sanitario è la *premessa fondamentale* per ragionare di cambiamento. “*Questo sistema sanitario non ci è stato ordinato dal medico*” per cui è ridiscutibile.

VII. (*Plausibilità*)

Per una riforma che costruisce la sanità che ritiene più opportuna il *mondo possibile* non può essere sganciato dalla realtà quindi essere pura fantasia. Se consideriamo un sanità possibile in cui il lavoro (L) è plausibile (L) è immaginato come un modello diverso dal lavoro della realtà. Il ragionamento che bisogna fare è lo stesso dei contro-fattuali:

- se fosse (L) allora sono plausibili una serie di cambiamenti x, y, z;
- si ha un cambiamento di (L), solo se x, y, z sono plausibili nel mondo possibile ipotizzato rispetto al mondo reale.

In una nuova programmazione il lavoro reale (L) funziona come la premessa per concepire il lavoro possibile, (Lp) per cui usando il controfattuale si può dire che quello che è plausibile nel lavoro reale (L) è anche plausibile nel lavoro possibile (Lp). Per una programmazione concepita per cambiare sistema questo è molto importante perché ci dice che l’idea di cambiamento non è una cosa astratta, teorica, frutto solo dell’immaginazione ma essa nasce dalla realtà e dal bisogno di trascenderla. La sanità e la medicina reale *contiene* la sanità e la medicina possibile. Il cambiamento che serve alla sanità e alla medicina è contenuto nella sanità e nella medicina.

La sanità pubblica si salva se riusciremo a cambiarla con un’altra sanità pubblica. Altrimenti la perderemo.

VIII. (*Relazione di possibilità relativa*)

Il rapporto tra reale e possibile si chiama “*relazione di possibilità relativa*”. Che cosa è?

Facciamo l’esempio della medicina generale: dati due medici di medicina generale Mg 1 e Mg 2, di un insieme di tanti medici possibili, (ippocratici, post ippocratici neo ippocratici) la relazione di possibilità relativa ci dice molto semplicemente che rispetto a

diverse possibilità di cambiamenti, Mg 1 è il medico attuale, e Mg 2 è il medico possibile, quindi siamo in grado di scartare la possibilità di un medico di medicina generale “*assurdo*”.

Per la programmazione che cambia il cambiamento per non esser assurdo quindi plausibile va selezionato rispetto a condizioni di plausibilità e di fattibilità cioè deve rispettare le seguenti condizioni:

- l'ipotesi di cambiamento deve essere plausibile nel mondo selezionato;
- l'ipotesi di cambiamento è assurda se è impossibile rispetto al mondo selezionato;
- il mondo selezionato è assurdo se non c'è alcun mondo possibile rispetto a quello reale.

Come si vede si tratta di una teoria del cambiamento molto pragmatica che concepisce la programmazione in modo altrettanto pragmatico. Già sarebbe importante cominciare ad escludere l'assurdo. Ma se entriamo in questa logica l'assurdo vero che dovremmo escludere è quello che abbiamo definito nella prima parte: è assurdo pensare ad una sostenibilità sbagliata, andare avanti con un sistema di finanziamento inadeguato, non aver un reale governo della sanità, un lavoro che non cambia mai, una medicina prigioniera del suo storico positivismo, cittadini non emancipati dalla loro vecchia condizione di assistiti, non fare salute primaria, pensare alle mutue per risolvere i problemi del de-finanziamento ecc. Quindi se fossimo saggi dovremmo per escludere dal nostro processo ideativo l'assurdo prima cosa escludere la “*sanità assurda*” e l'unico modo per farlo è riformarla.

Conclusione

(Parlando in prima persona e rivolgendomi alla sanità alla politica, alle istituzioni e soprattutto ai giovani)

La “*quarta riforma*” non è una riforma ordinamentale e nemmeno un nuovo testo unico della sanità e neanche la “*riforma della riforma della riforma della riforma*”, ma è:

- la riforma di ciò che, non si è mai riformato e che al contrario si sarebbe dovuto riformare;
- la correzione di esperienze di riforma che non sono andate bene;
- la ricontestualizzazione culturale di un sistema complesso;
- la reinvenzione della sanità pubblica per renderla “sostenibile” e salvarla dalla decadenza e dalla privatizzazione.

Con questo libro è come se la sanità pubblica avvertendo il rischio di morire o di essere seriamente ridimensionata, dicesse a tutti delle sue straordinarie possibilità e di quanto sia stupido banale criminale, perderla. La sanità pubblica solidale e universale è tutt'altro che una utopia, è tutt'altro che insostenibile, è tutt'altro che impraticabile, ma a certe condizioni. Se la sanità resterà quella che è, come una vecchia quercia caduta, sarà fatta a pezzi e quello che resterà si decomporrà piano piano diventando muffa.

Un canto del cigno? Personalmente spero di no ma non è improbabile che lo possa essere. Dipende.

Da parte mia ho sentito forte il dovere di scriverlo perché per me le cose stanno prendendo una brutta piega. Dopo di che vedremo.

Il grado di compromissione del sistema è allarmante ma non tutti la pensano così, e poi non è facile avere una visione organica e globale delle tante questioni in ballo perché sono proprio tante: finanziarie, scientifiche, culturali, organizzative, sindacali, filosofiche, tecniche, storiche, legislative, giuridiche ecc. Per non dimenticare il grande scoglio del *pensiero debole* e del *senso comune*, cioè quello che passa il convento, disponibile a migliorare qualcosa (un po' di appropriatezza, di riorganizzazione, un po' di riordino ecc.) ma non a cambiare un sistema. Troppo difficile riformare, troppo pericoloso, troppo impegnativo. E in più la grande amnesia collettiva che dimentica la storia dei problemi, da dove nasce la grande questione della sostenibilità, e le rimozioni collettive delle cose che ci imbarazzano, le grandi invarianze del sistema cioè le cose che, crollasse il mondo, non cambiano mai. E infine la politica quella che sta in parlamento e in tutte le istituzioni. Figurarsi se è all'altezza di fare una riforma della sanità degna di questo nome! Meglio non farsi illusioni. Queste le possibili obiezioni.

Tutto vero, tutto molto realistico, persino scontato, ma la verità è che la sanità pubblica è sul viale del tramonto. Che si fa? Ci si rassegna? Si capitola? Si molla la presa? Si rinuncia al sogno? Si fa finta di niente? Si snobba questo libro, fastidioso e irritante, e

si tira a campare rinviando le rogne a chi verrà dopo di noi? Mi pare di sentirli i commenti di certi personaggi: “restiamo con i piedi per terra prima o poi la bufera passerà”.

Anche se il pessimismo giustificasse il disincanto, questo sarebbe un ragionamento davvero miope. La “*bufera*”, da quello che si vede, governo dopo governo, sembra non chetarsi anzi al contrario nel tempo sta diventando sempre più permanente e virulenta, proponendosi addirittura come una condizione inevitabile alla quale adattarsi e rassegnarsi. Quindi, se non passa resta, che si fa? Ci si adatta imparando a conviverci? E quindi al diavolo la “*quarta riforma*”?

In tutta sincerità penso che anche se le vostre riserve nei confronti di una “*quarta riforma*” sono tante girarsi dall'altra parte sia una pessima idea e che a perdere la sanità pubblica c'è solo da rimetterci. Tutti: cittadini, malati, operatori, politici, sindacati, ordini, associazioni, fondazioni. Dalla quercia abbattuta a guadagnarci sono solo i saprofiti cioè funghi, muffe e licheni. Ma chi ci rimette davvero alla fine è il paese.

Per quante stupidaggini si siano dette sulla “*sostenibilità*” della sanità pubblica essa resta un formidabile fattore di sviluppo di civiltà, di buon senso.

Con questo libro ho voluto chiarire una volta per tutte che sostenibilità vuol dire due cose:

- produrre qualcosa che non sia in contraddizione con la qualità dello sviluppo cioè qualcosa che alla fine non impoverisca il paese;
- equilibrio tra una domanda e una offerta, quindi scambio equo tra una utilità sociale e i suoi costi pubblici cioè tra un valore d'uso e un valore di scambio.

L'utilità sociale (valore d'uso) è *la disponibilità di un bene* o di un servizio o di un trattamento e vale come la capacità dello Stato a soddisfare un fabbisogno di salute individuale e collettivo.

Il *rapporto/utilità/costi* (valore di scambio) è *la quantità di risorse* che serve a finanziare i servizi sanitari necessari a soddisfare la domanda di salute.

La spesa sanitaria reale, per quanto importante, resta, in valori assoluti, bassa soprattutto in confronto con le spese degli altri paesi europei. Ma in termini relativi per quanto bassa essa continua a crescere perché la sua natura è incrementale e per di più contiene, come fanno tutti, molte diseconomie e anti-economie. Per cui essa sarebbe almeno teoricamente ancora riducibile.

La spesa sanitaria è bassa non perché sono state superate le diseconomie e le anti-economie strutturali del sistema, ma solo perché essa è stata tagliata d'imperio tagliando il sistema dei costi quindi dei servizi e delle tutele.

Oggi in sanità *i costi non sono equilibrati rispetto alle utilità* cioè per quanto sia bassa la spesa la quantità di risorse necessaria a finanziare la sanità non è compensata dalle utilità di salute che produce, o che potrebbe produrre, e quindi la quantità di risorse appare al governo di turno eccessiva quando è solo squilibrata. “*Eccessivo*” sia chiaro non è un dato assoluto ma relativo cioè è una relazione squilibrata tra costi e utilità.

Quindi la spesa sanitaria può essere *de-quantificata* senza essere *de-finanziata* cioè senza colpire le tutele sociali anzi al contrario accrescendone le utilità. Ciò è possibile con

una riforma che rimetta in equilibrio costi e utilità quindi domanda di salute e l'offerta di sanità e in tale processo riformatore eliminare il più possibile diseconomie e anti-economie.

Il governo e quelli che l'hanno preceduto dopo ben tre riforme di sistema che hanno bucato di fatto l'obiettivo "sostenibilità", anziché riequilibrare i costi con le utilità, de-finanzia cioè chiude un po' per volta il rubinetto dell'ossigeno.

Quindi ai problemi di *quantità delle risorse* il governo risponde riducendo:

- la *disponibilità* del bene salute;
- riducendo le *utilità* colpendo i cittadini.

Con ciò condannando la sanità pubblica letteralmente alla mortificazione.

Questo perché? Di fatto il governo dimostra di non disporre di una politica riformatrice capace di rimettere in equilibrio il sistema. Il *de-finanziamento* senza un progetto di riforma per lui è quasi una scelta obbligata. Con una riforma che rimetta in equilibrio le cose de-finanziare non sarebbe più giustificato.

Ridimensionare la sanità pubblica non aiuta lo sviluppo del paese al contrario lo fa regredire e non risolverà il problema della quantità di risorse e quindi il problema della sostenibilità e neanche gli annosi problemi degli operatori. La privatizzazione della sanità non riduce la spesa per la salute ma l'aumenta cambia solo chi paga mettendo in conto un certo grado di abbandono sociale.

Il bilancio finanziario dello Stato pagherà di meno ma il suo bilancio sociale pagherà di più perché dovrà mettere in conto i costi correlabili alla crescita delle ingiustizie e delle diseguaglianze e tutti quei costi che in gergo rispetto alla malattia si definiscono "indiretti" e che riguarderanno la produttività di un paese, la sua qualità sociale, la sua efficienza.

Insomma bisogna fare una "*quarta riforma*" *primariamente nell'interesse del paese*, ma evitando con cura gli errori commessi con le altre tre. Cioè questa volta bisogna riformare sul serio.

Mi rendo conto dei tanti timori che questa idea può suscitare e che nella logica degli "orticelli" ognuno tenda a fare il proprio gioco.

Ma il punto che dobbiamo capire è che oggi nel de-finanziamento che cresce anche l'interesse peculiare dell'orticello è a un punto di non ritorno. Il de-finanziamento come fanno bene i sindacati non guarda in faccia a nessuno.

Prendiamo la "*questione medica*". Ma davvero la Fnomceo pensa di risolverla senza ripensare la medicina e il medico? O il sindacato. Si crede davvero che con qualche "*mollichella*" preelettorale come l'adeguamento dei salari ai dipendenti del pubblico impiego di poter risolvere la questione della de-capitalizzazione del lavoro e della de-intellettualizzazione delle professioni? Si crede davvero possibile poter continuare a adeguare i salari senza mai riformare le prassi professionali, cioè il lavoro? E coloro che si battono in nome dell'appropriatezza per qualificare gli atti medici credono davvero che abbia senso essere appropriati disponendo di una medicina culturalmente inadeguata? O ancora la "*questione infermieristica*". Davvero l'Ipasvi crede che si possa avere un altro

genere di infermiere senza riformare le organizzazioni del lavoro nelle quali opera? Cioè senza riformare la forma storica di cooperazione tra medici e infermieri? E ancora la questione della medicina generale. Pensa davvero la Fimmg che la difesa strenua dell'enclave nell'epoca delle interconnessioni sia la soluzione ai suoi problemi e a quelli del sistema nel suo complesso? Crede davvero che sia ancora possibile rinnovare una convenzione senza ripensare la funzione della medicina di base, cioè senza riformare la figura cardine del sistema, vale a dire il medico di famiglia? E la specialistica che sopravvive silenziosa nei propri ambulatori, pagata a ore come le donne delle pulizie, cosa spetta a ridefinirsi nel ruolo, nella funzione e nelle proprie possibilità? E l'ospedale. L'Anao è proprio sicura che non serva una riforma dell'ospedale, che da tempo immemore continua ad essere definito con criteri del tutto obsoleti? E la Cimo che tanto ha puntato sull'atto medico, sulla centralità della professione, sul riconoscimento giuridico del ruolo, è proprio sicura che si possa definire l'atto senza riformare l'agente? E quelli dei dipartimenti di prevenzione che lanciano grida di dolore sullo stato dei loro servizi, sono sicuri di potersela cavare semplicemente con una riorganizzazione senza ripensare la prevenzione e non solo dentro una strategia di produzione della salute? E ancora le Regioni meridionali che chiedono di cambiare la ponderazione della quota capitaria per avere più soldi come pensando di farcela senza fare una riforma dei modi di finanziare il sistema e in particolare senza modificare la forma attuale di allocazione delle risorse?

Potrei continuare all'infinito elencando le tante rivendicazioni che sono in campo ma immagino ci siamo capiti. Tutti vogliono qualcosa e tutti hanno bisogno di riformare qualcosa, nessuna rivendicazione consistente oggi è priva di implicazioni riformatrici.

Oggi a parte le parentesi effimere pre-elettorali, è finito il tempo in cui la rivendicazione poteva permettersi l'autogiustificazione. Oggi nel tempo del costo zero bisogna dare delle contropartite e tutte le contropartite importanti richiedono un qualche cambiamento. E sapete perché? Al di là del merito tecnico delle questioni, siamo invariati da tanto e da troppo tempo. È quindi tempo di cambiare.

Ma se il bisogno di riforma riguarda tutti e tutti avrebbero interesse a riformare qualcosa nessuno, da solo, è in grado di riformare un alcunché. Questa è la grande contraddizione. Nessuno da solo ce la può fare perché è impensabile che nell'invarianza generale si possa cambiare qualcosa. E allora perché tutti insieme non mettere in discussione l'invarianza generale e riformare il sistema per riformare le tante cose nel sistema? Se ripensiamo la medicina la questione medica può essere risolta. Se ripensiamo il lavoro si può superare la sua de-capitalizzazione. Se ripensiamo l'organizzazione del lavoro si possono risolvere i problemi dei ruoli professionali, stessa cosa per l'ospedale la medicina generale, la specialistica e per i problemi dell'allocazione delle risorse.

E poi siccome oggi tutto è stoppato dai problemi della così detta "sostenibilità" prendiamo il toro per le corna e facciamo una riforma per la sostenibilità che ribadisco vuol dire rimettere in equilibrio il sistema e produrre salute quale ricchezza. Tutti i sistemi che si limitano a curare le malattie sono intrinsecamente insostenibili. I sistemi sostenibili sono quelli che bilanciano i costi della cura con la produzione di salute. Quindi rimosso l'ostacolo della sostenibilità la vita sarà più facile per tutti.

Allora quello che dico agli attori della sanità alle istituzioni e alla politica in tutte le sue

articolate espressioni governative e meno, è intanto di *aprire all'idea di una riforma*, di dichiararsi disponibili a sostenerla come *necessità politica generale*.

In questo modo intanto avremmo la possibilità di riaprire i giochi e di sospendere una prospettiva con una contro prospettiva. E di questi tempi non è poco.

Una “*quarta riforma*” come potete immaginare non si fa dalla mattina alla sera. Per farla ci vuole, una titolarità politica, una strategia una organizzazione e delle persone adatte. Le persone e le idee sono la questione più delicata. Per riformare servono dei riformatori cioè gente che sappia pensare una sanità altra. A costoro bisogna affidare il compito di promuovere la riforma e di coordinare la discussione nella quale ovviamente vanno coinvolti tutti.

Si potrebbe cominciare mettendo su da qualche parte (il “*non luogo*” non è casuale anche se sarebbe preferibile una sede istituzionale) un *board* per studiare la fattibilità dell'idea. Questo *board* potrebbe in un arco di tempo ragionevole redigere un rapporto che prepari le basi per redigere successivamente con i soggetti istituzionali appropriati la riforma vera e propria. Il progetto viene prima della norma.

Insomma signori della sanità, della politica e delle istituzioni non vi chiedo di sottoscrivere a scatola chiusa le mie 10 proposte di merito che ovviamente sono da discutere, ma intanto di sostenere l'idea generale della necessità di una “*quarta riforma*” in modo da mettere in moto la macchina che ci serve.

Non vorrei che accadesse che qualcuno non condividendo la proposta di merito che lo riguarda dicesse no all'idea di riforma. Sarebbe disonesto e pretestuoso. Se ad esempio la mia idea di ri-spedalizzazione non dovesse piacere questo non vuol dire che l'ospedale non abbia bisogno di essere ripensato. L'onestà intellettuale alla quale mi appello dovrebbe ammettere che l'ospedale deve essere ripensato e che sul come ripensarlo c'è da discutere.

Non ho altro da aggiungere. Quindi vi saluto cari signori della sanità della politica e delle istituzioni. Non voglio dirvi cosa abbia significato per me scrivere questo libro. Non vi racconterò le sue difficoltà, l'impegno anche fisico che mi è costato, cosa abbia significato lo sforzo analitico e la ricostruzione storica dei problemi e le difficoltà che ho incontrato ad assicurarmi una globalità della visione. Mi limito a dirvi che l'impressione che ho avuto nello scriverlo è quella di un libro iniziato in realtà almeno 50 anni fa cioè a partire dal grande sogno riformatore che si è appalesato alla mia generazione tra gli anni 60 e gli anni '70.

Non so se questo libro è un *canto del cigno*, i tempi per la sanità sono incerti e difficili, la gente è disorientata, non sa a chi santo votarsi. Se fosse il canto del cigno vorrebbe dire la fine della sanità pubblica e per il paese e per tutti noi sarebbe davvero un guaio.

Una ultima questione: personalmente appartengo alla generazione che ha concepito la riforma del '78 e costruito il SSN per cui ho vissuto tutta la storia della sanità dagli anni '70 ai giorni nostri. Con tutti i suoi difetti, la mia, è l'unica generazione che ha la memoria storica di quello che è accaduto dalle mutue al SSN ai giorni nostri. Per la maggior parte di coloro che oggi si occupano di sanità anche con incarichi importanti, cioè di primo livello, la sanità è come se fosse senza storia.

Questo libro non è un libro di storia della sanità. Nella sostanza esso è un atto

intellettuale che ha lo scopo di interrompere la decadenza della sanità pubblica. Tale scopo fa di questo libro un atto politico e come tale va inteso. Tuttavia esso si avvale della memoria storica perché in sanità, come altrove, conoscere la storia dei problemi è condizione per la loro soluzione. Ma c'è un'altra ragione che mi ha spinto a fissare e a usare la memoria storica: la mia generazione ormai è uscita di scena o sta per uscire di scena (per vari motivi siamo rimasti in pochi) e la memoria storica rischia di perdersi.

Ai giovani della sanità oggi nella sanità senza prospettiva e futuro serve conoscere come sono andate le cose, conoscere a fondo i problemi con i quali hanno a che fare, sapere perché si impongono certe soluzioni e non altre, conoscere le contro-prospettive. La memoria storica, serve prima di ogni altra cosa a non fare errori, e più precisamente a non ripetere gli errori che sino ad ora sono stati fatti, cioè a imboccare la strada giusta del cambiamento. Se la sanità pubblica è inadeguata essa non si difende con l'apologia chiedendo semplicemente di rifinanziarla. Ricordatevi che il grado di sostenibilità reale del sistema pubblico con una spesa sanitaria di natura incrementale dipende dalla capacità di costruire nuovi equilibri tra utilità e costi, quindi tra salute e malattia, in poche parole dalla capacità di trasformare un limite in una possibilità. Cioè dalla capacità riformatrice. Quindi sappiate cari giovani che sia la sanità pubblica che la medicina ippocratica nell'invarianza non sono difendibili. Se i giovani della sanità vogliono fare al meglio il loro mestiere, qualunque esso sia, essi sono costretti a riformare e a cambiare le cose, perché se le cose non cambiano le loro professioni, il loro futuro lavorativo, i loro stipendi, i loro ideali di vita ne soffriranno e non poco.

Secondo me la vera differenza tra le generazioni della sanità che si sono succedute dalla riforma del '78 ad oggi, è la quantità e la natura dei limiti. Voi giovani già oggi professionalmente avete più limiti rispetto a chi vi ha preceduto ma siccome siete giovani e la strada è lunga, nel tempo "*a condizioni non impedito*" i limiti cresceranno e siccome i limiti limitano, sarete voi più di chi vi ha preceduto a rischio di inconseguenza e di indeterminazione professionale. E per i futuri malati saranno dolori.

I giovani medici se vogliono fare i medici oggi a parte trovarsi un impiego devono darsi da fare per cambiare la medicina. I giovani infermieri se vogliono fare gli infermieri per davvero devono darsi da fare per cambiare la sanità. Cioè loro e gli altri devono fare quello che chi è venuto prima di loro non ha fatto e avrebbe potuto e dovuto fare, mettendoli nei guai. Una "*quarta riforma*" serve prima di ogni altra utilità pratica a mettere in pista un grande movimento di civiltà. Cosa c'è di più civile del diritto alla salute uguale per tutti? Cosa c'è di più civile di una sanità la più adeguata possibile ai bisogni delle persone? Cosa c'è di più civile di una cultura che permetta ai diritti di convivere con i limiti finanziari senza subirli?

Oggi per come si sono messe le cose tutti sono chiamati, se davvero hanno a cuore i loro destini, a trasformare limiti in possibilità. Questo vuol dire riformare nulla di più. Bisogna cambiare il motore della corriera altrimenti si resta a piedi.

La "*quarta riforma*" come idea generale è una speranza di futuro e i futuri in sanità sono tanti, più corti e più lunghi, come le patatine fritte nel cartoccio. Tutti i futuri sono importanti ma quelli più significativi sono quelli che hanno più tempo quindi quelli dei giovani. A costoro in particolare dico diamoci una svegliata agli altri di aiutarli con la loro

memoria storica e l'esperienza e se possibile di non ostacolarli troppo.

Ivan Cavicchi.