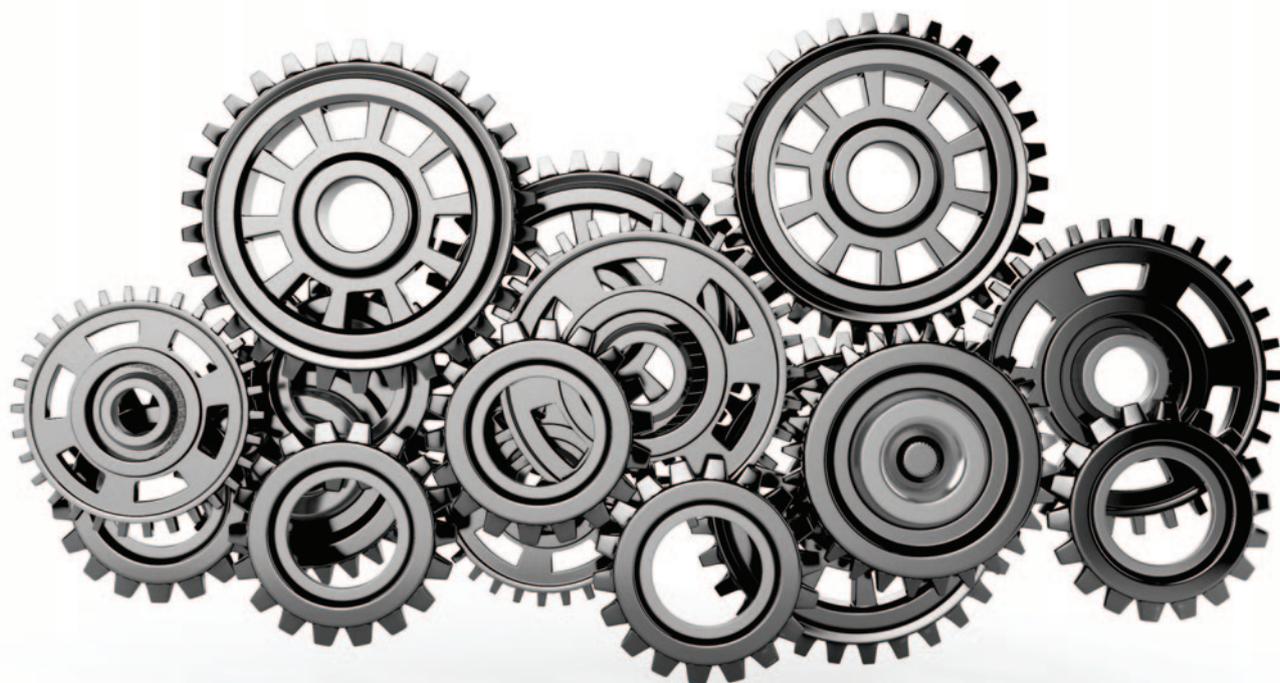


Ivan Cavicchi

SANITÀ **TE LO DO IO** **IL CAMBIAMENTO**



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, maggio 2019
Isbn: 978-88-940522-5-1
www.qsedizioni.it

QSe **Quotidiano**
Sanità
edizioni

Indice

Introduzione	5
Capitolo 1	
La politica banale	8
Capitolo 2	
Il regionalismo differenziato	18
Capitolo 3	
Un nuovo governo per la sanità	31
Capitolo 4	
Il ritorno al mutualismo del ministro Grillo	50
Capitolo 5	
La logica del de-finanziamento non muore mai	73
Capitolo 6	
Ripartire e redistribuire equamente	86

Capitolo 7	
I conflitti tra le professioni tra sfiducia sociale e invarianza culturale	94
Capitolo 8	
La medicina e il medico	108
Capitolo 9	
Il conflitto crescente tra deontologia e gestione.....	121
Capitolo 10	
Un nuovo pensiero deontologico per governare i difficili rapporti tra sanità e società, tra operatori e operatori, tra lavoro e gestione.....	130
Capitolo 11	
Riforme a metà	142
Capitolo 12	
Riformare il concetto di tutela.....	148
Capitolo 13	
Consigli al ministro della salute per una nuova strategia riformatrice destinati probabilmente ad essere ignorati	154

Introduzione

LE ELEZIONI EUROPEE DEL 26 MAGGIO 2019 hanno di fatto sancito una clamorosa sconfitta politica del M5S: ben 6 milioni di voti in meno rispetto alle elezioni politiche dello scorso anno. In un tempo breve (circa un anno) e per ragioni diverse, ciò, sembra essere accaduto, almeno a sentire il sentimento comune, a causa soprattutto di una delusione collettiva: i cinque stelle senz'altro sono persone pulite, con le carte a posto, non compromesse, dei moralizzatori non c'è dubbio, ma che, nello stesso tempo, alla prova del governo, si sono rivelati dei "dilettanti allo sbaraglio" per citare ormai un luogo comune. In logica, i dilettanti allo sbaraglio si definirebbero soggetti "para-consistenti" e "para-completi" ne carne e ne pesce, veri e falsi, quindi ambigui ma fondamentalmente incongrui e inadeguati.

In sanità questa contraddizione tra la para-consistenza del governo e l'enorme complessità del settore è esplosa sotto gli occhi di tutti.

Questo settore con più di un milione di addetti e tanti ma tanti milioni di utenti, è un esempio, delle fortune e delle sfortune del M5S.

All'elezione del 4 marzo 2018, la sanità ridotta alla disperazione dai governi a guida PD, quindi con una forte necessità di cambiamento, ha contribuito e non poco, al successo elettorale del M5S. Con le recenti elezioni europee vi assicuro che molti di quei voti, salvo pochissime eccezioni, sono tornati indietro. In sanità oggi regna la disillusione e la percezione generale che i più hanno sul proprio ministro è quella proverbiale del bambino e del fucile.

Alla fine a capo di una cosa super complessa, seguendo un criterio evidentemente anti-meritocratico, cioè in linea con le più viete consuetudini di partito, il M5S non ha scelto l'expertise ma il funzionario cioè la militanza anzi la militanza si è irresponsabilmente auto-proposta come expertise. Oggi questo atto di presunzione costa caro.

Che si aveva a che fare con un ministro paraconsistente lo si è capito subito fin dalla legge di bilancio dove la sua marginalità politica non ha certo aiutato a rifinanziare la sanità e a rinnovare i contratti, per non parlare dei vaccini una questione gestita a dir poco con i piedi, e del regionalismo differenziato una problematica affrontata con

troppe ambiguità, per non parlare della seconda gamba, dove nulla si è fatto per disincentivare i concorrenti del servizio pubblico.

In sanità a fronte del dichiarato “governo del cambiamento” abbiamo registrato, incapacità a parte, soprattutto continuità e invarianza. Oggi tra prima del governo Conte e dopo, nelle politiche sanitarie non ci sono molte differenze. La sanità continua ad avere i suoi bravi problemi strutturali e le sue brave crisi le sue mostruose diseguaglianze e gli stessi rischi regressivi di prima. Il M5S ci aveva promesso di essere diverso ma in sanità esso si è rivelato uguale a chi è venuto prima.

Soprattutto continua, pur parlando di cambiamento, a non avere una strategia riformatrice cioè continua con il piccolo cabotaggio, con la gestione dell’ordinario, con il volare basso.

Questo libro tuttavia non vuole solo raccontare la para-consistenza di un ministro cinque stelle ma vuole contrapporre alle sue politiche anodine ben altre politiche e ben altre soluzioni, cioè ben altre idee.

Se vogliamo salvare la sanità pubblica, fidatevi, non è possibile governare la sua crisi grave di credibilità, i suoi problemi strutturali, senza adottare politiche riformatrici. Meno che mai, è possibile, far fronte alle diverse derive contro-riformatrici in atto, alle grandi incognite legate alla sostenibilità finanziaria del sistema, alla crisi che riguardano le professioni più importanti, alla crisi della medicina quale paradigma, ai grandi problemi funzionali dei servizi come gli ospedali.

Tre anni fa contro la para-consistenza dei precedenti governi, e vedendo la sanità regredire sempre di più e, sempre di più, spinta verso la sua privatizzazione, avanzai la proposta di mettere mano ad una “quarta riforma”.

Di fronte alla necessità, quanto meno, di preparare una svolta riformatrice, di ragionare con politiche almeno di medio periodo, questo ministro alla salute, ha girato le spalle, dichiarando pubblicamente di preferire la “gestione dell’ordinario”.

Il bisogno, in sanità, di una svolta riformatrice è reso ancora più acuto dalla constatazione che le riforme della sanità fatte sino ad ora (ben tre) in parte sono andate storte, in parte sono rimaste sulla carta, in parte sono state sbagliate. Ma anche su questo problema il ministro, evidentemente a corto di idee, ha fatto orecchio da mercante.

E ancora i problemi della sostenibilità economica. La spesa sanitaria come è noto ha una natura incrementale, senza uno straccio di strategia per governarla, si finisce con il condannare la sanità ad essere eternamente sotto finanziarla. Ma anche su questo problema solo pochi spiccioli ma nessuna disponibilità da parte del ministero a trovare delle soluzioni alternative al de-finanziamento del sistema.

Infine i grandi problemi culturali della sanità, il grande scollamento tra medicina e società. La società i cittadini i loro bisogni sono cambiati, il paziente classico non c’è più, ma la sanità e la medicina restano ferme ancora alle vecchie culture mutualistiche del passato, a vecchie e superate concezioni di servizio e di malattia, e nonostante le nuove possibilità offerte dalla tecnologia, le prassi delle professioni sembrano fossilizzate quindi appartenenti a primigenie epoche geologiche.

Ma anche su questo terreno nessun interesse da parte del ministro.

Oggi il M5S sulla sanità perde consensi ma sarebbe stato strano il contrario. Non basta dire che si è bravi onesti e puliti, i problemi che ci sono vanno risolti, e per risolverli bisogna saperci fare, avere idee, avere coraggio, saper convincere la gente, saper fare

politica quella vera. Tutte cose che chi ha governato la sanità fino ad ora non ha fatto e non ha saputo fare.

Sono stato l'unico che, in tempi non sospetti, quindi sin dall'inizio, pagando anche il prezzo dell'incomprensione del sospetto, sulle politiche del ministro Grillo, ha avanzato pubblicamente perplessità, critiche, ammonimenti, allarmi, preoccupazioni, mettendo in guardia il M5S sui rischi anche elettorali che correva. Sono stato anche quello, è bene che si sappia, che al ministro Grillo ha offerto disinteressatamente il proprio expertise senza avere risposte.

Questo libro ne è la prova. Oggi i voti persi dal M5S, danno ragione, alle mie preoccupazioni, ma credetemi avere ragione non mi consola per niente. Per me, come sempre, la sanità viene prima di tutto. Con il crollo elettorale del M5S per noi della sanità e in un clima finanziario sempre più complesso, si aprono nuovi problemi e nuove incognite e probabilmente nuovi dispiaceri.

Ma il punto è sempre il solito: a parte i ministri che aspettiamo a mettere in piedi un vero pensiero riformatore all'altezza delle sfide?

Capitolo 1

La politica banale

IL GOVERNO GIALLO VERDE, non vi è alcun dubbio, rappresenta rispetto al continuum dei governi che lo hanno preceduto una grande e significativa discontinuità. Il proporre da parte sua il “cambiamento” come strategia ci ha fatto sperare che anche in sanità fosse arrivato finalmente il momento di riformare. Ma da quel che si è visto, questo momento, è ancora al di là da venire.

La sanità, almeno come è governata attualmente, è vittima di una continuità con i governi precedenti impressionante. Oggi come ieri continua a mancare una strategia per cambiare davvero. Oggi il grande ossimoro è il presumere che si possa cambiare la sanità senza riformarla. Questo è manifestamente un inganno.

La scelta politica dichiarata dal ministro Grillo è stata quella di lavorare “sull’ordinario” probabilmente ignorando che chi lavora sull’ordinario non è in grado:

- di bloccare prima di tutto i processi di dissoluzione in atto almeno quelli legati all’espandersi del welfare aziendale, al ritorno del mutualismo, al regionalismo differenziato,
- di reggere con le sfide della fase più che altro legate alla sostenibilità finanziaria del sistema sanitario ai rapporti difficili tra sanità e economia, alla natura incrementale della spesa sanitaria.
- di dare risposte efficaci alle grandi questioni culturali e sociali sul tappeto come la questione medica, la sfiducia sociale, la crescente regressività dei servizi, il conflitto tra operatori, l’invarianza paradigmatica della medicina ecc.

Il problema politico che abbiamo è di avere nostro malgrado, un governo “banale” (trivial policy) della sanità che alla fine per quanto faccia non riesce a mettere davvero in sicurezza il sistema pubblico esponendolo a invasioni contro riformatrici.

ORDINARIO E STRAORDINARIO

Appena nominata ministro della salute, Giulia Grillo, ha subito messo in chiaro le sue intenzioni: mi occuperò di “ordinario” non di “straordinario”.

La sua dichiarazione, se consideriamo i grossi problemi della sanità è chiaramente preconcepita, e dà l’idea di una persona che si rende conto di avere a che fare con una cosa molto complessa e che per non sapere ne leggere e ne scrivere mette le mani

avanti per non cadere indietro. Cioè abbiamo un ministro che non propone la politica che servirebbe alla sanità ma che si ritaglia la politica che lei può permettersi.

Ma per un ministro dire che ci si occuperà di “ordinario” equivale a dire “io sono un ministro ordinario”. Cioè è una autodefinizione. Un ministro ordinario non può fare altro che occuparsi di ordinario lavorando a giornata.

La definizione di “ordinario” per la nostra lingua più o meno vale come un comportamento politico contenuto nei limiti della norma e della regolarità, quindi ‘comune, consueto. Ordinario si può tradurre come “banale” (trivial)

La definizione di “straordinario” invece vale come un comportamento eccedente i limiti del comune, quindi qualcosa di eccezionale o di rilevante o se preferite di esorbitante.

Su quali basi il ministro Grillo ha deciso, a priori, di adottare un profilo “trivial” cioè adeguato all’ordinario? Cioè su quali basi di conoscenza della realtà sanitaria ha deciso di intervenire in modi e con modi banali?

Per quello che abbiamo visto cioè constato empiricamente il ministro Grillo preferisce gli interventi spot su singoli problemi facili ma ogni volta che ha a che fare con cose difficili complesse che necessitano oltretutto di competenze di vere e proprie abilità politiche, sono dolori.

L’abbiamo vista molto in difficoltà in occasione della legge di bilancio, rispetto al problema dei vaccini, del tutto spaesata rispetto al regionalismo differenziato, in difficoltà nei confronti del patto per la salute cioè nei confronti delle pretese delle regioni e da queste scavalcata continuamente.

L’impressione che si ha è quella di un ministero che come un bar ha cambiato gestione ma nel quale si continua a bere lo stesso caffè sedendoci agli stessi tavoli.

Se fosse vera questa impressione, e temo che lo sia, avremmo, noi della sanità, un grosso problema: i problemi straordinari del sistema sanitario in nessun modo si possono affrontare con politiche ordinarie. Cioè il pensare che delle politiche “banali” possano far fronte a delle problematiche di sistema tanto complesse quanto inveterate è semplicemente una follia.

TRIVIAL POLICY E REFORM POLICY

Vorrei ricordare che “*banale*” nella nostra lingua vale come una politica priva di originalità, piatta, convenzionale, semplice, facile, scontata. Nel linguaggio della cibernetica “banale” vale come relazione lineare tra un input e un output per cui qualcosa di massimamente prevedibile.

L’idea di *trivial policy*, che sembra essere la più appropriata alla visione ordinaria della sanità del ministro Grillo, esattamente come tutte le visioni banali può essere considerata alla stregua di una macchina semplice che in quanto tale, dice la cibernetica, è senza “storia” e senza un suo “stato interno”.

L’idea invece di *reform policy* che, sembra essere la più appropriata ai problemi della sanità, può essere considerata una macchina complessa che dice la cibernetica ha una “storia” ed è dotata di uno “stato interno”.

Per darvi una idea della differenza tra una macchina semplice e una macchina complessa cioè tra una politica sanitaria banale e una politica sanitaria di riforma, basti pensare che una macchina non banale costruita su 2 input (A B), 2 output e 2 stati interni determina 65536 combinazioni possibili. Portando a 4 le componenti si ottengono 102466 macchine ABCD possibili.

Fuori di metafora la visione “ordinaria” della sanità limita enormemente le possibilità di intervento politico per cui le politiche che si faranno saranno immancabilmente e linearmente determinate dai problemi ordinari (esempio esiste il super ticket quindi bisogna abolire il super ticket, esiste il problema delle liste di attesa quindi bisogna intervenire sulle liste di attesa ecc).

La visione riformatrice, al contrario, estende enormemente le possibilità di intervento per cui le politiche che si faranno saranno dedotte dai processi, dalle grandi disfunzioni del sistema, dalle sue grandi invarianze, dalle sue criticità come sistema pubblico, dalle sue relazioni con l’economia con la società ecc. Il punto politico vero, a parte la congruità delle politiche sanitarie con i veri problemi della sanità (se i problemi sono strutturali non ci si può limitare a interventi superficialmente e congiunturalmente) è proprio la nozione di “cambiamento” che, per un governo che si autodefinisce per il cambiamento, non è di secondaria importanza.

Le *trivial policy* che fino ad ora il ministro Grillo ha mostrato di preferire non hanno cambiato praticamente nulla della situazione sanitaria, salvo apportare piccole variazioni positive allo status quo, nel senso che le grandi problematiche restano tutte e si entra nella continuità dell’inerzia.

Le *reform policy* viceversa che il ministro Grillo ha mostrato sino ad ora di rifiutare, invece hanno un grande impatto di cambiamento nel senso che cambiano profondamente lo status quo.

Le prime non sono politiche riformatrici e cadono nel paradosso di voler cambiare ma senza riformare che è quello che il ministro ci ripete ad ogni occasione.

Le seconde invece per forza devono essere politiche riformatrici e per questo devono uscire dal paradosso delle *trivial policy* e ribaltare il rapporto tra riforme e cambiamento, quindi per esse vale lo slogan “riformare per cambiare”.

Non si può cambiare il mondo senza riformarlo, chi sostiene il contrario non è credibile nel senso che alla fine il mondo con qualche aggiustamento gli va bene così come è.

IL PROGRAMMA DEL MINISTRO GRILLO

Con il suo programma-sanità il ministro Grillo ha scelto la strada dell'ossimoro, cioè, da una parte si dichiara parte di un “governo per il cambiamento”, dall'altra, cioè in sanità, rifiuta deliberatamente qualsiasi cambiamento riformatore, cioè, qualsiasi cosa seriamente candidata a produrre un cambiamento vero e duraturo.

Secondo me, il programma pur contenendo come è ovvio molti spunti interessanti e molte buone intenzioni, riduce l'idea di cambiamento a qualcosa di banale, di troppo semplificato, di superficiale, quindi a qualcosa non solo destinato a non essere efficace ma con il rischio di essere nel tempo perfino dannoso alla stessa sanità pubblica. Non si tratta solo per ragioni di inesperienza, di “farla facile” ma quel che è peggio si tratta di chiudersi dentro un orizzonte di amministrazione dello status quo che è esattamente l'errore fatto in questi anni dal PD ma anche l'errore politico di un riformismo sanitario incompleto, parziale, approssimativo.

Per cui tutto quanto scritto e sostenuto a proposito di “pensiero debole” di “riformista che non c'è” vale in tutto e per tutto tanto per il PD che per il programma del ministro Grillo.

Con questo programma, anche questo ministro, resta nell'ambito del “pensiero debole” della sanità e

si propone esattamente, come chi l'ha preceduto, cioè “il riformista che non c'è” di turno.

Il programma del ministro Grillo dimostra, senza tema di smentita, che riformare la sanità è difficile, che le idee di riforma non si trovano nell'orto dietro casa, che le idee di riforma non si costruiscono dalla mattina alla sera, e che chi non sa riformare si difende da chi vuole riformare, negandolo, cioè negando la necessità primaria di cambiare nel tentativo di amministrare quello che c'è, e che il cambiamento è prima di ogni altra cosa non una questione di rapporto tra la realtà/possibilità ma è una questione di rapporto tra la realtà/concepibilità.

Se per il ministro Grillo è, come a me pare, inconcepibile avere una sanità “altra”, una medicina “altra”, un lavoro “altro”, una cura “altra”, un cittadino “altro”, dei servizi “altri” rispetto a quello che c'è, anche se quello che c'è cade a pezzi, allora per lei, non sarà mai possibile riformare un bel niente, al massimo si potrà permettere, come dimostra il suo programma, una “romanella” cioè di imbiancare la casa per appigionarla meglio.

Esattamente come è stato fatto sino ad ora. Non è difficile prevedere come andrà a finire: non ha senso imbiancare la casa quando la casa cede nelle sue fondamenta, cioè quando i muri si crepano, e entra acqua dal tetto.

Il guaio, non per il ministro Grillo, ma per tutti noi è che la sanità senza seri interventi di riforma è destinata inevitabilmente a soccombere.

La “quarta riforma” non è un vezzo intellettuale di qualcuno o peggio una idea fissa campata per aria, cioè non è, una teoria, ma è una necessità non rinviabile di questo sistema e che nasce da uno studio approfondito dei suoi problemi. Da essa dipende il futuro dei diritti, la qualità della vita della nostra popolazione, la sopravvivenza del nostro sistema universalistico, la possibilità di fare una nuova medicina, la possibilità di andare avanti senza essere costretti con le mutue a tornare in dietro.

Come si fa a giudicare un programma? C'è solo un modo per giudicare un programma, valutare il suo grado di pertinenza nei confronti della realtà che si vuole governare. Un programma “in-pertinente” non solo è un programma inefficace ma dannoso. In sanità si ha l'abitudine di valutare solo gli effetti

di quello che la politica fa (leggi è quanto altro) ma mai di valutare gli effetti di quello che la politica non fa ma che dovrebbe fare.

IL DIVARIO TRA PROBLEMI E SOLUZIONI

I più grandi problemi della sanità e riconducibili a parole chiave come “sostenibilità” “sfiducia sociale” “crisi” ecc nascono più da quello che non si è fatto che da quello che si è fatto. Cioè nascono dalle grandi omissioni e invarianze del sistema quelle che la politica, cascasse il mondo, per qualche ragione non mette mai in discussione.

Se assumiamo per esempio i problemi di questa società, i problemi del sistema, i problemi del lavoro, quelli della medicina, delle professioni, oltre naturalmente a quelli finanziari, quali riferimenti della realtà, il programma proposto dal ministro Grillo tradisce un grado di pertinenza molto basso. Per esempio è vero che le liste di attesa sono un grande problema per la gente, e va comunque apprezzato quello che il ministro tenta di fare per risolverlo, ma è altrettanto vero che il contenzioso legale e il fenomeno della medicina difensiva ci dicono che i più grandi problemi la gente ce l’ha altrove, nei servizi, nei loro modelli anacronistici, nel genere di cura e di medicina che viene praticata, nella crisi delle professioni, nelle vecchie organizzazioni che non cambiano mai, ecc.

È vero che bisogna qualificare controllare e valutare i direttori generali, per altro una cosa non nuova, già avviata dai precedenti governi, ma è altrettanto vero che in Campania per esempio i Dg hanno sempre lavorato in piano di rientro, cioè non hanno mai fatto per davvero i Dg, cioè che sui dg non si possono fare i ragionamenti del “castigamatti” usando il pugno duro senza prima decidere che azienda vogliamo perché quella che abbiamo è fallita, senza decidere quale governance, cioè senza sciogliere quel nodo che esiste, dal 1992, (anno di istituzione delle asl) e che è la definizione del rapporto tra gestione e politica.

Fare il muso duro ai dg abituati ad attaccare l’asino dove vuole il padrone, è facile ma mettere fine al ‘regionalismo’ che ha impiegatizzato i dg e affermare un vero regionalismo è molto più difficile di quello

che si crede. Il ministro, sulla situazione decadente delle aziende, non ha detto una sola parola.

Anche la questione del Riordino Agenzie nazionali ed Iss... Cosa molto giusta ma riordinare degli istituti centrali significa riordinare la funzione centrale dello Stato, ma come è possibile fare questo se non si mette fine agli effetti disastrosi del titolo V? Cioè se non si dice un bel No al “regionalismo differenziato”. Fa molto effetto azzerare il consiglio superiore della sanità e rinnovare i consiglieri ma prima di rinnovare le persone sarebbe stato bene chiarire il ruolo del css, i rapporti con l’iss, il suo ruolo, la sua funzione e prima ancora di tutti decidere se mantenerlo o chiuderlo dal momento che sono anni che questo organismo è sotto-utilizzato, negletto, impiegato su stupidaggini, il più delle volte per parare le terga ai direttori generali del ministero della salute. Che cambiamento è quello di cambiare le persone ad invarianza di contraddizioni?

UN BASSO GRADO DI PERTINENZA

Insomma, per non farla lunga, se dovessi confrontare il programma del ministro Grillo con i grandi problemi della gente, con le grandi crisi in atto nel sistema, che riguardano la medicina e le professioni i servizi, e se dovessi confrontare tale programma con i grandi problemi funzionali del sistema sanitario, (ospedali, territorio, medicina convenzionata ecc) e ancora se dovessi confrontare il programma con le cose che bisognerebbe fare da anni e non sono mai state fatte, viene fuori che il suo grado di pertinenza è bassissimo. Cioè è irrealista.

Il programma è una lista di spot (le violenze ai medici, per esempio, la trasparenza, il super ticket, i medici, l’educazione sessuale nelle scuole ecc.) e nello stesso tempo è come se mettesse fuori gioco tematiche ossessive del passato come l’appropriatezza, la sostenibilità, e un mucchio di altre cose. Il problema è che un programma non si decide in ragione degli spot ma in ragione dei problemi da risolvere.

Personalmente relativamente al programma di governo del ministro Grillo che altro non è che un condensato di quello del M5S sono stato colpito: dalla sua assoluta continuità con le logiche e le politiche sin qui fatte sulla sanità dal Pd, nel senso che

siamo al “se non è zuppa è pan bagnato” questo vale per i patti per la salute per gli stati generali per i criteri di allocazione e un mucchio di altre cose, dal vecchio vizio di dire “tutto va bene ma solo se ci sono i soldi”, dimenticando che in sanità ci sono cose che dovremmo cambiare e basta

Quindi personalmente considero il programma di governo del ministro Grillo un grande problema per i ministri economici e finanziari del governo che dovranno assegnare un mucchio di risorse alla sanità ma senza avere nessuna contropartita di riforma. Hai voglia dire che bisogna superare gli sprechi, oltre gli sprechi ci sono le anti-economie le grandi diseconomie sulle quali il programma non dice niente. Insomma il punto debole del programma del ministro Grillo è di proporsi nei confronti delle politiche economiche del paese, come qualcosa che accrescerà la spesa ma senza dare a questa crescita delle compensazioni convincenti.

Per cui è altamente probabile che qualunque ministro delle finanze, alla richiesta del ministro della salute di incrementare solo la spesa sanitaria, risponderà almeno con un de-finanziamento.

La cosa che sfugge totalmente alle *trivial policy* del ministro Grillo è che oggi le riforme servono per fare soldi e i soldi servono per finanziare il Fsn. Ma da questo punto di vista il ministro si è presentata all'appuntamento con la legge di bilancio completamente a mani vuote nella speranza che siccome certe cose sono scritte nel contratto di governo bisogna farle.

Come era ovvio le cose sono andate, soprattutto nei confronti dell'Europa, in un altro modo. Quello che sta scritto nel contratto di governo alla fine è sempre relativo alla sua fattibilità concreta.

Insomma rilancio lo slogan “*riforme come soldi e soldi come riforme*”. Il punto debole del programma del ministro, è che la sua attuazione necessita di una crescita della spesa ma senza contropartite stabili e strutturali. Cioè quel programma non governa la natura incrementale della spesa sanitaria. Alla fine per quanto mi riguarda anche il governo Conte come i governi precedenti, alla sanità, con la legge di bilancio, ha dato la solita mollichella.

Dove è finito il cambiamento?

IL MARGINALISMO DEL MINISTRO GRILLO

La caratteristica di fondo della *trivial policy* del ministro Grillo è il marginalismo la sub-razionalizzazione e la facile moralizzazione.

Con questo termine sub razionalizzazione definisco la riproposizione minimalistica della logica della legge 229 che ricordo è quella del Pd più esattamente della Bindi molto condizionata al tempo dall'Emilia Romagna.

La cosa comune tra la 229 e il programma del nuovo ministro è il presupposto che lo status quo può essere migliorato, quindi tesi della manutenzione, ma non cambiato. La differenza è che mentre la 229 era una legge a scala di sistema e che puntava a riproporre il sistema in quanto tale, il programma del ministro Grillo è puntiforme, incoerente, nel senso che non definisce tutte le inter-connessioni che esistono tra i problemi, quindi concepito a spot.

Il marginalismo e la sub razionalizzazione è una politica ampiamente inadeguata. I tagli lineari e il de-finanziamento hanno praticamente dimostrato che liberare risorse dal sistema per esempio con la razionalizzazione dello status quo, non basta a garantire la sostenibilità.

La vera sfida è ridurre strutturalmente la ‘costosità’ del sistema, quindi insistere a razionalizzare uno status quo regressivo, invecchiato, non adeguato ai bisogni sociali è una politica perdente perché è inevitabilmente a insostenibilità crescente

Ma nel programma del ministro Grillo la cosa che impressiona sono le dimenticanze e le omissioni. Caspita non una parola sulla grande offensiva sferzata dal neoliberismo al servizio pubblico. Non una parola sul welfare aziendale, sui fondi sanitari sulle mutue sostitutive e al problema degli incentivi finanziari volti a sostituire quote crescenti di sanità pubblica con sanità privata. Nel documento di programma (comma 21) c'è scritto che il sistema pubblico sarà pubblico e sarà finanziato “prevalentemente” con lo strumento fiscale, ma cosa vuol dire prevalentemente? Vi è per caso la possibilità di finanziare la sanità pubblica anche in altro modo e con altre forme?

Ma tutto questo cioè tutte le omissioni e le dimenticanze, cosa vogliono dire che il mandato del mi-

nistro Grillo si ridurrà ad eseguire meccanicamente solo ciò che è scritto nel programma? Cioè tutto quello che per ovvi motivi esorbita dal programma non sarà preso in considerazione?

Di questo sono molto preoccupato perché, se il ministro Grillo si pone come una sorta di “*impiegata del programma*” e nulla di più, allora vuol dire che, ad esempio alcune spinte interessanti verso un pensiero riformatore che stanno maturando nel sistema, saranno ignorate. Ricordo la proposta di Trento di riforma della deontologia, la proposta della Cimo e dell’Anao di ripensare le forme della contrattazione, ricordo la Fnomceco e gli stati generali programmati nel prossimo anno, ecc.

Il programma presentato dal ministro Grillo è molto coerente con una idea di trivial policy, esso è tagliato sull’ordinario ma non perché di questo ha bisogno la sanità ma perché solo questo il ministro Grillo può permettersi.

Mi piace chiarire, in questa circostanza, che per quello che mi riguarda, pur criticando il programma del ministro Grillo e pur dichiarandomi in dissenso con la sua trivial policy, non sono né un nemico del governo Conte, e meno che mai un detrattore del M5S, con il quale, in questi anni, ho proficuamente collaborato. Sono un intellettuale, credo ben informato, con un bel po di esperienza sulle spalle, che combatte, da mezzo secolo, contro il “pensiero debole” le politiche marginaliste, le trivial policy, che uccidono i diritti e che, a mio avviso e mio malgrado, caratterizza purtroppo, dalla prima all’ultima parola, programma sulla sanità del governo.

Chiarisco ancora, che, per quello che mi riguarda non ho cambiato idea rispetto a quanto ho pubblicamente scritto e che ribadisco: con il governo Conte, quindi con la discontinuità che esso rappresenta, per la sanità si è aperta una grande possibilità di rinnovamento, di cambiamento, per il paese. Possibilità, tuttavia, come dimostra il programma del ministro Grillo, tutt’altro che scontata.

Il programma del ministro Grillo, è una estensione molto annacquata delle politiche sin qui fatte dal PD tutte all’insegna di una superficiale razionalizzazione e moralizzazione dell’esistente.

Il ministro ci dice ad ogni piè sospinto che dobbiamo “invertire la rotta” ma poi ci propone la solita rotta

e più precisamente il piccolo cabotaggio. Da una parte avremmo bisogno di un “pensiero forte” ma poi, dall’altra, ci propone un “pensiero debole” mutuandolo da chi l’ha preceduta.

Insomma il paradosso è che il ministro della salute assomiglia più ad un ministro PD che ad un ministro M5S.

CAMBIARE IL PROGRAMMA

Immagino che il ministro Grillo non sarà contenta di quello che scrivo ma considero mio dovere fare il mio mestiere di “riformatore” con onestà intellettuale e come “riformatore” considero la critica uno strumento essenziale per cambiare il mondo. Quindi pretendo dal ministro Grillo che la mia critica non sia considerata “ad homine” cioè contro la sua persona come i suoi predecessori l’hanno sempre considerata. La critica al PD, ad esempio, era sempre considerata contro il PD, contro L’Emilia Romagna, contro l’assessore dell’Emilia Romagna e alla fine contro Dio.

Non ho nulla personalmente contro la Grillo dico solo che se lei ha dei limiti deve sforzarsi per il bene di tutti, compreso del suo movimento, di rimuoverli non di conservarli.

Si faccia aiutare, si apra al pensiero, convochi al suo ministero le idee, istituisca commissioni di studio. Non regge l’idea di adattare i problemi alle proprie possibilità se le possibilità per un mucchio di ragioni sono poche allora la sanità sarebbe destinata a morire per i limiti della politica non perché è insostenibile come dicono i neoliberisti. Per quello che mi riguarda sono pronto a dare una mano. La sanità viene prima. Le trivial policy in sanità non solo non hanno futuro ma ci fanno più male del neoliberismo. Se al contrario il ministro ritiene sensato cambiare le solite politiche sulla sanità si organizzi in tal senso, acquisisca ciò che le serve, mobiliti le risorse disponibili.

Quindi proprio perché non ho nulla di personale nei confronti del ministro Grillo pongo con forza il problema politico di *cambiare il programma* perché quello propositoci è visibilmente inadeguato”. Dico, in modo chiaro e tondo, che a me non interessa null’altro che il programma. Siccome quello del governo lo ritengo inadeguato penso che sia mio do-

vere dirlo pubblicamente e, naturalmente, nei limiti delle mie possibilità, fare in modo di cambiarlo nell'interesse della sanità pubblica certo ma anche in quello di questo governo e dell'interesse generale del paese. Chiaro?

Con le trivial policy non si inverte un bel niente e men che mai si "mettono al centro" "i diritti" delle persone. Plausibilmente si farà solo un po' di manutenzione e un po' di moralizzazione. E la sanità sarà "come prima e più di prima".

MA PERCHÉ IL PROGRAMMA VA RIPENSATO?

Il ministro Grillo ha commesso lo stesso errore che da decenni tutti i ministri della sanità hanno commesso, solo con qualche rara eccezione, che è quello di proporre un "programma" ma senza giustificarlo con una vera analisi politica. Nelle nostre passate collaborazioni soprattutto con il M5S ho insistito molto su questo punto. Oggi anche il ministro Grillo ci propone delle cose sulla sanità ma omettendo:

- di fare un bilancio su 40 anni di riformismo per capire almeno come siano andate le cose, gli errori fatti (che sono tanti), le cose non fatte e che avremmo dovuto fare (che sono pure tante) e i problemi tanto di attuazione che di applicazione delle riforme varate (che mi creda sono anche queste tanti),
- di fare il punto non solo sulle contraddizioni prioritarie ma sulle loro relazioni perché sanità e complessità sono praticamente la stessa cosa.

Ci si propone un "programma", quindi delle priorità di intervento, a mio parere anche utili, ma anche, alla luce dei fatti, molto arbitrarie e ingiustificate, che se si facesse una rigorosa ricognizione delle questioni reali sul tappeto, alcune di esse sicuramente risulterebbero secondarie per quanto, nello specifico, importanti. L'abolizione del super ticket l'ho detto tante volte, con le controriforme in essere, non è una priorità da mettere al primo posto.

Facciamo un esempio. Abbiamo una emergenza a scala di sistema che si chiama "questione medica" e "medicina amministrata" e che rischia di danneggiare i cittadini offrendo loro una medicina semplicemente peggiore cioè ridotta a puro proceduralismo. Per essere più chiari: stiamo rischiando, grazie a certe logi-

che applicate alla sanità di compromettere la medicina ippocratica che ha, per postulato, l'interesse primario del malato ad essere curato secondo necessità.

Le lista di attesa, che è un problema importante rispetto alla medicina amministrata, è acqua fresca. Stessa cosa per l'intramoenia. Con tutti i casini contrattuali dei medici l'intramoenia che, lo riconosco, rappresenta una grande contraddizione da rimuovere, rispetto alle vere emergenze sanitarie, è l'ultimo dei problemi. Non si immagina, in quale pantano ci si troverà nel momento in cui l'intramoenia sarà rimessa in discussione. Essa è nata tanti anni fa sulla base di un compromesso davvero storico: lo Stato paga il medico di meno e nello stesso tempo gli permette di fare la libera professione.

Non dico di comparare le retribuzioni dei medici a scala europea che, soprattutto dopo la drammatica erosione delle retribuzioni di questi anni, per i medici italiani è tutt'altro che esaltante, ma chiedo solo: i soldi per pagare il medico di più ci sono? Perché se non ci sono, conviene lasciar perdere. Ma a parte i soldi tutti sanno che l'intramoenia, nelle intenzioni di chi l'ha introdotta nel '99, aveva a che fare con l'esclusività del rapporto di lavoro con il pubblico quindi era un modo, giusto o sbagliato che fosse, per regolare, a vantaggio del pubblico, il rapporto con il privato. Avete una idea diversa dall'intramoenia, per regolare i rapporti tra pubblico e privato? Se questa idea non ce lasciate perdere.

Non sto dicendo che l'intramoenia sulla quale si sono appuntate le attenzioni del ministro Grillo, sia giusta, ribadisco di magagne ne ha tante, ma solo che per cambiarla bisogna risolvere in altro modo tutti i problemi in ragione dei quali essa è nata.

Cioè essa non si può cancellare tout court. Senza considerare che, la semplice sua abolizione, costerebbe alle aziende un bel po' di denaro dal momento che finirebbe il "pizzo" con il quale, parte dei proventi dell'intramoenia vanno al sistema pubblico. Non voglio essere frainteso, sto dicendo solo di non farla troppo facile. In sanità di facile praticamente non c'è niente.

SANTE PAROLE QUELLE DI PARTIRE DAI DIRITTI

"Mettere i diritti dei cittadini realmente e concretamente "al centro" delle politiche di salute pubbli-

ca”, come dice il ministro Grillo, “è un dovere da cui non intendo sottrarmi”.

Sante parole. Un vero cambio di postulato, Ma al di là della retorica, ci si rende conto cosa implica cambiare il postulato, cioè decidere sulla sanità non a partire dai problemi degli amministratori, come è stato fatto sino ad ora, ma a partire dai diritti?

Faccio l’esempio della deontologia di Trento. Il semplice fatto di aver assunto il cittadino/malato quale archè (principio generatore) ha sconvolto di sana pianta la tradizionale deontologia medica che ha sempre considerato il medico e solo il medico un archè.

Questo vale per tutta la politica sanitaria. Il cambio del postulato implica quindi una riforma. Lo ripeto non basta imbiancare meglio la casa per appigionarla. Non è così. Per mettere al centro i diritti, per quanto potrà sembrare assurdo, ci vuole un cambio di paradigma.

La visione vecchia e superata dei diritti che traspare dalle trivial policy del ministro, preclude strade politiche di grande interesse, le stesse strade che, al contrario, a Trento, sono state seriamente prese in considerazione e che riguardano:

- i diritti dei cittadini ma anche i loro doveri,
- la pattuizione sociale tra gli operatori e i cittadini,
- la possibilità di rinnovare il contratto sociale tra società e sanità da ripensare su base affidataria e fiduciaria.

Insomma, per avere una *reform policy*, non basta parlare di diritti bisognerebbe chiarire come si intende invararli nel terzo millennio perché quelli ai quali in genere si allude, cioè l’art 32 della Costituzione, sono stati scritti nel 1947. Oggi un grande problema che abbiamo tra i tanti, è riconfermare l’art 32 della Costituzione ma nello stesso tempo ricontestualizzarlo. Il tempo del giusnaturalismo, penso alla riedizione di un insipido piano per la prevenzione redatto dal precedente governo, è a dir poco anacronistico. Oggi siamo al trionfo del *giuspersonalismo* ma di queste problematiche nelle trivial policy non c’è alcuna traccia. E poi la grande sfida resta il rapporto tra diritti e spesa pubblica. Come renderli compossibili?

MA QUANTI SOLDI SERVONO?

A tutt’oggi, nonostante tante dichiarazioni di buona volontà, nonostante la discussione sulla legge di bilancio, tutti noi non sappiamo ancora quanti soldi servono per attuare il programma del governo sulla sanità. Oggi trovare i soldi per la sanità non è facile. Non lo è mai stato ma oggi in particolare è una vera impresa politica. In questo contesto economico finanziario, ripeto in questo contesto non in un altro, bisogna offrire alle politiche finanziarie delle contro-partire, quali contropartite? È possibile rifinanziare un sistema che potrebbe con riforme oculate costare strutturalmente di meno? Quanto valgono gli sprechi di cui si parla?

Il programma sulla sanità del ministro Grillo non da risposte a queste domande per cui è possibile che, la tarantella continui anche con un governo diverso da quello che l’ha preceduto: siccome esistono gli sprechi e non è giusto rifinanziarli, ma siccome non sono quantificabili ante oculus allora devo ipotizzarne il costo, tale ipotesi di costo dovrà essere detratta dal finanziamento complessivo. Questa è la logica del de-finanziamento. Il richiamo ai patti per la salute ha questo significato. Concordare i modi per de-finanziare la sanità.

A questo punto, la sanità avrà il suo contentino e la differenza tra un ministro del Pd e un ministro del M5S sarà del tutto cancellata. Siccome nella logica della trivial policy tutto dipende dai soldi bisogna pregare il padre eterno che la sanità abbia il maggior numero di risorse, altrimenti il programma del ministro Grillo non varrà niente.

Ma vi rendete conto cosa vuol dire questo? Vi rendete conto a quali rischi ci espongono le trivial policy? Capite o no quando vi dico “*riforme come soldi e soldi come riforme*”?

Eppoi su alcune cose, un governo come quello che abbiamo, non può tacere. Personalmente credo che programma o non programma su certe cose bisogna essere chiari netti e inequivocabili:

- no agli incentivi fiscali a sistemi di tutela concorrenti con quello pubblico
- no alle false mutue integrative
- no al regionalismo differenziato
- sì ad un sistema pubblico finanziato integralmente con il fisco

■ no al sistema multi-pilastro

Ma su tutte queste cose tutti muti compreso il ministro Grillo. Noi vorremmo sapere da questo governo cosa intende fare per mettere fuori gioco il neoliberalismo che sta avanzando inesorabilmente (self reinforcing) mettendo il privato in competizione con il pubblico?

Quindi invito il ministro Grillo a confrontarsi con la critica non a demonizzarla. Il suo programma non va. Punto. Dalle trivial policy è necessario passare alle reform policy.

Perché? Perché da prima che nascesse, il ministro Grillo la sanità ha bisogno di invertire rotta. Fino ad ora non ci siamo riusciti, soprattutto ostacolati a sinistra, dai progressisti, la stessa sinistra di governo sconfitta alle ultime elezioni, e che ha fatto il titolo V, l'azienda manifatturiera, la medicina amministrata, i riordini regionali, il de-finanziamento, la mobilità dei malati dal sud al nord, che ha chiuso i punti nascita, che ha ospedalectomizzato il sistema, la stessa, che, in questi anni, è stata a capo di tutte le più importanti istituzioni sanitarie del paese. La stessa che ha avuto il potere, perché a capo di qualcosa, di ridurci a come siamo ridotti. Quella che oggi vuole il regionalismo differenziato ecc.

CAMBIARE E RIFORMARE

Una sinistra che non sa riformare non è una sinistra; un movimento che vuole cambiare senza riformare è solo una forma di protesta; una lega che si limita a trasferire poteri da una istituzione all'altra non è federalista come dice di voler essere.

Ufficialmente sono 32 anni che mi batto per fare una riforma della sanità.

Gli anni in realtà sono di più ma sono calcolati convenzionalmente a far data dalla pubblicazione del primo libro che ha posto pubblicamente il problema del superamento del paradigma giusnaturalistico e mutualistico della tutela. Che ricordo è il 1986.

32 anni di battaglie ma anche di incomprensioni, di frustrazioni, di sordità, di rifiuti e di costante marginalizzazione, di rivalità e anche di invidie.

A chiacchiere tutti sono aperti e splendidi ma poi o per una ragione o per l'altra, la meschinità sotto diverse forme viene fuori e gli ideali si fanno da parte. Parlare di riforme oggi in un momento in cui la si-

nistra paga il prezzo di uno smarrimento di identità, e la lega e il M5S sono all'inizio di una difficile e inedita esperienza di governo, è difficile ma non impossibile.

Per me essere di sinistra, appartenere al M5S e alla lega vuol dire in sanità essere un riformatore sia rispetto ai grandi problemi da affrontare sia nel segno di valori inconfutabili come quelli impliciti nell'art 32 della Costituzione.

La sinistra che come l'Emilia Romagna fa controriforme nel senso che contravviene ai suoi storici valori di riferimento o il M5S che non ha uno schema strategico e interviene sui problemi più semplici a spot e la lega che spinge irragionevolmente sul regionalismo differenziato, sono forze politiche che, rispetto ai loro ideali di riferimento, hanno tutte grossi problemi assiologici. Cioè tutte hanno dei problemi nel definire i canoni interpretativi della sanità. La sanità per tante ragioni è una cosa molto complicata e molto complessa. La politica per lo più la sanità nella sua estensione la conosce poco, molto poco ed ha sempre visioni parziali.

La sanità per me deve essere compossibilista nel senso che è suo dovere trovare le soluzioni di coesistenza tra valori diversi come quelli dell'economia dell'etica e della scienza, se valori, sui non valori tanto la sinistra che il M5S e la lega dovrebbero essere oppositivi. Per far coesistere le cose bisogna rimuovere le contraddizioni che esistono tra loro. Solo rimuovendo le contraddizioni tra economia etica scienza società è possibile ottenere due risultati: ridurre i costi del sistema e aumentarne le qualità.

A me piacerebbe intanto proporre tanto alla sinistra che al M5S e alla lega un modo nuovo di ragionare sulla sanità un modo compossibilista che vada oltre il compatibilismo di questi 40 anni

La sanità che non riesce ad essere compossibilista e si riduce ad essere compatibilista prima o poi, si troverà in contraddizione con se stessa perché a forza di adattarsi a limiti di ogni tipo, si troverà a negare il suo proprio orizzonte assiologico.

DALLA COMPATIBILITÀ ALLA COMPOSSIBILITÀ

La compossibilità è per definizione un pensiero riformatore.

In sanità proprio dalla sinistra sono venute le cose peggiori perché in sanità la sinistra è affogata nel proprio compatibilismo negando se stessa cioè non è stata in grado di difendere il suo patrimonio riformatore con altro patrimonio riformatore. Se la riforma è un capitale la sinistra in sanità non si è ricapitalizzata al contrario si è sempre più impoverita fino a diventare altro da quella che avrebbe dovuto e potuta essere.

È la prassi, cioè quanto concorre a definire l'attività pratica come presupposto o complemento di una idea, a garantire effettivamente l'idea riformatrice. Una idea riformatrice inconseguibile non serve a niente.

E' pragmaticamente la nostra linea operativa nell'ambito di uno status quo che decide se quello che facciamo sia o no un pensiero di riforma. Essere dei riformatori significa rigore intellettuale, dovere di critica perché senza la critica il mondo non cambia, senza la critica il mondo viene assolto nelle sue aporie, nelle sue contraddizioni, nei suoi errori, nei suoi abusi.

Al dovere di critica deve corrispondere il dovere dell'ideazione cioè il dovere di produrre un pensiero per migliorare o cambiare il mondo. Una critica che non produce proposte è sterile come una terra dalla quale non nasce niente. Quindi deserto. Una forma di critica che non produce niente è l'apologia molto

cara alla sinistra radicale, la mera difesa dei valori come opposizione al cambiamento. L'apologia è deserto nel momento in cui la critica per difendere qualcosa dimentica di agire sul mondo che cambia quindi finisce per essere a sua volta governata da un cambiamento più grande.

Essere riformatori in sanità, nel quadro dei valori dell'emancipazione dell'uomo dalla sua caratteristica condizione di caducità, di finitudine, di fragilità, di vulnerabilità, vuol dire prima di tutto partire dall'art 32 quindi dalle basi normative che abbiamo, dalle riforme che abbiamo fatto. Per criticarle ma anche per svilupparle.

Essere riformatori significa amare l'uomo essere solidale con la sua condizione umana, considerare l'uomo come l'archè di tutto quello che si fa che si pensa o che si critica. La riforma in sanità è amore verso l'uomo, la persona, il malato, il più debole il più sfortunato. Come ha detto Darwin, la civiltà ha inizio nel momento in cui il più debole diventa un valore generale cioè un valore per tutti. La civiltà muore quando il più debole è abbandonato a se stesso o è marginalizzato. Quando questo avviene vuol dire che il più forte prevale con il suo egoismo con il suo spirito individualista e con la sua arroganza. Il paradigma di riferimento del riformatore è l'obbligo morale di aiutare chi sta peggio.

Capitolo 2

Il regionalismo differenziato

SONO 40 ANNI che il governo nazionale della sanità si basa su un sistema amministrativo decentrato articolato in 3 livelli: lo stato centrale le regioni e le aziende (i comuni sono stati fatti fuori). Questa particolare forma di governo nonostante abbia avuto nel corso del tempo diverse reinterpretazioni (riforma del titolo V) a tutt'oggi mostra macroscopici problemi ma sino ad ora non è mai stata veramente ripensata. Oggi con il regionalismo differenziato si punta ad uscire dal decentramento amministrativo svuotando del tutto le competenze del governo centrale per riconoscere alle regioni una vera e propria autarchia cioè poteri esclusivi su materie importanti come il lavoro, le professioni, la formazione, i servizi i farmaci a rischio di essere indipendenti dalle leggi di principio dello Stato centrale.

Dietro all'operazione regionalismo differenziato si nasconde il rischio di un fatale cambio di paradigma cioè la rinuncia ad un sistema regolato dai diritti dalla giustizia dall'equità e l'adozione di un sistema regolato dal reddito e dalla concorrenza tra regioni in base al loro gettito fiscale.

Il regionalismo differenziato, insieme ai processi di privatizzazione in atto e di deregolamentazione di alcune ambiti fondamentali del sistema, costituisce il tentativo più serio e più pericoloso di mettere fine al SSN.

Nei confronti del regionalismo differenziato l'attuale ministero della salute, sino ad ora ha tradito incertezze, ambiguità, confusione, ma soprattutto "incompetenza", intendo per competenza non il sapere tecnico ma la conoscenza del sistema nelle sue interconnessioni.

Allo stato attuale cioè mentre scriviamo, la questione regionalismo differenziato è ancora aperta e suscettibile di essere, almeno per la sanità, governata con mediazioni al ribasso.

Tuttavia nella bozza di patto per la salute il ministro Grillo ha avanzato la proposta di anticipare il regionalismo differenziato solo per le regioni virtuose alle quali riconoscere maggiore autonomia e maggiore flessibilità nell'impiego dei fattori produttivi.

CHE COSA È IL REGIONALISMO DIFFERENZIATO?

Il regionalismo differenziato è per la sanità una pessima idea con la quale l'idea di autonomia è contrabbandata con quella di arbitrarietà e di autarchia. È una contro riforma con implicazioni costituzionali relevantissime.

Esso non è altro che una versione più radicale della vecchia idea di devolution sulla base della quale si decise, a suo tempo, la modifica del titolo V. Modifica che, alla prova dei fatti ha minato la governance del nostro sistema sanitario, lo ha reso molto meno sostenibile, molto meno equanime, molto meno efficiente di quello che avrebbe potuto e dovuto essere.

Rammento che per “devolution” si intende un provvedimento legislativo attraverso cui lo Stato centrale amplia le competenze legislative ed amministrative delle autonomie territoriali, conferendo loro nuove funzioni. In questo caso le nuove funzioni date per ora al Veneto sono tutte a scapito di quelle centrali. Quindi si tratta di una modifica strutturale dell’impianto istituzionale della nostra sanità. Sarà pure costituzionalmente consentito ma alla fine resta una contro riforma. Il regionalismo differenziato acuisce e non riduce le diseguaglianze che ci sono in particolare quelle tra nord e sud.

La ragione di fondo che sta dietro alla “neo devolution” o al regionalismo differenziato, è, tanto per cambiare, finanziaria. Il ragionamento è il seguente: siccome per la sanità mi dai sempre meno soldi e siccome per finanziare la sanità che ho, i soldi che mi dai, non mi bastano, riconoscimi almeno la possibilità di avere, rispetto ad essa, le mani libere per fare quello che mi conviene di più.

Questo ragionamento personalmente lo reputo sbagliato e pericoloso, perché:

- accetta passivamente la possibilità di essere sempre sotto-finanziato
- resta succube di una fraintesa idea di sostenibilità,
- in più, le regioni, oltre le ampie facoltà che già hanno con il titolo V, possono solo usare l’arbitrio per contro-riformare il sistema,
- è la negazione di un vero e sano riformismo,
- la sanità secondo me deve restare pubblica.

Ma questo ragionamento, con il governo Conte, perde politicamente di senso, perché nel suo programma, c’è scritto chiaro, che la sanità va rifinanziata. Se rifinanzio la sanità che bisogno c’è di dare più autarchia alle regioni con il rischio di compromettere le basi e l’unità del sistema?

Se, come dice il ministro Grillo la sanità sarà rifinanziata, che bisogno c’è di riproporre un super titolo V? Se come dicono in molti il “*regionalismo differenziato*” è in flagrante contraddizione con l’universalismo, il buon governo della sanità, chiedo ancora al ministro Grillo cosa aspetta, al fine di evitare la deriva delle diseguaglianze, a giocare di anticipo, e a mettere in campo un piano per mettere in sicurezza il nostro sistema pubblico?

Se il regionalismo differenziato come io credo vuole abbandonare il sud al suo destino cosa aspetta il ministro della salute, a mettere fine una volta per tutte al sotto-finanziamento del sud, alla tratta dei malati del sud a vantaggio delle regioni del nord, riponendo le quote capitarie con criteri più equi tarati su bisogni collettivi più realistici, su obiettivi e su risultati?

MI SA TANTO CHE STIAMO CEDENDO

Da quello che ho letto sui giornali, il ministro Grillo, avrebbe opposto alla proposta di legge sul regionalismo differenziato “*solo qualche appunto sul testo presentato ma solo per metterlo al riparo da eventuali ricorsi alla corte costituzionale*” il che farebbe intendere un atteggiamento politico da parte del M5S, sostanzialmente favorevole al provvedimento al punto da volerne financo garantire la perfetta riuscita. Sempre leggendo i giornali, ma anche facebook e qualche twitter veniamo a sapere che, il ministro Grillo, dopo aver incassato i chiarimenti che cercava ha voluto assicurare al lavoro di stesura del testo di legge la sua più ampia collaborazione.

Quindi mi pare di capire che il M5S, per una ragione o per l’altra, si stia calando le brache dando il via libera ad un provvedimento i cui problemi vanno ben oltre “i profili di incostituzionalità”. Anche se messo sull’avviso dei pericoli recentemente abbia deciso di mettere dei “paletti”.

Vorrei dire al ministro Grillo, che la verifica sulla costituzionalità del testo di legge sul regionalismo differenziato, avrei preferito che fosse affidata direttamente alla corte costituzionale e non solo al consulente di turno di palazzo Balbi perché non si tratta di valutare solo la liceità dell’art 116 e la sua conformità all’art.119 ma anche di valutare la legalità cioè la compossibilità non solo giuridica ma etica tra il regionalismo differenziato e un sistema di valori tutelati non solo in costituzione ma anche in altre leggi a partire ad esempio dalla 833 del 1978 e dalle riforme successive e da tutte le normative nazionali su lavoro professioni e contratti.

La liceità caro ministro Grillo di cui lei sembra preoccuparsi vale come il problema dell’ammissibilità della norma, la legalità di cui lei sembra non preoc-

cuparsi vale diversamente come conformità di un testo di legge alle tante prescrizioni previste da tante leggi diverse.

A parte questo, a lei che appartiene ad un grande movimento di moralizzazione del paese, mi permetta di rammentarle la distinzione di Kant tra “legalità” e “moralità”, cioè tra “norma giuridica” e “norma morale” quindi tra “accordo con la legge” e “dovere che deriva dalla legge” quale guida ai suoi comportamenti politici.

Sarebbe oltremodo immorale che un ministro 5 stelle dia il via libera ad una cosa formalmente lecita come il regionalismo differenziato ma facendo pagare ad esempio al sud, la crescita delle disegualianze, o facendo pagare alla gente il diritto all’universalismo magari permettendo alle regioni di deregolare le competenze, le prestazioni, le norme sulle professioni, o riducendo i contratti nazionali a contratti regionali, o alterando le norme sulla formazione.

Sarebbe immorale, soprattutto per un ministro 5 stelle, per quanto lecito dare delle potestà alle regioni per immiserire il ruolo regolatorio dello Stato centrale ma soprattutto le sue politiche eque e universalistiche.

Ministro Grillo, in due casi ho sollecitato il suo intervento per ristabilire la legalità (QS 2 gennaio 2019/QS 14 gennaio 2019) ma non ho avuto segnali di risposta. Lei ignorando i soprusi che le regioni stanno mettendo in piedi ancor prima di approvare la legge sul regionalismo differenziato sta dimostrando di approvare questa legge anzitempo cioè prima ancora della sua formalizzazione.

Questo, trattandosi di sanità pubblica, è tanto illegale quanto politicamente immorale.

Lo sa o no, che se lei come ministro della salute non si preoccuperà di chiarire cosa in sanità “non può essere differenziato” e “cosa deve restare uguale per tutti” lei e il suo movimento si renderà responsabile della più grave controriforma alla sanità pubblica?

CHIEDO SPIEGAZIONI

Non ho mai negato i problemi denunciati dalle regioni ho sempre sostenuto che il regionalismo differenziato non è la soluzione giusta, ma nello stesso

tempo ho sempre avuto chiaro in testa l’alternativa possibile.

Quale è la soluzione “altra” che il ministro Grillo propone, a parte conformarsi come mi pare stia facendo, al testo di legge del ministro Stefani? Perché è evidente che tutto dipende dalla qualità della mediazione. Se il ministro si presenta a mani vuote e, da quello che ho letto mi pare che sia effettivamente a mani vuote, l’unica cosa che può fare è calare le brache. Per me esiste una mediazione possibile (QS 29 ottobre 2018) ma non mi pare che la discussione abbia riguardato una qualsiasi mediazione possibile. Anzi da quel che leggo siamo arrivati ai saldi.

Chiedo al ministro Grillo con il dovuto rispetto che ci sia spiegato:

cosa significa ad esempio che le tre regioni che chiedono il regionalismo differenziato possono “superare il blocco delle assunzioni” e le altre, cosa faranno? Cosa vuol dire “concedere maggiori spazi di manovra nell’ambito dell’organizzazione sanitaria”? Cioè quali possibilità e quali limiti. Senza venire meno ad un dovere di universalità?

Cosa vuol dire dare al Veneto 80 milioni di euro all’anno assicurandogli l’8% del miliardo di euro dedicato al fondo nazionale per l’edilizia sanitaria?

Cosa vuol dire che per la mobilità sanitaria bisogna trovare dei “correttivi” e che le regioni del regionalismo differenziato devono “aiutare quelle in difficoltà”? Ma quando mai le regioni forti hanno aiutato quelle deboli? Ma poi davvero lei crede che il sud si aiuti con la carità del nord?

Ricordo al ministro Grillo che in commissione sanità della camera i deputati del M5S hanno avanzato una proposta per riformare i criteri di riparto, mi chiedo perché questo problema non sia stato oggetto di discussione con il ministro degli affari sociali? O i giornali hanno dimenticato di menzionarlo?

Mi fa impressione leggere su facebook quanto ha postato il ministro Stefani: “ grazie Giulia. Massima collaborazione per fare il miglior lavoro possibile a servizio delle regioni”. Al servizio delle regioni? Le regioni in un regime di decentramento amministrativo sono al servizio dello Stato. Il miglior lavoro possibile va garantito a servizio dello Stato. È ancora di questa idea il nostro ministro della salute? Siamo a servizio delle regioni o dello Stato?

Sappia il ministro Grillo che se il regionalismo differenziato passerà, il suo ministero varrà ancora meno di quel poco che vale oggi. Ma questo sarebbe poco male. Dal momento che se lo Stato non conta niente allora vorrebbe dire che in sanità si torna al far west. È questo che vuole il M5S?

Mi sarebbe piaciuto

Non nego che le mie preoccupazioni sul regionalismo differenziato siano cresciute dopo l'apertura del ministro Grillo nei confronti del testo di legge. Spero naturalmente di sbagliarmi. Vedremo cosa voglia dire per il M5S mettere dei paletti.

Mi sarebbe piaciuto che:

- il ministro ponesse prima di tutto come condizione pregiudiziale al regionalismo differenziato l'apertura di un dibattito nella sanità. Non si possono ignorare gli operatori e i cittadini. Fa impressione rendersi conto quanto poco democratico sia il percorso in atto sul regionalismo differenziato. Si parla di fare il referendum sulla tav e su una riforma della costituzione a decidere sono quattro gatti
- sul regionalismo differenziato si dicesse a chiare lettere che tutto è devolvibile ma la sanità no perché la sanità è un patrimonio della nazione e deve rimanere tale
- fossero rappresentati da un ministro 5 stelle prima di ogni altro le ragioni dei più deboli non quelle più forti. Difendere i forti condannando i deboli è ingiusto. I referendum per avere il regionalismo differenziato non può farli solo chi ci guadagna ma su questi referendum deve pronunciarsi chi ci perde cioè prima di tutto il sud.

Mi sarebbe piaciuto che proponendo il terreno della mediazione il ministro Grillo chiarisse poche cose:

- I contratti restano nazionali
- Le norme sui profili non si toccano
- Le norme sulla formazione restano nazionali
- I ruoli professionali sono un affare nazionale
- Il Ssn resta un Ssn e non una somma di servizi sanitari regionali

Personalmente spero che tanto il ministro Salvini che il ministro di Maio prendano in mano la faccenda del regionalismo differenziato. Cioè spero che non la sottovalutino soprattutto dal punto di vista politico.

Nelle ultime elezioni il voto si è diviso a metà, il nord alla lega il sud al M5S.

Se non si sta attenti il M5S rischia di perdere con il regionalismo differenziato in sanità i consensi del sud, la lega invece rischia di restare un partito del nord senza poter diventare mai un partito nazionale. Perché mai un cittadino del sud dovrebbe votare lega dopo che la lega con il regionalismo differenziato ha favorito le regioni forti contro le regioni deboli?

Riflettiamo con calma sul problema, non facciamo le cose in fretta, la possibilità di definire una soluzione equilibrata esiste ed è praticabile. Coinvolgiamo la sanità nella ricerca delle soluzioni. Apriamo un dibattito.

LE DICHIARAZIONI POCO ASSENNATE DEL MINISTRO GRILLO

Il ministro Grillo sul regionalismo differenziato (QS 23 gennaio 2019) ha dichiarato che tra il rischio di una giungla normativa e il rischio di non erogare i servizi lei sceglie la giungla normativa come se fosse il prezzo da pagare per dare ai cittadini i loro servizi di diritto. A questa evidente assurdità rispondo:

no, caro ministro Grillo tra “*il rischio di una giungla normativa*” e quello di “*non erogare i servizi*” ci dovrebbe essere un ministro della salute capace di fare il suo mestiere con intelligenza, con onestà intellettuale, con spirito riformatore e soprattutto con coerenza nei confronti del mandato politico che ha ricevuto dai propri elettori, nell'interesse primario del suo governo e del suo paese.

Lei come ministro, se fosse un ministro, dovrebbe, prima di ogni cosa fare il suo dovere quindi proporci politiche adeguate per evitare sia la giungla normativa che la non erogazione dei servizi. Se non è il governo a farlo mi dica ministro, chi dovrebbe farlo? Che senso ha far fare alle regioni quello che dovrebbe fare lei come governo ma che non fa?

La mia impressione è che lei:

non abbia ancora capito che il regionalismo differenziato è la modifica del riparto costituzionale delle competenze in materia di salute tra Stato e regioni cioè è la rinuncia da parte dello Stato centrale quindi del governo di potestà legislative, senza le quali que-

sto sistema smette di essere universalistico non abbia ancora capito che l'autonomia differenziata consente l'attribuzione alle regioni di competenze statali relative ai principi fondamentali in materia di salute e ricerca scientifica e che grazie a questa attribuzione il SSN non ci sarà più

Lei ministro Grillo sta avallando la fine del SSN. Se ne rende conto o no?

Lei ministro ci ha mentito facendoci credere, in questi mesi, di essere contraria al regionalismo differenziato, quando risulta dalle sue stesse dichiarazioni che lei, senza nessun mandato politico da parte del suo movimento, quindi senza nessuna condivisione, è sempre stata favorevole a questa sciagurata contro riforma.

“Concordiamo assolutamente con questa direzione e sarà quella che cercheremo di seguire in questi anni di mandato governativo”.

È quanto ha dichiarato lo scorso anno fa in occasione di una visita alla regione Toscana. (QS 31 luglio 2018).

Mi chiedo chi l'ha autorizzata del movimento a distruggere il SSN? Dove è scritto che il movimento 5 stelle propone di distruggere il SSN? Si rende conto o no dell'enormità di quello che sta facendo?

Non un solo elettore M5S l'ha votata idealmente come ministro della salute per mandare in malora l'attuale sistema sanitario pubblico. Il suo movimento è stato votato da milioni di cittadini per difendere un patrimonio quello del SSN, senza il quale l'applicazione universale del diritto costituzionale non sarebbe possibile. Lei come M5S sta facendo quello che neanche il PD ha osato fare. Ridiscutere la natura nazionale e universale del sistema.

Ora ci viene a dire che *“ho letto le richieste di autonomia e sono legittime e dobbiamo dare alle regioni che lo vogliono la possibilità di usare i propri strumenti per erogare i servizi”* (QS 23 gennaio 2019).

Ma scherza?

Nel dare via libera al regionalismo differenziato chiesto da tre regioni su 21, non solo lei sta tradendo il suo mandato politico, quindi milioni di cittadini, ma sta mettendo nei guai il proprio governo perché in nessun modo, lei, come ministro della salute, ne sta garantendo l'autorevolezza e la credibilità. Il suo dovere non è calare le brache perché non sa dove

andare a parare, ma è mettere in campo soluzioni equilibrate a garanzia prima di tutto del governo del paese.

CONTRO- RIFORMISMO PASSIVO

Lei dichiara di aver ricevuto *“tutte le assicurazioni del caso”* ma quali sono le sue contro-proposte? Lei da quello che si capisce non ha proposte per cui non le resta che conformarsi a quelle avversarie degli altri.

Il problema vero è: perché lei non ha proposte, quando dovrebbe averne e se sia giusto che a causa dei suoi grossolani limiti politici compromettere un patrimonio nazionale di immensa portata etica e sociale.

Lei mio caro ministro sta inaugurando suo malgrado una nuova categoria politica da offrire all'analisi e che definirei *“contro- riformismo passivo”*.

Il contro-riformatore passivo è colui che non avendo un pensiero, una proposta, una politica in grado di contrastare eventuali politiche distruttive le asseconda con le sue incapacità quando in ragione del suo mandato dovrebbe contrastarle. Il contro riformista passivo è quello che si arrende cioè incapace di difendere la propria città spalanca le porte al nemico considerandolo un ospite gradito.

Per la sanità avere come ministro un contro-riformatore passivo significa non avere nessuna difesa. Cioè non avere una rappresentanza istituzionale. Le ricordo ministro Grillo che tutte le federazioni professionali le chiedono a gran voce l'apertura di una discussione.

Ma supponiamo di avere un vero ministro della salute e supponiamo che questo ministro sia coerente con il suo mandato politico, nel primario interesse del proprio governo, nei confronti del regionalismo differenziato cosa dovrebbe fare?

Per prima cosa dovrebbe rileggersi il contratto di governo, in questo modo scoprirebbe una importante contraddizione politica e capirebbe che il problema non è calare le brache ma rimuovere la contraddizione.

Quale contraddizione?

Il contratto di governo prevede due punti

- l'autonomia differenziata in attuazione dell'art. 116, terzo comma, della Costituzione” (20. Riforme isti-

tuzionali, autonomia e democrazia diretta)

■ la sanità (21. sanità)

Nel punto 21 a proposito di sanità si dice:

- è prioritario preservare l'attuale modello di gestione del servizio sanitario a finanziamento prevalentemente pubblico e tutelare il principio universalistico su cui si fonda la legge n. 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.
- tutelare il servizio sanitario nazionale significa salvaguardare lo stato di salute del Paese, garantire equità nell'accesso alle cure e uniformità dei livelli essenziali di assistenza.
- va preservata e tutelata l'autonomia regionale nell'organizzazione dei servizi sanitari mantenendo al governo nazionale il compito di indicare livelli essenziali di assistenza, gli obiettivi che il sistema sanitario deve perseguire e garantire ai cittadini la corretta e adeguata erogazione dei servizi sanitari erogati dai sistemi regionali

Un vero ministro della salute non dovrebbe aderire semplicemente al punto 20 ma dovrebbe adoperarsi per rimuovere le contraddizioni tra il punto 20 e il punto 21. Come? Con delle controproposte cioè tirando fuori delle idee per trovare soluzioni in modo da riconoscere maggiore autonomia alle regioni che la chiedono e nello stesso tempo salvaguardare tutti i valori richiamati nel punto 21. Lo so non è facile ma fare il ministro non è facile. Non lo sapeva il ministro Grillo quando ha accettato il mandato? Per fare queste cose bisogna essere "competenti".

FACCIAMO UN ESEMPIO: LA QUESTIONE DELLA GOVERNANCE

Nel contratto di governo, che il ministro Grillo mostra di non conoscere, il regionalismo differenziato è concepito dentro una interessante logica federalista fino a parlare di *"logica della geometria variabile che tenga conto sia delle peculiarità e delle specificità delle diverse realtà territoriali sia della solidarietà nazionale"*. Per il contratto di governo si tratta di *"avvicinare le decisioni pubbliche ai cittadini (...) e trasferire funzioni amministrative dallo Stato alle Regioni e poi ai Comuni secondo il principio di sussidiarietà"*.

Dall'altra parte le tre regioni Veneto Lombardia Emilia Romagna nei loro accordi preliminari chiedono

tra le varie cose: *"una maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende"*.

La mediazione possibile è quella di definire una nuova forma di governance di autentico stampo federalista, quindi uscire una volta per tutte dalla logica del decentramento amministrativo del titolo V, ripensare il modello manifatturiero dell'azienda, concepire un management diffuso nel quale coinvolgere gli operatori e prevedere forme di controllo sociale dei cittadini.

Cosa vogliono in realtà le regioni? Vogliono restare nel decentramento amministrativo ma con più poteri, non vogliono più autonomia ma più autarchia, in ragione della quale hanno bisogno di centralizzare la gestione della sanità ad esempio con soluzioni tipo "azienda zero", quindi di escludere dalla funzione di governo tanto gli operatori che i cittadini. Il regionalismo differenziato vuol dire un super-amministrativismo nulla di più.

Esso non è il federalismo di cui si parla nel punto 20 del contratto di governo, ma è un finto federalismo come lo è stata nel 2001 la riforma del titolo V, quindi non è altro che un puro trasferimento di poteri da istituzione a istituzione, ma, in nessun caso è condivisione del potere come dice il contratto di governo, tra istituzione e società civile tra regioni e comuni.

È questo ciò che vuole il governo? È questo ciò che serve alla sanità? Ma se non è questo il ministro della salute, cosa propone?

Vorrei suggerire al ministro di leggersi un editoriale dello scorso anno (QS 29 ottobre 2018) di cui le ricordo il titolo *"Oltre l'autonomia. Per la sanità abbiamo bisogno di un'altra forma di governo"* e la sinossi *"Il regionalismo differenziato è una falsa soluzione. Per governare il conflitto epocale che riguarda la sanità che è quello che contrappone le risorse ai diritti, oggi è necessario abbandonare la teoria del decentramento amministrativo per assumere quella di un vero federalismo intelligente"*.

Quando non si hanno idee e per tante ragioni non si è "competenti" la migliore cosa è leggere le idee degli altri cioè è studiare. Ma se non si hanno idee e non si studia per fare il proprio dovere è ovvio che alla fine ci si riduce a spalancare al nemico le porte della città.

IL PROBLEMA DEL MINISTRO

Avere un ministro che non fa il ministro cioè che non è capace di fare le cose giuste che bisognerebbe fare quando necessario, è sempre stato uno dei più grandi problemi della sanità. Ma avere un ministro che a priori rinuncia a svolgere la sua funzione di fatto mette in pericolo i valori che egli ha il dovere di rappresentare e difendere, diventando in questo modo un problema per il governo, per la sanità per il nostro paese.

Sarebbe bastato che il ministro leggesse il dossier dell'ufficio ricerche sulle questioni regionali e delle autonomie locali del senato: il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto (maggio 2018) per rendersi conto della complessità in gioco ma soprattutto per rendersi conto dei pericoli politici che come paese stiamo correndo.

Se il ministro avesse letto il dossier avrebbe capito ad esempio che ciò che chiedono le regioni:

- non è più autonomia per fare meglio dentro uno schema istituzionale dato,
- ma è più autarchia per fare di più a scapito dello Stato fuori quindi da uno schema istituzionale dato.

È questo a fare del regionalismo differenziato una pericolosa contro riforma costituzionale.

Le regioni sulla sanità, si legge nel dossier, chiedono sostanzialmente tutte e tre le stesse cose e tutte e tre con grandi implicazioni contro-riformatrici e nello stesso tutte e tre relative ai loro grandi problemi di sostenibilità finanziaria.

Tutto si basa sul presupposto che le regioni non avranno mai risorse adeguate alle loro necessità di gestione e che per compensare i problemi dell'insufficienza hanno bisogno di avere le mani libere di fare quello che per ragioni di universalità non hanno mai avuto il permesso di fare.

Il presupposto è quindi che in ragione dei limiti economici tutto è permesso.

Come fa un ministro della salute serio del M5S ad accettare questo presupposto? Come fa un ministro 5 stelle ad accettare il principio base del neoliberismo cioè il laissez faire?

Quando il ministro della salute Giulia Grillo ci dice che sul regionalismo differenziato ha avuto ampie rassicurazioni e che il sud non ha nulla da temere,

cioè non vi saranno discriminazioni, due sono le cose:

- o il ministro a sua volta è vittima della malafede dei suoi alleati di governo cioè ella è a sua volta ingannata
- o il ministro è in malafede cioè mente sapendo di mentire.

Nel primo caso ribadisco si pone un grave problema di incompetenza nel senso che se il nostro ministro non sa discernere il grano dal loglio allora abbiamo un ministro farlocco.

Nel secondo caso si pone un grave problema di onestà politica nel senso che se il ministro per dare corso al regionalismo differenziato e quindi rispettare il contratto di governo pensa di poter tradire impunemente il suo mandato politico, allora abbiamo un ministro incosciente del danno che potrebbe provocare al proprio movimento di appartenenza.

Come stanno le cose? Il regionalismo differenziato pone grossi problemi di legittimità nei confronti dell'attuale SSN e per sua natura si fonda sulla possibilità di legalizzare le discriminazioni cioè sulla possibilità di spacchettare l'unità della nazione.

In mala fides è chi sostiene, per una ragione o per l'altra, il contrario.

COSA CHIEDONO LE REGIONI?

Cinque cose:

- autarchia sul lavoro professionale, sui contratti, sulla formazione, sulle specializzazioni, sulle scuole di formazione, sui contratti a tempo determinato (contratti specializzazione lavoro), contratti regionali, sugli accordi territoriali con l'università, sulla attività libero professionale, sugli incentivi, sulla gestione delle competenze, sulla flessibilità del lavoro, sulla definizione dei ruoli professionali
- autarchia per lo svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, di tickets ecc
- autarchia nella gestione dei farmaci a partire dalla definizione della equivalenza terapeutica tra farmaci diversi, nella definizione di sistemi di distribuzione diretti dei farmaci per la cura dei pazienti soggetti a controlli ricorrenti per i pa-

zienti in assistenza domiciliare, residenziale e semi residenziale, ai pazienti nel periodo immediatamente successivo al ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale ecc.

- autarchia sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN in un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse.
- autarchia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi

Tutto ruota intorno ai soldi e tutto riguarda i centri di costo più pesanti: costo del lavoro, tariffe, farmaci, patrimonio edilizio, fino ad arrivare ai fondi sanitari integrativi.

Come fa il ministro Grillo a non capire che il *laissez faire* rispetto ai fondi integrativi significa permettere alle regioni di decidere di sostituire il sistema sanitario pubblico con un sistema multi-pilastro.

Ma si rende conto o no dell'enormità di questa cosa? Si rende conto o no che lei sta autorizzando come ministro della salute la cancellazione di 40 anni di riforme fatte dal parlamento. Cioè di cancellare una civiltà?

Fino ad ora ci hanno fatto credere, soprattutto le interviste del ministro Stefani, che il regionalismo differenziato fosse a costo zero e che il sud non avrebbe nulla da temere. Questa è una menzogna cioè un inganno. Fare il regionalismo differenziato a costo zero e nello stesso tempo garantire le regioni più deboli è impossibile. Esso implica per forza una redistribuzione di risorse per coprire i maggiori costi che deriverebbero dalle maggiori competenze. I soldi che servono come dicono gli accordi devono venire in prima istanza da dentro le regioni e in seconda istanza dai criteri di riparto nazionali ma tarati sul gettito fiscale regionale. Resta il fatto che per fare di più servono più soldi non di meno.

Da questa redistribuzione il sud ha tutto da perdere anche perché la questione delle questioni che è il ripensamento dei criteri di riparto non viene affrontata. Nessuno, a partire dal ministro Grillo, parla di riformare il criterio della quota capitaria ponderata.

Negli accordi preliminari con Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto è prevista una metodologia finanziaria molto precisa che a beneficio del ministro

che non studia, è il caso di ricordare essa parla di risorse finanziarie, umane e strumentali *necessarie* per l'esercizio delle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia (art. 4).

Ecco i punti principali:

- le risorse finanziarie saranno determinate in termini di compartecipazione o riserva di aliquota al gettito di uno o più tributi erariali maturati nel territorio regionale;
- le risorse dovranno essere quantificate in modo da consentire alla regione di finanziare integralmente le funzioni pubbliche attribuite (ai sensi dell'art.119, quarto comma, Cost.);
- in una prima fase occorrerà prendere a parametro la spesa storica sostenuta dallo Stato nella regione riferita alle funzioni trasferite o assegnate;
- tale criterio dovrà tuttavia essere oggetto di progressivo superamento (che dovrà essere completato entro il quinto anno) a beneficio dei fabbisogni *standard*, da definire entro 1 anno dall'approvazione dell'Intesa36.
- I fabbisogni *standard* sono misurati in relazione alla popolazione residente e al gettito dei tributi maturati nel territorio regionale in rapporto ai rispettivi valori nazionali, rimanendo inalterati gli attuali livelli di erogazione dei servizi.

L'UGUAGLIANZA FONDAMENTALE

Un fatto di grande rilevanza, a proposito di regionalismo differenziato, è stato la riunione della conferenza episcopale italiana, svoltasi a Reggio Calabria, nella quale, i vescovi calabresi, hanno espresso *“profonda preoccupazione per i processi di regionalismo differenziato in atto”*.

“Forte è il timore che con la legittima autonomia dei territori si possa pervenire ad incrinare il principio intangibile dell'unità dello Stato e della solidarietà, generando dinamiche che andrebbero ad accrescere il forte divario già esistente tra le diverse aree del Paese, in particolare tra il Sud ed il Nord”.

Questo ha detto la Cei

Che sia la Cei a intervenire sulla questione del regionalismo differenziato sottolinea e ci fa comprendere che il tema dell'eguaglianza degli uomini ha un significato non solo politico non solo culturale e morale ma perfino teologico.

Nel documento finale, la CEI, cita le parole di Papa Francesco dove “*l’uguaglianza fondamentale*”, come viene definita, è interpretata come una “*grazia spirituale*”, quindi un dono del Signore, che segna il riscatto dell’uomo dalle sue precedenti condizioni di immoralità e di assoggettamento.

Ma “*l’uguaglianza fondamentale*”, dice il Pontefice, se è una “grazia divina” non solo, non è di nostra proprietà cioè qualcosa che “*ci spetta e che ci appartiene*”, ma, in nessun modo, essa può essere “*disprezzata*” credendo che vi siano uomini ai quali riconoscerla e uomini ai quali negarla.

Cioè “l’eguaglianza fondamentale” non tollera privilegi semplicemente perché dice la Cei, i doni del Signore, in quanto tali, sono per tutti

I diritti, naturalmente su un ben altro piano, sono per tutti, esattamente come i “doni del signore”, di cui parla la Cei e anche essi non possono essere disprezzati riconoscendo privilegi per qualcuno e svantaggi per qualcun altro.

Il diritto alla salute, per essere tale, non può che dare luogo ad una “uguaglianza fondamentale”. Senza eguaglianza fondamentale esso non è più tale. Esso è negato.

Il regionalismo differenziato, in tema di sanità, ha come scopo politico la negazione dell’eguaglianza fondamentale, scopo che per essere raggiunto ha a sua volta bisogno di sostituire ciò che rende uguali, con qualcosa che renda diversi.

Il cuore del regionalismo differenziato è tutto in questa sostituzione e più esattamente quella che al posto del valore del diritto pone il valore del reddito. Mentre il primo rende uguali il secondo rende diseguali. Mentre il primo è un bene collettivo il secondo è una proprietà privata. Mentre il primo è per tutti il secondo è solo per alcuni.

REGIONALISMO DIFFERENZIATO E PRIVATIZZAZIONE

La sostituzione diritto/reddito è, come è noto, alla base di ogni sistema assicurativo e di ogni politica di privatizzazione del sistema pubblico (welfare aziendale, fondi e mutue), il che fa pensare che il regionalismo differenziato, in fondo in fondo, abbia la stessa natura di un processo di privatizzazione.

Lo Stato, cambiando il criterio di assegnazione delle risorse alle regioni, cioè sostituendo il bisogno di salute del territorio con la ricchezza prodotta dal territorio (gettito fiscale), è come se “privatizzasse” la regione, nel senso di autorizzarla a comportarsi con l’autonomia di un ente non pubblico ma in qualche modo parastatale.

Se di soldi si deve parlare e non di diritti e se i soldi sono della regione allora deve essere la regione, esattamente come un ente privato o parastatale, che decide come spenderli. Cioè è la proprietà delle risorse, secondo la teoria del regionalismo differenziato, che dà il diritto alle regioni ad essere autonome dal resto del sistema.

L’autonomia rivendicata dalle regioni è prevalentemente libertà di spesa intendendo per spesa il complesso di denaro che viene prodotto e utilizzato dalla regione, per garantire ai propri cittadini dei servizi.

La libertà di spesa implica per forza una autonomia di tipo privato o, se preferite, di tipo parastatale.

È vero, come ho più volte ribadito, che il regionalismo differenziato si basa sul compromesso “*meno soldi dal governo più poteri di governo*” ma se tra i poteri di governo, come chiedono le regioni, rientra la libertà di accedere ai fondi sanitari, quindi di procurarsi le risorse non solo per via pubblica ma anche per via privata, si comprende come le regioni, in realtà, possono avere meno soldi dal governo ma senza che nessuno impedisca loro di procurarsi altri soldi dal privato. Anche questo conferma che regionalismo differenziato e privatizzazione sono forme diverse della stessa cosa.

Alle regioni non interessa se, acquisendo risorse private, cambia la natura pubblica del servizio sanitario, cioè se di fatto il pubblico perde il ruolo di attore principale (sistema multi-pilastro), ciò che alle regioni interessa è avere più risorse possibili e avere la libertà di spesa attraverso la proprietà delle risorse prodotte in due modi: o con il gettito fiscale o con i fondi sanitari.

In questa ottica è inevitabile che si ponga, rispetto al sud, un problema di *conflitto redistributivo di risorse*.

L'OTTIMO PARETIANO

L'ideale privatistico del regionalismo differenziato inevitabilmente va a scapito di qualsiasi ideale egualitario fino a scadere nella logica, di quello che in economia, si definirebbe “*ottimo paretiano*”: *non è possibile allocare delle risorse ad una regione migliorandone le condizioni, senza peggiorare le condizioni di un'altra regione.*

Quindi, secondo il regionalismo differenziato, per avere una allocazione efficiente di risorse alle regioni del nord, bisogna necessariamente peggiorare le condizioni finanziarie delle regioni del sud.

Se nessuna regione può migliorare la propria condizione sanitaria senza che un'altra regione peggiori la sua allora vuol dire che l'ideale guida del regionalismo differenziato non è più la solidarietà ma la concorrenza.

La concorrenza arriva automaticamente all'ottimo nel senso proprio inteso dal regionalismo differenziato che è quello che ogni regione spende solo per se la ricchezza in essa prodotta, quasi a voler dire che la solidarietà è la negazione dell'ottimo paretiano e quindi l'antitesi dell'efficienza. La solidarietà è sostanzialmente una anti-economia.

La condizione di partenza per il regionalismo differenziato in senso paretiano è quindi la concorrenza tra le ricchezze diverse delle regioni. La regione più ricca avrà più spesa sanitaria.

Nel momento in cui il diritto alla salute viene sostituito con il reddito o della regione o del cittadino, la regione diventa come se fosse di fatto un intermediario finanziario, che intercetta tanto le risorse pubbliche che quelle private, quindi una mutua, che ragiona esattamente come una mutua con la logica lineare del reddito (equivalente, nelle mutue, del contributo) e della prestazione. Maggiore sarà il reddito e maggiori saranno le prestazioni. E viceversa. In qualità di mutua la regione garantisce prestazioni che avranno inevitabilmente una natura ovviamente mutualistica non più universalistica.

Sul piano giuridico- economico la *prestazione* è ciò che si fa per adempiere ad un contratto, una prassi quindi predefinita da una obbligazione.

Per cui la qualità della *prestazione* dipende dalla natura *dell'obbligazione*.

Se l'obbligazione deriva dal diritto alla salute, allora

la prestazione dovrà essere adeguata ai bisogni del cittadino, se l'obbligazione deriva dal reddito della regione, nelle sue varie forme, la prestazione deve essere adeguata al reddito trasformato in tariffa o in costo standard.

Nel primo caso l'obbligazione contrattuale ha un forte carattere sociale, nel secondo un forte carattere privato.

Quando sostengo che regionalismo differenziato e privatizzazione sono sostanzialmente la stessa cosa, intendo riferirmi al carattere privatistico di una obbligazione derivante dal reddito. Non è un caso se nella bozza di patto per la salute il ministro Grillo abbia previsto sia l'anticipazione del regionalismo differenziato che l'ampliamento degli incentivi fiscali per i fondi integrativi.

REDDITO BISOGNI E PRESTAZIONI

Dedurre quello che bisogna dare a un cittadino o dal reddito o da un bisogno costituisce la grande differenza politica morale teologica tra un sistema universale e un sistema mutualistico:

- nel primo caso la prestazione sarà decisa dalla deontologia cioè dal dovere morale degli operatori di assicurare ciò che è adeguato alla persona.
- nel secondo caso da un costo standard

Sappiano i sostenitori del regionalismo differenziato che, in ogni caso, restare ancorati alla “prestazione” concetto anacronistico di stampo mutualistico e, per giunta, definirla in relazione ad una tariffa o a un costo standard, significa, sul piano culturale, sociale, morale, offrire, ad una società, tanto complessa quanto esigente, una sanità e una medicina, cioè una idea di tutela, vecchia e superata, che è per l'appunto quella mutualistica, che si propone in modo spersonalizzato, e quindi di offrire una sanità non solo immorale perché iniqua ma anche culturalmente inadeguata e insoddisfacente perché spersonalizzata. La persona di cui prendersi carico sarà sempre iscritta in una tariffa.

E questo, a parte la questione dei soldi, per il cittadino, in quanto tale, non è certamente un affare. Nel regionalismo differenziato sul piano culturale il malato torna paziente, torna ad essere sintomo, organo malato, il malato torna ad essere malattia e quindi la medicina resta quella che non dovrebbe essere

più vale a dire un prestazionificio e il medico un semplice prestatore d'opera.

Tornando agli aspetti politici del regionalismo differenziato, vorrei che non sfuggisse un aspetto strategico importante di tutta la vicenda:

un governo che a livello centrale, come quello in essere, che si dice contro la privatizzazione del sistema e che quindi scrive nel contratto di governo che il servizio sanitario nazionale va difeso e confermato, ma che, nello stesso tempo, concede alle regioni la libertà di contro-riformare la natura pubblica del sistema, diventa suo malgrado un governo quanto meno contraddittorio.

Nel contratto di governo a proposito di sanità (punto 21) è scritto che:

“È prioritario preservare l'attuale modello di gestione del servizio sanitario a finanziamento prevalentemente pubblico e tutelare il principio universalistico su cui si fonda la legge n. 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale”

Devo dire che quando ho letto per la prima volta l'avverbio “prevalentemente” (ripetuto due volte nel testo del contratto) ho pensato che gli estensori si riferissero alla possibilità di tollerare forme di copayment, ma ora che è scoppiato il problema del regionalismo differenziato, questo avverbio acquista un significato piuttosto ambiguo. “Prevalentemente” vuol dire che, nella maggior parte dei casi, il sistema si finanzia con il fisco ma in altri casi si può finanziare in altri modi. Cioè che non si escludono altre forme di finanziamento.

Forse il ministro Grillo dovrebbe chiarire il testo del contratto di governo quindi il punto 21, con una interpretazione autentica e dare le garanzie che servono per confermare la natura pubblica del sistema.

LA SANITÀ HA DETTO “NO” AL REGIONALISMO DIFFERENZIATO

L'assemblea congiunta di tutti i consigli nazionali delle professioni, organizzata il 23 febbraio 2019, su iniziativa della Fnomceo, al teatro Argentina si è chiusa approvando un manifesto, “*alleanza tra professionisti della salute per un nuovo SSN*”, rivolto al presidente della Repubblica e al presidente del consiglio dei ministri.

I punti politici del manifesto possono essere così sintetizzati:

- dal momento che il diritto costituzionale alla salute non è discutibile, e meno che mai negoziabile, essendo tale diritto l'unico riferimento per definire il bisogno di salute sia dell'individuo che della collettività, l'integrità, l'unità, la nazionalità del servizio sanitario che, da esso derivano, non sono in discussione, quindi meno che mai sono in discussione i suoi propri valori, soprattutto quelli dell'universalismo e quelli della solidarietà.
- In nessun caso l'autonomia riconosciuta alle regioni può ledere e smentire le norme di principio definite quali norme generali dallo Stato, volte a sancire regole valide in modo universale per tutte le regioni, quali quelle sul lavoro professionale (ruoli, formazione, competenze, contrattazione ecc), quelle a garanzia della natura pubblica del sistema, quelle volte a stabilire l'accesso alle prestazioni e alla fruizione del diritto, ecc
- Il riferimento per decidere la distribuzione di risorse al SNN resta quello del fabbisogno e dell'occorrenza di salute dell'individuo e della collettività, per cui si riconferma il principio di equità, quale principio supremo, a ciascuno secondo il proprio bisogno, da ciascuno secondo il proprio reddito, e il principio di solidarietà quale obbligazione morale e sociale in ragione della quale i più avvantaggiati aiutano i meno avvantaggiati e le risorse da distribuire obbediscono a criteri di perequazione
- Alle regioni possono essere riconosciuti gradi maggiori di autonomia oltre quelli già riconosciuti con la precedente riforma del titolo V, in ordine alle funzioni e ai compiti loro assegnate, ma solo nel quadro del perfezionamento universalistico delle leggi di principio dello Stato.
- L'autonomia, correttamente intesa, resta un valore ad ogni livello (professionale, organizzativo, operativo, gestionale) ma in nessun modo può essere mistificata con l'autarchia.

Con l'assemblea congiunta delle professioni mediche e sanitarie, e con il manifesto, è accaduta una cosa senza precedenti, mentre i partiti sul regionalismo

differenziato sono divisi, quindi alla ricerca di una mediazione, con il M5S che, unico e da solo, ha assunto esplicitamente la battaglia per la difesa del SSN, la sanità su iniziativa lungimirante della Fnomceo si è auto-organizzata, costituendosi come soggetto politico inter-professionale unitario autonomo. Un fatto senza precedenti.

IL MANIFESTO CONTRO IL REGIONALISMO DIFFERENZIATO

Il manifesto contiene due punti importanti:

- il tema dell'alleanza tra le professioni (questione normalmente complessa cioè nella realtà quasi impossibile da realizzarsi)
- il superamento dell'apologia dal momento che la difesa efficace della sanità passa per la definizione di un nuovo SSN (i problemi esistono e vanno risolti)

Il significato politico è evidente: il regionalismo differenziato pone il problema della sopravvivenza del sistema universale, la sanità si ricompatta su una proposta che difende i valori dell'universalismo, ma non chiude al cambiamento, ponendosi come l'interlocutrice principale della politica e del governo. L'ultima grande manifestazione fatta a difesa del SSN, quella del Colosseo, è stata nel 2009 (10 anni fa). Essa non solo era promossa solo dai medici ma avveniva in uno schema classico dove gli interessi legittimi di costoro erano in conflitto con le politiche del governo in carica, quindi una logica inter-sindacale, (la manifestazione era stata promossa da ben 24 sigle sindacali.

Questa volta è diverso, l'assemblea, al teatro Argentina, è stata organizzata dagli ordini professionali quindi dalle federazioni delle professioni, cioè da soggetti che giuridicamente sono da considerarsi enti sussidiari dello Stato, il cui interesse va ben oltre quello riduttivamente riconducibile di natura sindacale.

Si tratta di "enti" garanti della deontologia vale a dire garanti della correttezza delle prassi professionali cioè coloro che attraverso i doveri delle professioni garantiscono i diritti dei cittadini.

Sono questi garanti che, oggi, tutti insieme, parlando a nome di 1 milione e mezzo di operatori, dicono al governo che il regionalismo differenziato come pro-

posto da Veneto Lombardia e Emilia Romagna, non è compatibile con le deontologie professionali, cioè esso mette a rischio alcuni postulati fondamentali di moralità che sino ad ora hanno garantito in questo paese ad ogni cittadino italiano o straniero uguaglianza di trattamento, universalità delle cure e centralità del bisogno della persona.

Postulati senza i quali in una società civile la medicina non può essere esercitata.

LE RAGIONI MORALI DELLA GIUSTIZIA

Quindi, prima delle ragioni giuridiche, economiche, istituzionali sono quelle morali, etiche e deontologiche che dicono "no" al regionalismo differenziato.

Esso è un grande pericolo perché esso è, al di là dei suoi profili di legalità, fondamentalmente un progetto "immorale".

Se il regionalismo differenziato è ingiusto, perché ad alcune regioni accresce il grado di benessere e ad altre lo riduce, esso proprio perché è ingiusto è immorale. Tutto il resto pur importante viene dopo. Cioè le ragioni dell'utilità vengono dopo quelle della morale.

La perdita di benefici delle persone, dice l'assemblea delle professioni al teatro Argentina, non può essere in nessun modo giustificata dai maggiori benefici goduti da altre persone. Ciò sarebbe immorale.

Prima del valore degli interessi, del Veneto, della Lombardia e dell'Emilia Romagna, viene quello della giustizia cioè quello della morale.

In medicina l'egualitarismo è morale il regionalismo differenziato no.

Una politica che pensasse di poter controbilanciare i sacrifici, imposti ai più deboli, con una maggiore quantità di vantaggi goduti dai più forti, sarebbe una politica ingiusta.

Credo, a giudicare dalle prime dichiarazioni, che tanto il presidente Conte che il vicepresidente Salvini fin da subito, si siano dimostrati sensibili prima di tutto alle ragioni della giustizia e a quelle delle moralità.

Il vicepresidente Salvini in sintonia con il M5S ha subito dichiarato di non essere d'accordo a fare "cittadini di serie A e cittadini di serie B". Una affer-

mazione che vale una scelta politica. Se nei confronti della salute è il reddito che diversifica i cittadini in serie A e in serie B allora l'unica cosa che di fronte alla salute, rende i cittadini uguali, è il diritto.

Il vicepresidente Salvini ci dice quindi, in ragione di un ideale di uguaglianza, che in sanità il diritto resterà l'ideale di riferimento. Quindi ci dice che il criterio del gettito fiscale non può essere ammesso tra quelli che decidono la distribuzione delle risorse tra le regioni, dal momento che i diritti dipendono da una distribuzione equa, cioè giusta, quindi da una distribuzione che è giusta solo se è in rapporto ai bisogni. Il presidente Conte in parlamento (question time) sul regionalismo differenziato mi pare sia sulla stessa lunghezza d'onda e parla di *"fabbisogni definiti con indicatori comuni"* e di *"criteri unitari per l'erogazione dei servizi in ogni angolo del Paese"* ed esclude *"il riferimento ad indicatori collegati all'introito fiscale"*. Aggiungendo in modo chiaro che:

«Il percorso del regionalismo differenziato dovrà tenere in considerazione non solo la peculiarità delle realtà territoriali, ma anche la piena realizzazione della solidarietà nazionale, nell'ambito della tutela dell'unità giuridica, di quella economica e dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali».

Ps

Nel mentre stiamo consegnando questo e book all'editore il 10 aprile vi è stata una audizione del ministro Grillo presso la commissione bicamerale per l'attuazione del federalismo fiscale. In questa audizione il ministro Grillo ha espresso gli orientamenti del suo dicastero sul regionalismo differenziato che sono riassumibili in tre punti:

- "Il Governo crede molto nel percorso avviato sulle nuove autonomie per il quale, allo stato attuale, sono in corso approfondimenti che vanno anche oltre l'ambito sanitario. Le istanze delle Regioni finalizzate ad accrescere le loro prerogative organizzative, ad intensificare l'autonomia nella gestione e nella provvista di personale, nonché ad assicurare ulteriori opportunità di formazione, anche specialistica, sono viste con estremo favore dal Ministero della salute: ciò – voglio precisare – è tanto più vero che, a mio pa-

rere, tali facoltà dovrebbero essere riconosciute a tutte le regioni, in modo da avanzare davvero nel percorso di autonomia che la nostra Costituzione già riconosce alle Regioni».

- "non vi è dubbio che proprio l'ambito sanitario abbia una sua particolare specificità perché – ed è la stessa Costituzione a dircelo – dovranno in ogni caso rimanere invariati i principi di fondo del nostro sistema sanitario, riconducibili – in estrema sintesi – ai concetti di unitarietà ed universalità».
- "Allo stesso tempo, non si può sottacere come il complessivo equilibrio di un sistema plurale – quale è quello delle autonomie – in particolar modo in un sistema integrato, quale è quello della sanità, impone che al riconoscimento di maggiori poteri debba necessariamente corrispondere l'intensificarsi dei relativi controlli da parte di chi, nell'ambito dell'ordinamento, svolge il ruolo di garante dell'unitarietà delle prestazioni su tutto il territorio nazionale".

Come si vede siamo alla formulazione di affermazioni generiche (il governo è per riconoscere nuove autonomie, i principi di unitarietà e universalità devono essere fatti salvi, maggiori poteri di controllo da parte del governo).

Come fare "concretamente" ancora è un mistero. Affermazioni del genere possono essere declinate in tanti modi diversi perfino in tanti modi contrapposti diversi.

I due punti politici importanti, a me pare siano

- quello dei poteri del governo centrale, questi per poter esercitare un controllo sui poteri regionali devono definire con chiarezza i poteri indevolvibili, perché nel momento in cui tali poteri fossero devoluti alle regioni da parte del governo il controllo su di essi diventerebbe impossibile
- mancano i paletti, cioè le cose dette in audizione dal ministro avrebbero una credibilità forte se si dicessero solo due cose: nella distribuzione delle risorse, dal governo alle regioni, in nessun modo è possibile sostituire il criterio del diritto con quello del reddito; le regioni sono tenute ad adeguarsi pur nelle loro autonomie alle leggi di principio dello Stato.

Capitolo 3

Un nuovo governo per la sanità

IL M5S SI È SEMPRE contraddistinto per il grande valore che esso attribuisce alla trasparenza, alla moralità pubblica alla democrazia diretta, al buon governo del paese.

Sorprende e non poco che proprio su questi valori le politiche del ministro Grillo non esprimano praticamente nulla, prive come sono di proposte.

Il grande equivoco è ritenere ad esempio con il regionalismo differenziato che basti dare più poteri ai governanti per governare la sanità.

Non è così per governare bene la sanità bisogna avere delle forme di governo adeguate delle strategie precise e delle capacità di governo e risorse adeguate.

Ma su questo terreno nessuna proposta di rilievo è venuta da governo della salute.

Dietro al regionalismo differenziato vi è la grande presunzione di chi pensa di essere come governo invariante nei confronti del mondo che cambia. Per costoro il problema delle capacità, della cultura, della società, delle scelte condivise, neanche si pone.

Dietro a questa presunzione si nasconde il germe dell'autoritarismo amministrativo, di una concezione centralizzata della decisione, il disprezzo per la giustizia e per la persona, e tanto per cambiare, un'idea di federalismo molto discutibile. Cioè valori del tutto antitetici a quelli peculiari e specifici del M5S

Le regioni rivendicano più autonomia pensando che l'autonomia dipenda dai poteri gestionali, in realtà l'autonomia dipende dal numero di limiti che la limitano e dalle forme di governo in essere. In questi anni le regioni hanno avuto molti poteri ma anche tanti limiti. I patti per la salute sono stati nulla di più che uno scambio tra autonomia e limiti. Bisognerebbe raddrizzare il discorso: l'autonomia è una funzione dei limiti, la riduzione dei limiti pone problemi di responsabilità, la responsabilità va organizzata in nuove forme di governo.

Ma sull'argomento il governo della salute non ha idee.

FASCISMO E FEDERALISMO

Quando dico fascismo non intendo usare il termine nel significato politico corrente e meno che mai indicare la destra. Oggi la destra moderna in tutto l'occidente opera in regimi democratici.

Fascismo nel mio discorso vale come "epistemologia" quindi come modo autoritario e dispotico di

pensare e di concepire in senso amministrativo la sanità e la medicina. Fascismo e federalismo non vanno d'accordo. Anzi sono idee del tutto antitetiche.

La devoluzione della sanità chiesta da alcune regioni, di destra e di sinistra, si poggia sull'autocrazia del governatore o dell'assessore, o del funzionario, ri-

spetto alla quale la comunità, quindi il cittadino e l'operatore, sono assoggettati.

“Assoggettato” vuol dire, sia come operatori che come cittadini, non avere autonomia, non poter scegliere, non avere un proprio pensiero. Accettare qualcosa ritenuto indiscutibile perché considerato razionale vero e giusto in assoluto, da qualcuno.

Al contrario, nel governo federale, il ruolo dell'autonomia, sia del medico che del cittadino, è un valore fondamentale. Tanto il servizio che il medico, ma anche la procedura o il metodo, devono essere in grado di essere “universali” (curare tutti) e nello stesso tempo devono essere in grado di essere “equi” (curare ciascuno). Questo senza autonomia è impossibile.

Senza autonomia, lo dico ai “veneti”, che rappresentano la professione medica nel Veneto, scadiamo nel fascismo metodologico da intendersi come una pratica amministrativa che impone le proprie verità finanziarie, organizzative e scientifiche, come verità assolute.

La medicina amministrata è una forma di fascismo metodologico

Un servizio o un medico una procedura un metodo senza autonomia sono senza equità e in quanto tali sono inadeguati per definizione. L'equità del servizio è garantita dalla capacità del medico di essere equo nei confronti delle necessità. L'equità del medico è garantita solo dalla propria autonomia professionale nei confronti di un malato per definizione singolare individuale specifico unico.

Tutto quanto tende a condizionare l'autonomia del medico, come in qualsiasi forma di centralismo amministrativo, tende a condizionare quella del malato e, in senso transitivo, della comunità alla quale appartiene e che lo rappresenta.

GOVERNO CENTRALIZZATO

La medicina amministrata, i costi standard, il proceduralismo, l'appropriatezza, le evidenze scientifiche, lo scientismo, intese come verità assolute, sono caratteristiche tipiche di un governo della sanità di tipo centralizzato epistemicamente fascista.

Esse sono categorie universali formalmente uguali per tutti, ma non eque, quindi rispetto ai bisogni di

un individuo e di una comunità sono intrinsecamente dispotiche e, in quanto tali, inadeguate.

Il fascismo metodologico rappresentato dalla devoluzione della sanità è, nei confronti delle necessità di salute delle persone, quanto di più inadeguato si possa immaginare.

La sanità e la medicina si trovano entrambi in una incessante oscillazione tra regole formali generali (leggi, metodi, evidenze, procedure, ecc.) e necessità reali delle persone, dei contesti, delle contingenze. Le regole formali ovviamente puntano a considerare i cittadini o i malati nella stessa categoria di bisogno ma le necessità reali di costoro ci obbligano a scegliere per una giustizia concreta, per la quale, in ragione di un principio di singolarità, a ciascuno, come dice la deontologia medica, si deve dare secondo i suoi bisogni, perché dare a ciascuno secondo legge, o secondo metodo o procedura, o evidenza, rischia di essere ingiusto, inefficace e financo in certi casi dannoso.

Nel pensiero federalista l'equità si può così considerare come un elemento sussidiario alla nozione di giustizia, rispetto alla quale il medico o il servizio in un governo federale diventa l'interprete dei casi concreti, quelli che per ovvie ragioni, non possono essere contemplati dal principio generale.

L'equità, quindi, nella visione federalista della sanità e della medicina è una particolare forma di democrazia che si sforza di trattare i propri cittadini o i propri malati in modo giusto.

La sanità e la medicina che funziona meglio è quella giusta. Quella più giusta è quella che dentro ad un diritto uguale per tutti è più adeguata ad un bisogno. Una medicina e una sanità adeguata non può essere metodologicamente e amministrativamente fascista.

LA COMUNITÀ E LA DEMOCRAZIA

La comunità, come categoria concettuale, è la chiave di volta del governo federale della sanità. Essa serve, in un quadro generale, a connotare delle differenze delle quali tenere conto sia nell'organizzare la sanità e sia nel decidere la pratica della medicina.

La nostra sanità non è federale in senso comunitario ma nazionale in senso territoriale. Essa è iniqua perché l'universalismo è frainteso a uniformismo ter-

ritoriale. Stessi servizi a tutti, nello stesso modo, quindi nelle stesse quantità, con le stesse qualità organizzative, salvo qualche marginale ponderazione. Per cui la sanità nazionale è nei fatti universale ma nei confronti di un territorio nazionale, disomogeneo, diseguale, spesso squilibrato.

La nostra medicina invece è ippocraticamente federale. Un medico ha il dovere di curare i propri malati non secondo standard ma secondo equità. In questi anni con la medicina amministrata la medicina sta diventando sempre più uniformismo clinico. Essa, vittima del proceduralismo amministrativo, si sta allontanando suo malgrado dai bisogni reali di cura della persona causando una crescita, nei suoi confronti, della sfiducia sociale.

Nella logica nazionale del territorio la comunità è assunta come indifferenziata cioè in tutti i territori vi sono le stesse necessità. Nella logica federale della medicina le necessità hanno modalità diverse, caratteristiche diverse, cioè sono, per definizione, singolari.

Attraverso la comunità l'uniformismo clinico-sanitario viene superato quindi il generale si accorda con il particolare, la regola universale si accorda con la necessità individuale, il metodo acquista la sua necessaria flessibilità epistemica, il modo di essere dei cittadini si accorda con il modo di essere degli operatori.

LA COMUNITÀ

Per Don Sturzo la comunità era l'equilibrio tra una visione eccessivamente individualistica della persona e una visione eccessivamente statalista della collettività. Il punto intermedio tra individuo e massa. Nel pensiero delle encicliche papali il concetto di comunità è strettamente associato a quello di solidarietà e di sussidiarietà. (Quadragesimo anno, Pacem in terris, Centesimus annus ecc)

Nel centralismo amministrativo che caratterizza la proposta di devoluzione della sanità alle regioni, la comunità di don Sturzo e delle encicliche papali, non esiste, ciò che esiste è solo la regione cioè un territorio da amministrare.

Per l'azienda zero del Veneto ciò che conta è avere un potere amministrativo sul territorio a scala regionale. Gli accorpamenti delle aziende sono accor-

pamenti territoriali a comunità assente. Le persone e i loro bisogni non contano.

La comunità per me non può essere genericamente quella dei veneti, degli emiliani, degli umbri, ma deve essere l'insieme delle comunità rappresentate e organizzate dai comuni. Cioè per me il comune coincide con la comunità.

Chiedo alle regioni devoluzioniste: voi che vi proponete come federalisti siete disposti a riammettere i comuni nel governo della sanità? Cioè a riconoscere loro una funzione di sponsor della salute quindi superando la consuetudine formale di consultarli e basta? Quindi nella vostra visione di governo qual è ruolo di governo del comune? E quello dei cittadini organizzati e degli operatori?

Ma una volta deciso le forme del governo partecipato, quale gestione? Quale azienda? Contro l'azienda zero del Veneto e contro il centralismo amministrativo è possibile o no una azienda medico-sanitaria partecipata?

Se voi devoluzionisti, non risponderete a queste semplici domande, temo che sia impossibile non pensare che, le vostre prodezze contro-riformatrici, non coincidano con i vostri personali sogni di potere.

UNA TEORIA DELLA GIUSTIZIA ANCHE PER LA SANITÀ E LA MEDICINA

Per discutere di giustizia distributiva è inevitabile riferirci a Rawls, il più importante rappresentante della filosofia politica del 900. Lo abbiamo fatto a proposito di mutue e ora lo scomodiamo a proposito di regionalismo differenziato.

L'idea di giustizia di Rawls si basa su una redistribuzione egualitaria di beni ma temperata da una particolare attenzione per chi sta peggio:

- tutti i beni sociali principali devono essere distribuiti in modo eguale,
- una distribuzione uguale è tale solo se avvantaggia anche i più deboli.

Il principio di equità in questo caso non è declinato con le differenze in generale, ma con una differenza in particolare che è lo svantaggio sociale, inteso come una condizione a vario titolo di inferiorità.

Per Rawls, in sostanza, le ineguaglianze economiche e sociali o perfino quelle mediche, quindi le cure,

sono moralmente ammissibili soltanto se prevedono un beneficio per chi sta peggio. L'indice di deprivazione, ad esempio, che il sud chiede inutilmente da anni, per modificare la quota capitaria ponderata, è un indice di svantaggio che ha lo scopo, in sanità, di rendere più equa la distribuzione di risorse tra regioni del nord e regioni del sud.

Distribuire dei vantaggi a molti, al nord, quindi non giustifica moralmente una distribuzione diseguale di beni se questa distribuzione non dà pari vantaggi ai più deboli. Cioè al sud.

Facciamo un altro esempio: il sistema multi-pilastro offre dei vantaggi a molte categorie sociali in particolare a quelle più forti perché con un reddito e una occupazione (majority) punendo i pensionati, i precari, i disoccupati (minority) cioè coloro che per ragioni di reddito sono costretti ad usare solo il servizio pubblico. Questa è la ragione per la quale il sistema multi-pilastro, dal punto di vista della giustizia distributiva, è moralmente inaccettabile.

MINORITY

In sostanza, non basta il criterio della maggioranza (alto numero di avvantaggiati) a giustificare moralmente una eventuale distribuzione diseguale delle cure, al contrario, è il criterio della minoranza che decide il grado di iniquità e quindi l'immoralità della distribuzione. E' il sud che dimostra che in sanità, la distribuzione di risorse è iniqua e quindi moralmente inaccettabile.

Vorrei dimostrare che la devoluzione della sanità al Veneto, sul piano distributivo è una decisione immorale perché, a scala di popolazione, per dare vantaggi a una *minority* danneggia economicamente e non di poco, tutte le altre regioni e in particolare quelle più deboli

Vi sono problemi che, relativamente alla devoluzione della sanità, si pongono in ordine al finanziamento solidale dell'attuale sistema sanitario.

La mia tesi è che il Veneto uscendo dal Ssn non solo non tiene conto delle regioni più deboli ma rischia di scaricare su di loro degli oneri finanziari in più. Per dimostrarlo dovrei descrivere con precisione i meccanismi di finanziamento della sanità che però sono tecnicamente molto complicate (legge 56/ 2000)

per cui mi limiterei a mettere a fuoco solo l'aspetto funzionale al mio discorso: il finanziamento del SSN si basa sulla capacità fiscale delle regioni ed è ponderato con adeguate misure perequative.

In sintesi, rispetto alle tante differenze regionali, di reddito, di bisogno, demografiche, sociali, ecc. il governo costituisce un Fsn che poi distribuisce, seguendo un ideale solidaristico, tenendo conto di alcuni principi di perequazione e di ponderazione.

Ora per semplificare mi sia concesso uno escamotage: supponiamo, di avere un vero e proprio fondo di solidarietà con una funzione perequativa per:

- attribuire risorse a regioni con bisogni sanitari diversi in base a criteri di equità,
- per attenuare le diseguaglianze storiche tra regioni soprattutto relative al reddito delle persone,
- per retribuire i diversi bisogni di salute che esistono tra i diversi territori regionali e tra i diversi territori in una singola regione.

PROBLEMI DI GIUSTIZIA REDISTRIBUTIVA

Supponiamo anche che questo fondo sia finanziato in modo equo e solidale da tutte le regioni e che il Veneto, facendo parte del Ssn, contribuisca al suo finanziamento.

La domanda è: cosa succede sul piano distributivo delle risorse se la sanità del Veneto fosse integralmente devoluta a questa regione?

Il Veneto continuerebbe a versare i suoi contributi al fondo cioè manterrebbe i suoi obblighi di solidarietà o, al contrario, diventando un sistema sanitario autarchico, recederebbe da essi?

Nel primo caso, dal punto di vista finanziario, con la devoluzione della sanità, non cambierebbe niente. Il Veneto oltre a provvedere con propri contributi a finanziare la propria sanità continuerebbe a contribuire al finanziamento della solidarietà e della perequazione.

Nel secondo caso, che è quello implicito nella proposta di devoluzione, spiegata dal ministro Stefani, il Veneto, sulla sanità, diventa finanziariamente auto sufficiente e senza obblighi di solidarietà e di perequazione. Cioè quello che ha speso sino ad ora per la sanità se lo terrebbe per intero. Solidarietà com-

presa. Ma risparmiando sulla solidarietà avrebbe più risorse da spendere per i veneti. Quindi un vantaggio.

In questo caso si porrebbe un pesante problema di giustizia distributiva: se il Veneto si tiene tutto, il governo Conte, al fine di mantenere un fondo di solidarietà, dovrebbe scaricare la quota del Veneto sulle altre regioni, quindi spalmare un maggiore onere a svantaggio di tutti.

Questo meccanismo man mano che aumenteranno il numero delle regioni devoluzioniste, finirebbe con il punire tanto profondamente il sud da mettere in discussione il proprio diritto alla salute. A questo punto non ci sarebbe più un SSN.

In sostanza la teoria della giustizia di Rawls sarebbe del tutto negata: i veneti avrebbero maggiori vantaggi finanziari a dispetto degli italiani più deboli che avrebbero una crescita degli oneri. Cioè ricadiamo dentro la logica dell'ottimo paretano

Vorrei ricordare che il sud rispetto al nord è già ora sotto-finanziato cioè il sistema perequativo in essere è ancora iniquo quindi s-perequato.

ACCETTAZIONE UNANIME

Secondo Rawls la devoluzione del Veneto sarebbe iniqua non solo perché scaricherebbe sui deboli oneri finanziari maggiori ma anche perché non assumerebbe come parametro di giudizio il loro punto di vista.

Ricordo che il referendum, per avere maggiore autonomia, ha riguardato solo i veneti che, rispetto alla popolazione del paese, resta una minority.

Il referendum, per permettere al Veneto di uscire dal Ssn, per essere "giusto" nei confronti delle altre regioni, avrebbe dovuto essere nazionale.

"L'accettazione unanime" come la chiama Rawls non riguarda il consenso di chi ha vantaggi, che si presume scontato, ma soprattutto il consenso di chi ha svantaggi.

Dubito che la Calabria e la Campania, regioni che attualmente non riescono a garantire ai loro cittadini le prestazioni previste nei Lea (Qs 28 settembre 2018), supponendo anche una minima capacità di discernimento, accettino di dare il loro consenso alla devoluzione della sanità al Veneto sapendo di rimetterci in soldi e in diritti.

Ma la capacità di discernimento del sud non va data come scontata. Tutt'altro.

Mi stupisce sapere, dal ministro Stefani, che il governatore della Puglia Emiliano abbia manifestato interesse per la devoluzione. Anzi non riesco proprio a capire come mai, la sanità del sud, cioè il popolo del sud e chi a vario titolo lo rappresenta, sindacati compresi, a tutt'oggi non abbia fatto sentire la propria voce contro.

RIAPRIAMO IL DISCORSO SUL FEDERALISMO

Le Regioni hanno buon gioco nello spiegare le loro difficoltà con le restrizioni e le incapacità imposte loro in questi anni dai governi centrali (de-finanziamento, tagli e blocchi vari, decisioni sbagliate). Per cui è comprensibile che, per liberarsi di ogni condizionamento, esse tendano a liberarsi del "limite" tout court. Pur comprendendo ciò penso che in sanità liberarsi del limite sia irrealistico e che la soluzione della devoluzione sia inaccettabile.

L'idea di devolvere la sanità, è una soluzione estrema che nasce:

- da una serie di fallimenti a partire dal titolo V quindi da una sbagliata idea di federalismo,
- dai risultati scarsi ottenuti con i patti per la salute,
- da una crescente perdita di autonomia della regione,
- da referendum andati male,
- da governi troppo disinibiti nei confronti della speculazione finanziaria
- da politiche di definanziamento concepite contro lo sviluppo della sanità.

Che fare? Forse a partire da questo governo è arrivato il momento di riprendere in mano seriamente il tema del federalismo. Cioè di fare un nuovo discorso, a tutto campo, sia sulla *governance* (gestione) che sul *government* (governo).

Il ragionamento rozzo di Bonaccini che, a Gentiloni, quindi prima di Conte, aveva proposto di barattare "de" con "de" (de-finanziamento con de-vozione) è degno di un Pd smarrito, in crisi e privo di senso politico, cioè privo di idee riformatrici. Con l'unica preoccupazione di avere le mani libere sui fondi integrativi.

Oltretutto in fragrante contraddizione con il referendum del 4 dicembre promosso dal Pd che puntava a riequilibrare i rapporti tra regioni e Stato. Non è con la stupidità politica che si recupera il consenso della gente. La sfida è proprio un'altra dal "de con de" al "de con ri": de-vozione, de-finanziamento ecc. con ri-forme).

Nella "quarta riforma" ho scritto che si tratta di definire un nuovo progetto di "universalismo" da attuare attraverso una nuova forma federale da dare alla sanità.

La mia proposta che ripropongo non è:

- difendere lo status quo contro la proposta del ministro Stefani che alla fine non fa altro che fare il suo mestiere, perché lo dico ormai da troppi anni il governo della sanità fa acqua da tutte le parti quindi non è oggettivamente difendibile,
- ignorare i problemi delle regioni perché essi esistono a prescindere da chi li ha creati.

RIFORMARE NON CONTRO-RIFORMARE

Per me caro ministro Grillo si tratta di riformare ciò che non va ma senza tradire i valori in campo.

Riformare non contro-riformare. Ciò che non va è prima di ogni cosa il modello di governo che la politica ha imposto alla sanità. E' dagli anni 90 che si inizia a parlare di "questione istituzionale", è da allora, dopo che dai comuni siamo passati alle Regioni, che discutiamo dei rapporti tra gestione e governo ma senza mai venirne a capo.

Nel frattempo abbiamo incassato due fallimenti:

- quello dell'azienda quindi dell'ideologia neolibera bocconiana che ha dato di se una prova deludente,
- quello della riforma del titolo V che ha frammentato l'unità del sistema creando diseguaglianze intollerabili.

Oggi il Veneto alle prese con i suoi problemi non solo è per il laissez faire ma è anche quello che teorizza l'azienda zero. Di questo passo la politica rischia di scadere nella dittatura del tecnocrate.

Cinque, quindi, i grandi obiettivi politici che propongo:

- fare della comunità, che è il vero soggetto di una

corretta idea di federalismo, il nuovo archè per ripensare la nostra vecchia idea di tutela,

- a partire dalla comunità fare più eguaglianza usando le specificità e le differenze,
- mettere insieme solidarietà e sussidiarietà in una strategia per la produzione di salute quale ricchezza del paese,
- preoccuparsi di rendere adeguate le prassi professionali quindi i servizi a ciò che è già cambiato da tempo cioè a un nuovo genere di domanda di salute (non c'è solo la cronicità e l'invecchiamento della popolazione),
- fare dell'adeguatezza la vera chiave di volta della sostenibilità.

IL FEDERALISMO FISCALE

L'altra tesi che avanzo è che, se le cose stanno così (da una parte il Veneto che vuol uscire dal SSN dall'altra le regioni del sud che non hanno gli occhi per piangere), allora bisogna dedurre che i meccanismi di finanziamento e in particolare quelli di perequazione, adottati sino ad ora, non hanno funzionato. Come se ne esce? La risposta per me, caro ministro della salute, è solo una e si chiama federalismo fiscale.

In generale con l'espressione "federalismo fiscale" si intende una politica perequativa volta a instaurare una proporzionalità diretta fra le imposte riscosse da un certo ente territoriale (Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni) e le imposte effettivamente utilizzate dall'ente stesso.

Ma il federalismo, non è come crede il Veneto e il ministro Stefani, una dotazione fissa di poteri regionali o un particolare insieme di ripartizione dei poteri tra livelli di governo diverso, ma è un processo, strutturato da un insieme di istituzioni, attraverso il quale si combinano diversi generi di vantaggi.

Chanchal Kumar Sharma, forse il più autorevole studioso dei problemi del federalismo, ha sempre sostenuto che il federalismo combina i vantaggi politici ed economici che vengono sia dall'unità nazionale che dalle specificità locali.

Infatti per svolgere le funzioni decentrate in modo efficace, i governi locali dovrebbero:

- avere un adeguato livello di entrate
- essere finanziate direttamente a livello locale

- godere di trasferimenti del governo centrale
- avere la facoltà di prendere decisioni sulle spese
- avere la possibilità di recuperare i costi attraverso oneri sugli utenti

La devoluzione secondo me non è un affare per i veneti perché è un modo per rinunciare a certi vantaggi nazionali.

Confermo quindi la mia tesi: i meccanismi di perequazione fiscale in sanità, adottati sino ad ora, sono sperequanti:

- si è finanziata la sanità in modo iniquo e con criteri che prescindono tutti dai risultati dell'allocazione,
- ci si avvale ancora di criteri di ponderazione e di perequazione che non sono in grado di cogliere le effettive differenze che esistono tra regioni e tra comunità nelle regioni,
- si specula con la mobilità sanitaria dei malati sulle diseguaglianze che esistono al punto che le diseguaglianze sono un vantaggio oggettivo per le regioni più forti,
- siamo fermi al criterio della spesa storica,
- si finanzia soprattutto la spesa corrente,
- la programmazione non riesce a programmare un bel niente.

CONTRO LO SPIRITO COSTITUZIONALE

La devoluzione della sanità per tutte le cose dette in questo e nei precedenti paragrafi implica un forte “*moral hazard*” soprattutto a spese dei cittadini tutti, veneti compresi e degli operatori tutti.

Definisco “*rischio morale*” una forma di opportunismo del governo regionale intento a risolvere i propri problemi di sostenibilità a scapito dei diritti delle persone siano essi cittadini o operatori.

Il “*moral hazard*” nei confronti degli operatori, implica, in ragione del suo accentuato amministrativismo, un assoggettamento delle professioni a scapito del valore della loro autonomia operativa. Nei confronti dei cittadini implica sia un problema di salute (se la medicina è amministrata la qualità della medicina cala) che un problema economico (sorgono seri problemi di equità fiscale tra i veneti e il resto degli italiani).

Sono andato a controllare il significato di “incosti-

tuzionalità” che è il seguente: “*in contrasto con lo spirito o con le norme della Costituzione*”.

Aspetto ancora i giuristi, per avere il loro parere sulle norme, ma a parte le norme e quindi i giuristi, non vi è alcun dubbio che la devoluzione della sanità alle regioni, sia in contrasto, per ragioni, morali sociali, scientifiche e economiche, con lo “spirito” della Costituzione e quindi, in tal senso, è incostituzionale.

Lo spirito della Costituzione vale come disposizione di un sistema complesso di norme concepito in origine per favorire l’universalità del diritto alla salute e la solidarietà per il suo finanziamento.

Vorrei ricordare che:

- dalla data di nascita della Costituzione, ad oggi, ha preso forma un vasto sistema normativo che per certi versi ha dato una interpretazione estensiva dell’art 32, dandogli attraverso l’istituzione del SSN, un significato ancor più universalistico e ancor più solidale,
- il giudizio di incostituzionalità dovrebbe riguardare tutto il sistema normativo assunto nel suo complesso, dal momento che, lo spirito della Costituzione oggi coincide con quello del Ssn.

Non c’è bisogno di essere incostituzionali per risolvere i problemi della sanità.

Per farlo, ormai lo dico da una vita, si tratta di entrare in una logica riformatrice. Ecco i “transiti” politici che secondo me, un “governo del cambiamento”, quindi il ministro Grillo, dovrebbe avviare:

- dal nazionalismo sanitario al federalismo sanitario,
- dall’universalismo uniforme all’universalismo discreto,
- dall’uguaglianza indifferenziata ad una uguaglianza equa,
- da un governo sugli uomini ad un governo con gli uomini,
- dalla difesa convenzionale dei diritti alla loro costruzione reale,
- dal territorio alla comunità,
- dalle sperequazioni ponderate alle vere perequazioni.

A parte il mio grande avversario di sempre “*il riformista che non c’è*” ditemi in tutta onestà, una sola ragione per la quale non dovremmo provarci?

IL DOCUMENTO DELLE REGIONI

“*Le Regioni e le nuove sfide del regionalismo*” è il titolo di un documento approvato, immagino all’unanimità, dalla conferenza delle regioni e delle province autonome (QS 23 ottobre 2018). La “*nuova sfida*” a cui si allude è il “*regionalismo differenziato*”.

Leggendo il documento della conferenza sembrerebbe, detto con il nostro linguaggio, che, anche per la conferenza delle regioni, la sanità alla fine sia indevolubile.

Se fosse così il primo ad esserne soddisfatto sarei proprio io perché l’argomento dell’indevolubilità della sanità è stato, come ricorderete, l’idea base dell’allarme da me lanciato (QS 19 settembre 2018) e della mia battaglia. (QS 24/27 settembre, 1/4 ottobre 2018)

Ma è così? Francamente non lo so. Non riesco a comprendere se il documento approvato sia in grado di disciplinare il negoziato che ogni regione dovrà fare con il governo per avere più autonomia. Oppure no. Premetto che nel documento della conferenza non compare mai la parola “sanità” cioè il suo discorso riguarda genericamente le materie costituzionalmente trasferibili. In esso tuttavia sono esplicitati i principi costituzionali che, il regionalismo differenziato, non dovrebbe violare quali la solidarietà, l’universalità l’uguaglianza che, ricordo, sono i principi vincolanti che valgono in particolare per la sanità. Quindi, pur con le cautele necessarie, se fosse vera la validità di certi principi costituzionali, allora la regione Veneto dovrebbe rinunciare al suo progetto di fuoriuscita dal Ssn.

La eventuale maggiore autonomia, in questo modo, resterebbe dentro un sistema nazionale universale e solidale, il che, per me, rispetto a come si era partiti, non sarebbe un risultato politico disprezzabile. Ciò non di meno il documento delle regioni resta inaccettabile a partire da un postulato inaccettabile: l’esclusione, dalla discussione sul governo della sanità, di cittadini e di operatori.

Dopo 30 anni circa che discutiamo in un modo o nell’altro di “*questione istituzionale*” le regioni continuano ottusamente:

- a intendere il concetto di “*istituzione pubblica*” come separato e sopra alle persone,
- a presumere che i cittadini e gli operatori siano solo

amministrabili cioè per definizione inadeguati a partecipare ad un eventuale funzione di governo.

In realtà, per tanti motivi, particolarmente oggi, la sanità non è più semplicemente amministrabile e gli operatori e i cittadini, ormai per ragioni di complessità non possono non partecipare, alla funzione di governo.

Nonostante siano diversi decenni che le regioni hanno la titolarità della sanità nel loro documento non si fa né un bilancio della loro esperienza di governo e meno che mai si accenna ad una critica al loro operato. Possibile mai che le regioni non abbiano nulla da rimproverarsi?

Il loro documento:

- si da arie da federalismo avanzato ma senza essere in nessun modo federalista (neanche per sbaglio),
- è convinto che il potere amministrativo basti a risolvere i problemi complessi della sanità,
- ci propone una potestà istituzionale alla fine drammaticamente imperita,
- ci chiede più poteri amministrativi senza garantirci nuove capacità di governo,
- si ispira ad un concetto di “*regionalismo*” che però si riduce a quello di “*regionismo*” cioè alla sua brutta copia.

Il documento, anche se la questione di fondo è “*quale regione ci servirebbe*” ci propone una idea di regione che è:

- sia “*meno di quello che dovrebbe essere*”,
- sia “*meno di ciò che servirebbe che essa fosse*”.

DEFINIZIONI

E questo per la sanità è un guaio. Accordiamoci intanto sulle definizioni:

- per *regionalismo* si intende una teoria politica il cui scopo è accrescere l’autonomia della regione,
- per *regionismo* si intende la riduzione della funzione di governo a gestione,
- per *federalismo* invece, si intende una diversa distribuzione dei poteri tra istituzioni centrali e periferiche e tra queste e la loro comunità di riferimento.

La differenza principale, tra queste definizioni, riguarda quindi il rapporto con le persone:

- nel regionalismo le regioni governano senza le persone,

- nel *gestionismo* le regioni amministrano le persone come cose,
- nel *federalismo* invece le regioni governano con le persone cioè le persone non sono semplicemente amministrabili.

Il documento della conferenza dice chiaramente che:

- la sua teoria di riferimento è quella del *regionalismo/regionalismo*,
- il suo scopo dichiarato è più autonomia per amministrare meglio la sanità.

Vediamo i rapporti tra le diverse teorie istituzionali con le appartenenze politiche:

- Il *regionalismo* appartiene alla visione istituzionale classica della sinistra (regioni “rosse”) che a sua volta rientra in quella classica del decentramento amministrativo iniziato nel 1970 e approdato alla riforma del titolo V nel 2001 e che vede negli anni un trasferimento crescente, alle regioni a statuto ordinario, delle funzioni amministrative costituzionalmente attribuibili.
- Il *regionismo* appartiene alla pratica amministrativista delle regioni che inseguono un ideale di amministrazione totale quindi centralizzato della realtà in ragione del quale tutto soprattutto la medicina, le professioni, i bisogni dei cittadini, le varie complessità, andrebbe amministrato. La “*medicina amministrata*” è un tipico sottoprodotto del *regionismo*, cioè l’uso da parte delle regioni, per scopi di risparmio, soprattutto di strumenti procedurali e di standard, per imporre ciò che conviene economicamente allo stato in barba a ciò che converrebbe medicalmente al cittadino.
- Il *federalismo* appartiene nel nostro paese idealmente alla Lega che però almeno in sanità, a tutt’oggi, non è riuscita a distinguerlo e ad emanciparlo dalla teoria del decentramento amministrativo. Il grande equivoco, un vero bluff, è stato quando nel 2001 si è fatta la riforma del titolo V per rispondere alle istanze federaliste della Lega ma restando fortemente ancorati alla logica del decentramento amministrativo.

OLTRE IL DECENTRAMENTO

Il titolo V riformato nel 2001 quindi resta dentro la teoria del decentramento amministrativo e l’attuale

proposta della conferenza sul regionalismo differenziato, non fa niente altro che svilupparlo uscendo dalla logica del decentramento, nonostante esso, abbia fatto, negli anni, più danni della grandine.

A nessuno dei tanti ambiziosi governatori regionali, alcuni dei quali si candidano a dirigere partiti moventi, altri a continuare le loro carriere in parlamento, altri ancora a ricoprire cariche prestigiose, viene in mente che, siccome, in sanità esiste un crescente problema di sostenibilità la questione dei poteri delle regioni, non può essere disgiunta da quella del genere di governo che serve a garantire la sostenibilità del sistema.

Ormai la gestione, con il crescere dei problemi di sostenibilità, si sta rivelando quale teoria di governo, inadeguata. Oggi dare più autonomia di gestione, in assenza di un vero pensiero riformatore, al massimo serve ad autorizzare delle contro-riforme cioè a fare delle mutue parastatali.

Bisogna ricordare che “amministrare” e “governare” non sono la stessa cosa. Nel primo caso il valore di base è la migliore gestione possibile di un sistema strutturalmente invariante, nel secondo caso è il suo cambiamento più efficace cioè più conveniente ai cittadini e allo Stato.

L’invarianza sta alla gestione come il cambiamento sta al governo.

La questione politica vera quindi è quale forma di governo è più adatta ad una strategia di cambiamento. Senza una strategia di cambiamento non resta che la strada della controriforma. Le regioni senza neanche una parvenza di una idea riformata di governo, vogliono più autonomia ma per fare danni.

DECENTRAMENTO

La conferenza delle Regioni dice che il regionalismo differenziato: “*costituisce un’ulteriore tappa nell’ambito del processo di decentramento che, dopo aver registrato un rallentamento per effetto della crisi iniziata nel 2008 e della conseguente legislazione di emergenza, sta vivendo una nuova stagione che vede la centralità ed il ruolo propulsivo delle Regioni nel processo di definizione dei nuovi assetti istituzionali*”.

Il documento considera il processo di decentramen-

to come un continuum che però, a causa della crisi economica, si è interrotto e che ora può essere ripreso perché la crisi è considerata in via di risoluzione.

Personalmente, limitandomi ai problemi finanziari della sanità, non credo che essi siano in via di risoluzione per cui sarebbe possibile continuare come prima cioè senza aggiustare la rotta. Al contrario delle regioni credo che il problema della sostenibilità diventerà sempre più una costante strutturale del sistema sanitario anzi un suo modo di essere

Vorrei chiarire la differenza tra il concetto di sostenibilità e quello di finanziamento.

Il grado di sostenibilità della sanità dipende soprattutto:

- dalla natura incrementale della spesa sanitaria,
- dalla disponibilità del sistema a ridiscutersi andando oltre la propria semplice amministrazione,
- dal suo grado di adeguatezza nei confronti dei bisogni da soddisfare.

Il finanziamento dipende dalla legge di bilancio e quindi da una scelta di politica economica che empiricamente è sempre più dipendente da variabili macro-economiche come il pil e il disavanzo pubblico. Quindi molto sparagnino.

Sia dato il finanziamento del FSN ebbene il suo grado di sostenibilità dipende dal grado di invarianza e/o cambiamento del sistema inteso nel suo complesso sapendo che l'invarianza:

- rende ancora più dipendente il settore dalle variabili macroeconomiche,
- accentua la natura incrementale della spesa perché aggiunge spesa a spesa senza mai compensare niente,
- accentua i problemi di inadeguatezza dell'offerta, più resti fermo mentre tutto cambia e più diventi inadeguato nei confronti di ciò che cambia. Più diventi inadeguato e più costi.

IL POTERE CHE NON GOVERNA

Fino ad ora ho sostenuto quattro tesi:

- la sanità è, per tante ragioni "indevolvibile", essa andrebbe stralciata da qualsiasi provvedimento, a partire da quello imminente, del ministro Stefani, volto a trasferire materie costituzional-

mente previste nella legislazione concorrente a quella esclusiva delle regioni,

- dietro all'idea, per me sbagliata di devoluzione, vi è un innegabile problema di governo, che dobbiamo risolvere, in qualche modo, recuperando, prima di tutto, gli effetti distorsivi che la riforma del titolo V ha avuto sul sistema pubblico,
- siccome gran parte dei problemi di governo legati al titolo v per me riguardano quello che definirei un "federalismo taroccato" ritengo che un governo della sanità autenticamente federale possa risolvere gran parte dei problemi avanzati dalle regioni senza per questo sovvertire il sistema dato,
- la devoluzione della sanità alle regioni non risolve i problemi storici di governo delle regioni al contrario come qualsiasi scorciatoia, li aggraverà ma a spese purtroppo dell'interesse generale.

Il grave errore, fatto da coloro che, per reggere all'urto della domanda di federalismo della Lega nel 2001 (DS), hanno riformato il titolo V è stato ritenere che il governo federale della sanità fosse solo un problema di poteri. Lo stesso per i propugnatori del federalismo (Lega).

Lo stesso errore, ma in forma più radicale, lo si sta facendo con la devoluzione della sanità, cioè pensare che basti, per affermare una forma federale del governo della sanità, andare oltre la legislazione concorrente quindi oltre lo Stato. Anche in questo caso la questione è ridotta, in forma esasperata, a solo questione di poteri.

In realtà per affermare una corretta forma di governo federale della sanità, il trasferimento dei poteri è necessario ma non è la condizione sufficiente.

La prima cosa che serve è una idea di governo federale "altra" rispetto a quella di un governo centrale ad amministrazione decentrata. Quale è la differenza? Mentre il primo è un governo condiviso con la comunità sociale di riferimento, quindi un governo partecipato, il secondo è un governo delegato solo agli amministratori.

Il federalismo vero decentra i poteri ma solo per dividerli con la comunità di riferimento, considerando comunità, nel caso della sanità, tanto i cittadini che gli operatori. Quindi le persone. Decen-

trare poteri e continuare a considerare la comunità non un soggetto di governo ma un oggetto da amministrare, priva il federalismo del suo significato politico più importante.

GOVERNO SENZA CITTADINI

In questi anni le regioni, per ragioni amministrative, hanno torchiato (amministrato) tanto i cittadini che gli operatori ma in nessun caso, neanche nel Veneto, i soggetti sociali e professionali sono stati chiamati a decidere insieme agli amministratori.

Il Veneto, pur dicendosi federale, ha governato la sanità senza i veneti esattamente come un governo senza i cittadini. Vi assicuro che i veneti, in particolare modo gli operatori, quelli che sono costretti a dimettersi perché privi del necessario per ben operare, avrebbero molte cose da dire.

Oltre ad una idea di governo federale (vorrei tanto conoscere quella del Veneto ammesso che ne abbia una) ci vogliono delle capacità e delle qualità, cioè chi governa e chi amministra non può essere considerato una variabile indipendente dalla forma di governo. Per guidare e gestire un governo partecipato ci vogliono capacità e qualità che in un governo amministrante non servono e viceversa.

Con ciò non voglio dire che per fare un governo federale della sanità dobbiamo cambiare governatori assessori e direttori generali (non sarebbe realistico anche perché una loro versione federalista non esiste), ma che bisogna formare una classe dirigente adeguata, sì.

Questo, se penso alle grandi regioni, Veneto in testa, non mi sembra che sia stato fatto. Al contrario, in questi anni, ho visto solo amministratori al potere, boiardi che costituivano una specie di aristocrazia tecnocratica, sempre gli stessi, per ogni stagione, intercambiabili nei ruoli e nelle funzioni anche a scala nazionale.

Ma c'è di più un governo aperto alle comunità si deve porre il problema di formare la comunità al governo. Per coinvolgere efficacemente i soggetti sociali e quelli professionali è necessario definire e organizzare il loro expertise attraverso certi strumenti prima di informazione poi di selezione e infine di partecipazione. Ma se c'è un dato incontrovertibile è che, dalla gestione del nostro sistema, è sparita,

ma fin dai tempi della riforma madre, ogni funzione informazionale rivolta ad una comunità ed ogni forma di partecipazione di governo degna di questo nome.

Il colpo di grazia è venuto con le aziende che di federale, cioè di governo partecipato, non hanno proprio niente. Anzi la loro forma manifatturiera è la massima espressione del verticismo amministrativo di cui soprattutto le regioni sono intrise. Le regioni non hanno chiesto di certo alle comunità, se chiudere gli ospedali o tagliare i servizi o fare l'azienda zero. O come fare i piani di rientro. In questi anni le politiche delle regioni sono state in un modo o nell'altro contro le comunità. Quindi decisamente anti-federaliste.

UN'ALTRA IDEA DI SANITÀ

Oltre ad una idea di governo federale e alle capacità e alle qualità giuste, per avere un governo della sanità con una forma federale, ci vuole anche un'altra idea di sanità. Non si può cambiare forma di governo senza dedurre da essa, le caratteristiche di una sanità diversa, cioè "altra" rispetto a quella amministrata sino ad ora con il decentramento amministrativo.

Se la comunità ha un senso federale, ce l'ha perché dalle sue caratteristiche, dalle sue necessità, dai suoi bisogni, si devono dedurre quelle dei servizi, delle prassi, metodologie, delle organizzazioni ad hoc. La novità del governo federale è essere un governo adeguato ad una comunità ma per essere adeguato esso deve avere prima di ogni cosa un sistema di servizi adeguato alle necessità comunitarie tanto dei cittadini che degli operatori. Se ci si limita ad avere solo maggiori poteri si perde la sfida dell'adeguatezza e non cambia sostanzialmente niente.

E qui che ci si gioca il rapporto tra generale e particolare tra comune e diverso tra uniforme e discreto. Cioè tra norme nazionali e norme locali. Cioè sulla base di norme universali si tratta di definire modalità locali. Sulle modalità comanda la comunità non il ministero. È la comunità insieme all'assessore che decide il modo di essere dell'ospedale, del distretto, della medicina generale, non il ministero.

Altrimenti, se il sistema sanitario restasse invariante (stessi ospedali, stessi servizi, stesse organizzazioni, stesso distretto, ecc.) non cambierebbe niente e il

governo che si definisce federale sarebbe taroccato cioè finto. In questo caso sarà il sistema sanitario reale dato che governerà il governo se non altro per forza di inerzia. Ed è quello che è successo con il titolo V con l'aggravante che le uniche cose fatte dalle regioni sono, rispetto alla comunità, quindi cittadini e operatori, tutte peggiorative.

Anche in questo caso vorrei tanto sapere dal Veneto e dalle altre regioni che idea di sistema sanitario hanno in testa. Ma il Veneto e le altre regioni nel chiedere per l'ennesima volta più poteri non si preoccupano mai, dico mai, di chiarire per cosa. Una volta che vi siete presi tutto il potere del mondo ci spiegate per favore cosa volete farne? O è pretenzioso chiedervelo?

L'altro grave errore fatto da coloro che nel 2001 hanno devoluto poteri alle regioni è stato quello di limitare fortemente l'autonomia di queste, quello che in Canada, che ricordo ha un sistema sanitario federale, viene chiamato *spending power*. Cioè l'uso del potere di spesa per condizionare i comportamenti soprattutto finanziari dei governi regionali. Il riferimento esplicito è ai numerosi patti per la salute che, di anno in anno, sono diventati di fatto uno scambio: un po di soldi ma in cambio gradi sempre maggiori di dipendenza delle regioni nei confronti del governo centrale.

A che serve dare più poteri alle regioni se poi questi poteri sono vanificati dai limiti economici imposti dal governo centrale? Oggi se siamo arrivati alla devoluzione della sanità è perché le regioni non riescono più a reggere lo *spending power*. Il loro tentativo folle che personalmente definisco autarchico è di risolvere il problema facendo fuori lo *spending power*.

AUTONOMIA SENZA POTERE

Ma perché da circa 20 anni le regioni sono sotto botta al punto da perdere la loro autonomia? La risposta è semplice ed è sotto i nostri occhi: ormai le questioni riconducibili alla sostenibilità dei sistemi non tollerano più il rifinanziamento dello status quo cioè di un sistema di servizi pieno di anti-economie di diseconomie e di sprechi e per di più inadeguato nei confronti di una società diversa dal passato.

La natura incrementale della spesa mette in crisi

due criteri: quello della spesa storica e quello del piè di lista. Essa impone che la spesa sia governata non semplicemente amministrata. Cioè richiede che le assegnazioni siano compensate con dei recuperi, cioè che il cammello in tempo di crisi, si nutra della sua gobba. Il de-finanziamento, per quanto odioso fosse, non era altro che una allocazione di risorse condizionata da ipotesi di risparmio sulle diseconomie.

È del tutto evidente che nel momento in cui le regioni non riuscivano a rimuovere le loro diseconomie, il de-finanziamento diventava automaticamente sotto-finanziamento cioè un taglio lineare al Fsn programmato in frazioni annuali.

Ben poche regioni sono riuscite a eliminare alcune diseconomie non tutte e per farlo hanno imposto duri sacrifici prima di tutto alla gente e quindi ai servizi e agli operatori. Questo conferma che le regioni, anche quelle brave, pur con tanti poteri, al massimo sanno amministrare, cioè cavare sangue alle rape, ma non sanno riformare un bel niente.

Purtroppo, per loro e per noi, la battaglia contro le diseconomie non si fa sul piano solo amministrativo ma soprattutto sul piano politico delle riforme. Dietro ad una diseconomia c'è sempre una realtà da cambiare. Gli sprechi veri non sono mai dati amministrativi ma sono sempre dati disfunzionali da contestualizzare nel sistema dato.

Tutte le regioni hanno tentato la carta dell'appropriatezza ma, per quanto appropriati siano i loro servizi, se i loro modelli funzionali restano vecchi cioè mai riformati da oltre mezzo secolo, essi saranno, loro malgrado, fatalmente antieconomici.

L'ospedale in quanto tale è antieconomico, anche il più appropriato, perché rispetto ai bisogni di quella famosa comunità di riferimento, resta prima di tutto culturalmente inadeguato. So di amici miei, bravi e onesti direttori generali, votati al bene pubblico, che in ospedali anche difficili come i policlinici, hanno risparmiato una barca di soldi limitandosi a lavorare sui "beni e servizi".

A costoro va la mia ammirazione. Ma quando parlo di ospedale non parlo solo di beni e servizi, di acquisti, di strutture, di spazi, ma di prassi, di metodologie di approcci, di culture, di relazioni, di contenzioso

legale, di comportamenti opportunistici. La gobba del cammello o il corpo sommerso del proverbiale iceberg, è più grande di quello che si pensa.

In sintesi: la perdita dell'autonomia delle regioni va ricondotta, a parte lo spending power, ad una loro incapacità di fondo a governare due cose:

- il cambiamento sociale,
- la spesa come processo.

Se le regioni in questi anni, grazie ai poteri dati loro dal titolo V, rispetto al cambiamento sociale avessero fatto più riforme e attraverso tali riforme avessero governato meglio la spesa, oggi non ci troveremmo a discutere di devoluzione.

Tuttavia care regioni secessioniste non illudetevi. Potrete avere tutti i poteri del mondo ma i problemi di sostenibilità restano tutti e i conti con le “vostre” anti-economie, con le “vostre” diseconomie, e con i “vostri” sprechi, dovete farli. Anzi una volta che vi sarete preso tutto, dovete farli più di prima perché la devoluzione significa l'autosufficienza finanziaria dei vostri sistemi sanitari. “Vostri” perché è tutta roba vostra dal momento che questi problemi non sono piovuti dal cielo. Siete voi che negli anni li avete creati.

Il mio timore è che, pur abbottati di poteri, senza un pensiero riformatore e senza un vero governo federale, farete solo carne da porco come se foste eternamente in piano di rientro.

Voi che chiedete di “lasciarvi fare” e teorizzate le “mani libere” siete talmente lontani da un pensiero federale che, in realtà, fate paura, perché alla fine, da finti federalisti quale siete, guardate solo al potere e non alle persone.

SENZA EQUITÀ NON C'È UGUAGLIANZA

Torniamo al punto: se invece di fare devoluzioni facessimo un vero federalismo probabilmente potremmo risolvere l'annosa questione di come governare per davvero la sanità.

Riassumo i problemi. Si tratterebbe di chiarire:

- quale governo federale dobbiamo fare
- quale idea di sanità sia coerente con una forma federale di governo,
- quali cambiamenti si intendono adottare per rendere adeguato il nostro vecchio sistema dei

servizi, prassi mediche comprese, alle necessità della propria comunità di riferimento,

- come si intende governare la natura incrementale della spesa sanitaria nel pieno rispetto dei diritti delle persone e delle autonomie delle professioni.

Secondo me il governo della sanità, nella forma federale è, tra le diverse forme di governo possibili, quella più adatta, soprattutto a mediare due necessità:

- l'universalità delle regole, dei principi, dei diritti, senza la quale non avremmo né un sistema sanitario nazionale, né una medicina scientifica, né dei ruoli professionali,
- la peculiarità dei bisogni e delle necessità delle persone, ai quali la sanità deve attendere, sforzandosi di essere adeguata e senza la quale sia le regole universali, che i diritti, quindi i principi della medicina scientifica nonché le professioni, l'organizzazione dei servizi, rischierebbero di pagare un grado importante di inadeguatezza.

Si tratta in sostanza di garantire un equilibrio tra “generale” e “particolare”. In sanità ciò è possibile proprio attraverso un governo a una forma federale per una semplice ragione: rispetto alla sua complessità e a quella della medicina essa è la più “equa possibile” consentendo per mezzo dell'equità l'uguaglianza migliore possibile.

Ma cosa vuol dire equità? È il riconoscimento di ciò che spetta al singolo in base all'interpretazione delle sue personali necessità. E cosa vuol dire eguaglianza, quindi universalismo, diritti uguali per tutti? È un ideale etico-giuridico secondo cui i membri di una collettività devono essere considerati uguali relativamente a determinati diritti.

Oggi, devoluzione a parte, sul piano più generale si è appalesato uno dei conflitti più dolorosi quello tra sanità e medicina cioè tra due valori quello dell'eguaglianza e quella dell'equità. La sanità per essere uguale o universale rischia l'iniquità e l'equità per essere adeguata alla singolarità cioè personalizzata rischia la diseguaglianza.

In sanità e in medicina non si fa eguaglianza di trattamento senza equità.

Senza equità:

- si rischia l'inadeguatezza della legge generale,

- l'universalismo diventa uniformismo cioè negazione delle differenze, delle specificità delle singolarità.

Una corretta idea di federalismo ci aiuta a mediare l'ideale dell'universalismo con il reale di ciò che è per sua natura specifico. Quindi ciò che "deve" essere uguale per tutti e ciò che "è" diverso per ciascuno. L'universalismo equo lo definisco *universalismo discreto*. Esso è impossibile come nel caso del Veneto, con forme di autocrazia amministrativa centralizzata.

La devoluzione della sanità si basa, come dimostrano le teorie sull'azienda zero, le tante forme di medicina amministrata, prevalentemente su forme di governo centralizzato e sulla concentrazione di potere su chi amministra.

Per questo sostengo che la devoluzione è del tutto antifederalista. Esse si limita in modo chiaramente illiberale, a sostituire un centro di governo con un altro centro di governo: la legislazione concorrente con quella esclusiva, lo Stato con la regione, il ministro con il governatore, l'azienda con l'assessorato, il cittadino con il funzionario, l'autonomia dell'operatore con la procedura e con lo standard.

Un centralismo amministrativo illiberale è un modo fascista di governare la sanità e di praticare la medicina.

SERVE UNA NUOVA IDEA DI GOVERNO DELLA SANITÀ

Resto convinto che:

- la spesa sanitaria tenderà fisiologicamente a crescere e che la crescita potrebbe essere ostacolata da variabili macro-economiche come l'andamento del pil,
- la tensione tra finanziamento e de-finanziamento in sanità diventerà una costante non un fatto contingente per governare il quale ci vogliamo delle discontinuità riformatrici.

Vorrei ricordare che, in mancanza della crescita economica auspicata con la manovra di bilancio, il governo prevede misure di compensazione sotto forma di tagli automatici. Anche supponendo che questi tagli non riguarderanno la sanità non sarebbe esagerato ritenere che per la sanità, se non ci saranno tagli, comunque non ci saranno finanziamenti. Per

cui la tarantella del de-finanziamento potrebbe continuare.

In sostanza sono le grandi questioni della spesa insieme a quelle che riguardano l'evoluzione della domanda sociale, che, soprattutto oggi, rendono necessario un cambiamento di rotta nelle soluzioni di governo della sanità.

La nostra sanità è come un motore che va raffreddato perché se continua a riscaldarsi finirà per ingripparsi. Per raffreddarlo non basta amministrarlo cioè dare più poteri ai meccanici ma dobbiamo riprogettarlo per farlo scaldare di meno perché quello che c'è anche con i più bravi meccanici scalda comunque troppo.

Il documento delle regioni più si citato a parte riferirsi a "sistemi territoriali" senza mai citare i Comuni (un'altra prova della sua spiccata vocazione antifederalista) si illude che "la distribuzione delle competenze amministrative e legislative dell'amministrazione statale decentrata a favore di quella territoriale" sia fondamentale a "far cessare le politiche dei tagli".

La riforma del titolo V cioè il ricorso al decentramento amministrativo dei poteri, in questi anni non ha impedito né i tagli e né il de-finanziamento della sanità. Le regioni sono state le prime vittime dello *spending power* del governo, cioè del fallimento dello strumento dell'intesa finanziaria tra stato centrale e regioni (patti per la salute).

Le regioni a causa dello *spending power* hanno perso solo gradi di autonomia. In cambio dei soldi aumentava la loro dipendenza dal governo centrale. Perché oggi il regionalismo differenziato quale super titolo V dovrebbe impedire la politica dei tagli, quando i tagli sono stati fatti soprattutto in un regime di decentramento amministrativo?

GOVERNO E SOSTENIBILITÀ

Abbiamo quindi bisogno di un'altra forma di governo che:

- vada oltre la logica della compatibilità cioè del mero adattamento dei diritti ai limiti economici perché i diritti rischiano di essere sacrificati alla compatibilità,
- non si riduca ad amministrare l'insufficienza ma che rimuova con il cambiamento le tante con-

traddizioni che esistono tra limiti e diritti per creare con una maggiore adeguatezza condizioni di maggiore sufficienza (compossibilità),

- renda più adeguato il sistema alle necessità di salute di questa società anche per farlo costare di meno,
- partecipata perché per i cambiamenti che servono abbiamo bisogno anche di conoscenze non amministrative che sono quelle dei cittadini e degli operatori cioè quelle senza le quali le complessità di vario tipo non si governano,
- faccia del cambiamento la chiave di volta per superare l'invarianza vale a dire quella condizione di fondo che a scala di sistema crea inadeguatezza tanto finanziaria che sociale.

Se per sostenibilità intendiamo un equilibrio tra risorse, servizi, bisogni, da assicurare nel tempo, si comprende come la nozione di equilibrio sia primariamente una nozione di complessità e che tale nozione non possa essere solo un problema di gestione.

Ecco perché personalmente il documento delle regioni non mi convince. Il regionalismo differenziato è una falsa soluzione. Per governare il conflitto epocale che riguarda la sanità che è quello che contrappone le risorse ai diritti oggi è necessario abbandonare la teoria del decentramento amministrativo per assumere quella di un vero federalismo intelligente.

Per fare questo ci vuole una legge, per fare questa legge ci vuole un pensiero, per avere questo pensiero, ci vuole a parte le conoscenze, le idee, le intuizioni, onestà e libertà intellettuale. Bisogna inventare qualcosa che non faccia solo i comodi delle regioni e dei loro governatori, ma che pensi al bene pubblico del nostro paese. La libertà intellettuale che serve è quella che pensa il bene pubblico. Ma l'incompetenza ci preclude tutto questo.

Da ultimo vorrei riflettere sul rapporto tra autonomia e limiti. Le regioni non vogliono meno limiti ma vogliono più autonomia.

Autonomia e limite sono concetti antitetici per cui:

- o a limiti invariati cresce l'autonomia,
 - o a autonomia invariante diminuiscono i limiti.
- Personalmente sento il bisogno di spostare l'attenzione dall'autonomia ai limiti. Che senso ha dare

autonomia alle regioni per poi toglierla loro con tanti limiti e tante obbligazioni? Più nello specifico che senso ha dare alle regioni secondo il titolo V più autonomia organizzativa e poi sottoporle al DM 70 cioè a un regolamento sugli ospedali che le inchioda a rispettare parametri decisi dal governo e che spesso non hanno nessuna pertinenza con i loro problemi locali? (QS 15 ottobre 2018).

La risposta è ovvia: in un sistema basato sul decentramento amministrativo le autonomie delle regioni sono funzioni delle politiche nazionali. Cioè la decisione dello Stato centrale per essere attuata deve essere decentrata alle istituzioni locali.

IMPARARE AD ESSERE REGIONI

Questo meccanismo lineare non funziona più perché ormai è norma che tra la regola centrale e il problema da risolvere in periferia vi sia uno scarto.

L'autonomia di governo serve a risolvere lo scarto tra un valore generale e un valore particolare.

In sostanza il problema è quello che altrove ho definito la questione dell'equità (QS 1 ottobre 2018). Rispetto a tale problema la teoria del decentramento amministrativo, anche nella formula del regionalismo differenziato non solo è poco equa ma rischia di fare delle iniquità una strategia.

La formula di governo più adatta a governare i problemi di equità è proprio quella federalista intendendo per federalismo non quello fasullo fatto sino ad ora, ma quello che ancora non abbiamo fatto.

Insomma, a me pare, che se le regioni volessero effettivamente più autonomia e meno limiti dovrebbero abbandonare il decentramento amministrativo. Questa è la ragione per la quale non mi trovo d'accordo con il documento. Le regioni nel loro insieme come un cavallo tutt'altro che ardimentoso si rifiutano di saltare l'ostacolo.

Dodici anni fa pubblicai "*Malati e governatori*" (2006) con il quale sostenevo la tesi che le regioni avrebbero dovuto imparare più che ad "essere" regioni a "diventare" regioni. Più che a gestire a governare.

Come dimostra il documento che prima ho cercato di esaminare, le regioni, mi dispiace dirlo, ancora oggi vogliono *essere* regioni chiedendo sempre più poteri amministrativi ma senza *diventare* regioni

cioè senza garantirci nuove capacità di governo. Vista la situazione toccherebbe o al parlamento o al governo avanzare una proposta di legge perché avere delle regioni imperite per la sanità non è un guaio da poco. Con queste regioni, in sanità, non si va lontano. Con queste regioni la sfida della sostenibilità è persa in partenza. Con queste regioni il rischio di privatizzazione del sistema pubblico cresce. Le regioni oggi chiedono maggiore autonomia perché vogliono contro riformare certe regole ma solo perché non sanno come riformarle.

Deregolamentare la sanità con la scusa dell'autonomia è già seccante, ma deregolamentare perché chi governa è incapace di riformare è francamente insopportabile.

Ma per quale dannata ragione tutti noi dovremmo accettare che le ostinate incapacità culturali delle regioni, (prima di tutto), mettano in pericolo l'esigibilità dei nostri diritti fondamentali?

FORMA DI GOVERNO E AZIENDA

Non si può parlare di una nuova forma di governo senza affrontare la questione "azienda". Argomento tabù per questo governo della salute.

Per cui con molto interesse ho letto la relazione fatta da Francesco Ripa di Meana alla prima convention Fiaso. Considerando che si tratta della prima convention a 26 anni dalla nascita delle aziende sanitarie, in tutta franchezza le mie aspettative sono state deluse.

Nella relazione c'è una studiata condotta narrativa che, nel più perfetto equilibrismo del relatore, ha ritenuto "opportuno" rinunciare a dire sull'azienda le cose come stanno, a descrivere i suoi problemi, le sue disavventure e quindi le sue incerte prospettive. Una relazione senza verità.

A parte unirsi al coro di chi chiede soldi, la Fiaso si presenta in questa nuova fase politica, con uno scialbore progettuale imbarazzante.

La relazione parte da una manifesta contraddizione:

- da una parte dice che le aziende sono di "proprietà" delle regioni appellando queste ultime come "la proprietà" quindi come i "padroni" dei DG
- dall'altra si lamenta che i DG sono accusati in-

giustamente "di presunta contiguità con la politica".

La relazione nel suo complesso, a causa delle tante omissioni non certo dovute alla distrazione del relatore, risulta del tutto contigua ai "padroni" e l'immagine, per me deteriorata, che essa offre dei DG, è esattamente quella di una professione assoggettata alla politica come se fosse una dipendenza assoluta. Questo non giova né ai DG e meno che mai alla politica e se mi permettete ancor meno alla Fiaso.

Per inciso mi preme contraddire la relazione sul concetto di "proprietà": per me l'azienda è ancora quella che nel 1994 in un libro scritto a più mani su come "negoziare la sanità" (Cavicchi Borgonovi, France, Mapelli, Valentini, Veronesi) definivamo uno strumento che si caratterizza con gli scopi di chi la usa per differenziarlo dall'impresa cioè da un soggetto che, al contrario, si caratterizza per gli scopi che persegue. La differenza tra strumento e soggetto resta cruciale.

Oggi è chiaro che chi usa l'azienda istituzionalmente è la regione, ma socialmente anche i cittadini e professionalmente anche gli operatori. La natura plurima degli scopi che si servono dell'azienda:

fa saltare l'idea di una regione unica padrona; pone un problema di armonizzazione degli scopi quelli finanziari della regione, quelli della soddisfazione del diritto per i malati e quella della garanzia deontologica per gli operatori. Come negare che in questi anni gli scopi finanziari della regione spesso sono stati garantiti a scapito di quelli dei cittadini e degli operatori?

pone un problema di rappresentanza e quindi per forza mette in discussione ciò che nella relazione è definita "la monocraticità della direzione generale" aprendo la strada ad un ripensamento dell'idea di azienda sulla cui necessità in tutta la relazione non c'è traccia.

Nel mentre la relazione auspica in modo imperativo "che si concluda l'inutile dibattito Aziende sì/Aziende no" e che si metta "fine alla continua delegittimazione della Azienda e della dirigenza pubblica" il dibattito esiste e la delegittimazione pure. Oggi l'azienda dopo 26 anni di travagli è rifiutata tanto dai cittadini che dagli operatori, talmente rifiutata

che da anni si dice trasversalmente che bisogna ripensarla.

Perché la relazione invece di autoincensarsi e di prendersela con le “cassandre” non ci ha spiegato la ragione di questo rifiuto? Siamo proprio sicuri che le aziende non hanno nulla da rimproverarsi?

LA DELEGITTIMAZIONE DELL'AZIENDA

L'azienda come ha ben spiegato Francesco De Lorenzo (QS 29 ottobre 2018) nasce da un grande discontinuità paradigmatica:

- da una idea di diritto alla salute assoluto quindi incondizionabile,
- si passa ad una idea di diritto finanziariamente condizionabile quindi relativo.

L'azienda nasce per condizionare l'assolutezza del diritto alla salute o meglio la gestione è vista come lo strumento principale per mediare gli scopi economici con quelli sociali e professionali e comunque per spendere meno. Il modo per condizionare il diritto, poi ripreso con la legge 229 del 99, è quello della razionalizzazione.

Oggi dopo 26 anni tanto il postulato del diritto condizionato quanto quello della razionalizzazione, sono apertamente in crisi, cioè tanto l'azienda che la gestione ormai da tempo, di fatto, sono visti dalle politiche economiche finanziarie, quindi dalle leggi di bilancio, come del tutto insufficienti a garantire quella che da alcuni anni definiamo “sostenibilità”. La partita cara la mia Fiaso non è chiusa.

I tagli lineari, il de-finanziamento programmato, i patti della salute, la spending review, le spinte verso una maggiore autonomia, il regionalismo differenziato, le politiche di riordino regionale, il dm 70, il regionismo, sono tutte forme di delegittimazione del ruolo e del significato dell'azienda. Tutte queste cose passano sopra la testa dell'azienda e finiscono per essere interventi sulla azienda e contro l'azienda. Ma di questo problema nella relazione non si fa cenno. Oggi quindi l'azienda non è più la soluzione che si pensava nel '92 ma paradossalmente è diventata a sua volta un problema di sostenibilità.

La dimostrazione evidente è il processo di riduzione costante e progressivo del numero delle aziende. Nel 1992 avevamo 659 aziende nel 2017 ne abbiamo

101. Perché questo taglio sul numero delle aziende? Se l'azienda come dice la Fiaso è un salva-sanità perché mai devo privarmi di questo strumento? Forse che la sanità non è più da salvare? No la sanità è sempre da salvare e secondo me lo è più di prima, ma l'azienda ormai sembra aver fatto il suo tempo. Oggi abbiamo forti processi di accentramento della gestione mi riferisco alle aziende uniche regionali, alla concezione di azienda zero, alle mega aziende per mega territori e contestualmente una forte centralizzazione delle scelte di politica sanitaria, penso al dm 70, al decreto sull'appropriatezza, ai patti per la salute, al regionalismo differenziato cioè a misure che svuotano ad ogni livello le regioni e le aziende della loro autonomia.

E come dimenticare il grande paradosso degli ospedali incorporati dalle aziende uniche che diventano a loro volta aziende nel mentre ancora oggi come Sisifo corriamo dietro all'integrazione ospedale e territorio senza mai raggiungere l'obiettivo.

La relazione su questi problemi se la cava con una frase tanto ridicola quanto dorotea: *“Il percorso è stato lungo e non sempre lineare”*.

UN TRIONFALISMO DAVVERO FUORI POSTO

Due affermazioni:

- *“Possiamo affermare che l'aziendalizzazione in sanità è stato il modo più concreto e coerente per dare attuazione al diritto alla salute sancito dalla Costituzione”*.
- *“Le aziende sanitarie hanno salvato il Ssn”*.

Nella relazione, queste due affermazioni, come è intuibile, sono del tutto opinabili e rivelano un trionfalismo e una immodestia davvero, fuori posto per cui la rivendicazione di meriti che la Fiaso fa, per il solo fatto di negare i meriti degli altri e per essere platealmente in contraddizione con il più semplice principio di realtà sullo stato effettivo delle aziende, risulta irricevibile. Una brutta figura che la Fiaso poteva risparmiarsi.

Ma la cosa che mi preme rimarcare non è la presunzione della Fiaso ma è la sua visione del mondo.

Oggi l'attuazione del diritto alla salute è molto problematica, e non può essere data realizzata e come scontata, essa per cominciare è molto diseguale nel

paese, soprattutto molto condizionata financo da semplice problemi di accesso al sistema delle tutele, per non parlare della insufficienza finanziarie dei lea, delle conseguenze sulla funzionalità dei servizi determinata sia da gravi carenze del personale, che dalla grande questione della sfiducia sociale (contenzioso legale, medicina difensiva).

Soprattutto oggi il diritto alla salute, nel senso inteso dalla Costituzione, è in competizione con le teorie del sistema multi-pilastro, con le false mutue integrative, è inficiato dall'affermarsi di una medicina sempre più amministrata cioè messa in pericolo da un uso economicistico da parte delle aziende delle procedure, dalle grandi questioni professionali, tanto quella medica che infermieristica, che sempre meno sono deontologicamente una garanzia per il diritto del cittadino.

Ma c'è di più: oggi il diritto alla salute è contraddetto platealmente dalla mancanza di politiche per la produzione della salute come bene primario.

Diciamo la verità: alle aziende della prevenzione non è mai importato molto. Esse sono sistemi gestionali pensati in una vecchia cultura riparatrice quindi mutualistica per la cura della malattia. Esse sono culturalmente "mutue" gestite in modo aziendale.

Se pensiamo quindi alla prevenzione il diritto alla salute è stato negato proprio dalla prevalente cultura riparatrice delle aziende. Quindi sarei più cauto nell'affermare che il diritto alla salute è stato attuato grazie alle aziende sanitarie. Ma a parte ciò, va detto che il diritto alla salute, particolarmente oggi è tutto in divenire e almeno, secondo il ragionamento della mia "quarta riforma", esso oggi nei contesti dati, ha bisogno, per essere davvero attuato, di una nuova stagione riformatrice perché la prima, secondo me, ormai ha esaurito la sua propulsione.

DOMARE IL "MOSTRO" DELLA SOSTENIBILITÀ

C'è un ultimo aspetto della relazione che mi preme richiamare. Lo spunto mi viene offerto da un'altra affermazione incauta "Oggi" dice la relazione "il mostro della insostenibilità sembra domato".

Mi permetto di dire che, pur apprezzando la parità di bilancio conseguita dalla maggior parte delle aziende e ovviamente anche i risultati di riduzione

della spesa sanitaria complessiva che grazie soprattutto ai tagli sono stati conseguiti in questi anni, secondo me valutando il presente e in particolare gli orientamenti della legge di bilancio in discussione al parlamento, la questione della sostenibilità è ben lungi dall'essere stata domata.

Quello che io penso è che il problema della natura incrementale della spesa sanitaria, da oggi in avanti, soprattutto se usciamo dalla logica del de-finanziamento, si riproporrà ancora con più forza. Il programma di governo prevede nel triennio interventi diversi che comporteranno una crescita inevitabile della spesa sanitaria e che comporteranno nuovi problemi di sostenibilità e quindi la necessità di fare ricorso a modalità di compensazione in relazione all'andamento del pil e del disavanzo pubblico ma soprattutto renderanno inevitabile il ricorso a misure che rendano strutturalmente il sistema sempre meno costoso.

Non solo, ma credo che tutte le formulette usate nella relazione (fare meglio con meno, spendere bene quello che si ha, efficientamento, recupero di risorse ecc) restino ovviamente importanti, perché razionalizzare non è mai una cosa sbagliata, ma nello stesso tempo insufficienti dal momento che fuori dalle misure di razionalizzazione restano:

- le grandi diseconomie strutturali del sistema,
- le grandi anti-economie che si nascondono dietro le grandi invarianze del sistema sia nei servizi che nel lavoro,
- le grandi contraddizioni che oppongono purtroppo la sanità alla società.

Per cui non solo credo che il problema della sostenibilità non è domato ma che per la sua risoluzione dal momento che per liberare risorse razionalizzare non basta più, si debba mettere mano ancora una volta ad una seconda fase riformatrice nella quale non è possibile non ripensare l'azienda, cioè il ruolo della gestione in relazione a un ruolo più grande di governo. Non credo che basti gestire bene per ridurre i costi strutturali del sistema che rammento, son ridicibili ma solo con un ripensamento dei modelli. Insomma proprio per ragioni di sostenibilità e non solo, secondo me, l'azienda esattamente come modello dovrà essere ripensata e anche profondamente.

GESTIONE E GOVERNO

La Fiaso in luogo del concetto di riforma preferisce quello di innovazione. Ho già spiegato, in polemica con il forum per il risk management, la differenza tra innovazione e riforma. (QS 18 marzo 2018) L'innovazione è uno strumento di gestione la riforma è uno strumento di governo. In futuro la gestione della sanità dovrà essere ri-commisurata in rapporto alle nuove sfide di governo della sanità.

Si tratta di ridiscutere la gestione non in quanto tale sia chiaro (pur sempre la sanità va gestita) ma come unico modo di governare. In futuro saranno gli interventi di riforma a liberare risorse in luogo dei tagli lineari e delle misure di de-finanziamento. A parte la privatizzazione, che non auspico, non vedo altra strada. Forse in questo modo troveremo la maniera per risolvere l'annoso problema del rapporto tra gestione e politica.

Sostengo con forza che la sanità oggi per una infinità di motivi deve rinnovare la forma di governo che sino ad ora l'ha sia gestita che governata.

Non si tratta solo di rispondere alla domanda "quale regione per quale sanità" ma anche a quella "quale azienda per quale regione" ben sapendo che in una concezione di governo, ad esempio federale, l'idea di fondo resta quella di un genere di governo non monocratico ma partecipato. Un'azienda coerente con un governo regionale partecipato non può che essere una azienda, se restiamo in questa tipologia concettuale, a management diffuso nella quale i medici per esempio diventano, in un modo da definire, co-gestori e i cittadini, in un modo da definire, controllori. Dove il "dipendente" descritto sino ad ora per competenze (compitiere) diventa "autore" definito per impegni e per risultati quindi pagato sugli uni e sugli altri.

Personalmente non escludo la possibilità, in questo lavoro di ripensamento della forma di governo, di abbandonare l'ambito concettuale di azienda e di adottarne un altro più adeguato alle sfide che ci aspettano e questo per tre ragioni di fondo:

- per segnare un discrimine tra una prima fase di riforme, quella iniziata nel '78 continuata nel '92 e conclusasi nel '99 e una seconda fase, tutta da definire, e che personalmente ho riassunto nell'espressione "quarta riforma"

- per sostenere che il processo riformatore iniziato 40 anni fa non è ne esaurito ne attuato e meno che mai è esente da difetti lacune e contraddizioni gravato come è da macroscopiche invarianze soprattutto culturali, e che esso va continuato sviluppato corretto reinterpretato
- per disporre di qualcosa che non abbia i difetti tipici dell'azienda cioè che abbia ben altre connotazioni e che segni nella percezione sociale un passaggio dove il diritto alla salute, pur restando finanziariamente condizionato, torni ad essere non il prodotto della cura ma una condizione di vita.

Vorrei da ultimo rivolgermi ai direttori generali. In questi anni ho conosciuto molti di voi alcuni davvero molto bravi, con una grande professionalità, ma anche con una grande sensibilità e ottime qualità relazionali, (non faccio nomi per non compromettere il loro futuro) altri autentici figli della politica clientelare quindi mediocri per definizione. Ho conosciuto Dg che hanno sempre svolto la loro professione in "piano di rientro" e a costoro va la mia massima stima e solidarietà. Ho conosciuto Dg che sono riusciti a cavare sangue dalle rape cioè a ottenere dei risultati ammirevoli non perché hanno risparmiato tanto ma perché hanno risparmiato senza tradire i valori morali della sanità pubblica. Cioè Dg con la fissa dell'etica non solo del bilancio.

A voi DG dico di non fare l'errore che la Fiaso ha fatto in questi anni ma non solo lei, penso ad alcuni papaveri della Bocconi, cioè di considerare la critica all'esperienza aziendale come contro l'azienda. Non sono mai stato un anti-aziendalista e lo dimostra quel volume che ho citato del '94 e non solo quello. Nello stesso tempo se l'azienda è uno strumento e lo strumento per tanti motivi nel tempo risulta inadeguato anche perché gli scopi sono cambiati, non trovo scandaloso rifletterci sopra. Anzi, nel vostro interesse, trovo scandaloso che una convention sull'azienda dopo 26 anni di storia, non lo faccia.

Capitolo 4

Il ritorno al mutualismo del ministro Grillo

NELL'AMBITO DELLE STRATEGIE di contro-riforma della sanità oggi il governo dovrebbe mettere un freno al mutualismo di ritorno perché a sua volta insieme al regionalismo differenziato, al welfare aziendale, rappresenta un grande pericolo per la sopravvivenza dell'universalismo.

A tutt'oggi niente è stato fatto per contenere il fenomeno. Non solo ma per quanto possa sembrare incredibile il ministro Grillo sta teorizzando attraverso il patto per la salute una revisione della normativa per favorirne l'espansione e lo sviluppo.

Quando si parla di mutualismo di ritorno si dovrebbe fare una distinzione:

vi è un mutualismo esterno di ritorno e che riguarda la messa in campo di servizi sanitari privati offerti in competizione con il pubblico

vi è un mutualismo interno al servizio sanitario pubblico che riguarda la cultura dei servizi sanitari offerti a tutt'oggi con una vecchia cultura mutualistica mai riformata

La cultura mutualistica oggi nei confronti di questa società e dei suoi cambiamenti culturali, ma anche nei confronti dei problemi di sostenibilità della sanità pubblica, è quanto di più superato e di meno conveniente si possa immaginare. Ma il governo in carica si è guardato bene dal rimetterla in discussione aprendo le porte a culture della tutela nuove e moderne.

Anche questo governo mostra di non aver ancora capito la portata strategica dell'enorme contraddizione che esiste tra il servizio sanitario nazionale e i suoi modi di essere culturalmente mutualistici. Il prezzo di questa contraddizione che è interamente culturale, è in tutti i sensi enorme.

Nessuna seria sostenibilità nessuna difesa efficace del nostro sistema pubblico e nessuna seria ricostruzione della fiducia sociale, sarà mai possibile se prima non sarà rimossa la macroscopica contraddizione culturale del mutualismo.

FONDI INTEGRATIVI O SOSTITUTIVI?

Se la questione "mutue" (uso questo termine in modo intercambiabile a quello di fondi), come dicono i suoi propugnatori, è tanto scontata, cioè una innegabile evidenza economico-sociale a cui la politica deve semplicemente obbedire, la prima cosa che tenterei di fare, è comprendere perché la

politica sino ad ora non ha obbedito e non obbedisce e perché continua ad esitare incurante di apparire inconcludente e incomprensibilmente irrazionale.

Ma per capire questo "perché", temo che siano necessarie due cose:

- andare oltre il concetto generico di "politica" per

vedere cosa c'è dietro e cosa c'è dentro. Di quale politica parliamo? Cioè di chi parliamo?

- comprendere se le evidenze degli economisti siano davvero tali ammettendo la possibilità, che non siano evidenze e meno che mai convincenti

L'idea di mutua volontaria dalla 833 in poi, lambisce tutte le leggi di riforme successive (502/229) quindi traversa i governi più diversi di centro destra e di centro sinistra, fino ad arrivare con il IV governo Berlusconi, cioè con un governo di centro destra (2008), al sistema multi-pilastro quindi al cambio di sistema. Dopo Berlusconi, tutti i governi che si sono succeduti, a parte la parentesi Monti (governo tecnico), sono stati tutti di centro sinistra (Letta, Renzi, Gentiloni), ebbene questi governi rispetto alla possibilità di un cambio di sistema hanno frenato (o se preferite "esitato") frenando proprio sulla possibilità di istituire la "seconda gamba" a cui con tanta insistenza si riferiscono i neo mutualisti.

UNA SINISTRA ESITANTE

La mia impressione è che la "politica" che, in questi anni ha esitato:

- non sia tanto quella di destra, che coerentemente con il pensiero neoliberalista ha sempre più o meno ragionato con gli argomenti degli economisti "liberal"
- ma sia principalmente quella di "sinistra" che si è limitata, prima con la riforma Bindi poi con i provvedimenti Turco, a sdoganare il problema delle mutue, soprattutto dal punto di vista fiscale, ma mantenendolo, rispetto al sistema pubblico, dentro una precisa residualità e una precisa marginalità. Quindi rifiutando di fatto il cambio di sistema.

Discorso a parte va fatto per il governo Renzi che fa il salto ma sul welfare aziendale, che essendo un welfare eminentemente contrattuale riferito al job act cioè al costo del lavoro, non riguarda il resto delle mutue, che restano, in quanto tali, sostanzialmente vincolate ad una normativa per loro, del tutto insoddisfacente.

In sintesi la politica a cui si rivolgono i sostenitori delle mutue, in particolare la sinistra di governo, fino ad ora ha esitato perché ha temuto, e non a torto, che la "seconda gamba" in realtà fosse un cavallo

di Troia attraverso il quale far passare subdolamente un cambio di sistema.

Oggi gli apologeti delle mutue e dei fondi, evidentemente sentono restringersi lo spazio politico, quindi rilanciano e ci riprovano per l'ennesima volta, proponendoci un cambio di sistema, cioè di superare la marginalità, nella quale le mutue sono di fatto prigioniere, proponendo a questo governo, di far loro assumere un ruolo di "complementarietà" quindi di componente strutturale del sistema, la proverbiale "seconda gamba".

UN DILEMMA MORALE

L'errore che fanno i sostenitori delle mutue e continuano a fare (se si può chiamare errore una precisa scelta intellettuale), è quello di porre il dilemma fondi integrativi/fondi sostitutivi come un "dilemma economico", senza capire che per la sinistra, ma non solo, per la politica con un po di sale in zucca, esso in realtà prima di tutto è un dilemma morale non riducibile a questioni tecniche". Il dilemma economico è tutto da dimostrare

Un "dilemma morale" può essere descritto come una decisione che richiede una scelta tra principi concorrenti, spesso in contesti complessi e con elevata carica di responsabilità e soprattutto con una inevitabile cascata di conseguenze giuridiche etiche tecniche organizzative, sanitarie ecc.

Aggiungere una gamba al sistema attuale non è, come vogliono farci credere, una cosa minima, piccola, ininfluente, senza conseguenze (*niente altro che...*) ma è un cambio di sistema, cioè un cambio di postulati, di presupposti, di principi, di forme di tutela, che a regime cambiano, e non di poco, il nostro sistema universalistico ma soprattutto l'accesso ai diritti dei nostri cittadini e il genere di tutele che si debbono garantire. Cambiare questo sistema, nel senso di contro-riformarlo, dando il via libera alle "mutue" è una operazione regressiva ed ha delle conseguenze elettorali. E la "politica" lo sa benissimo.

Ma per quale diavolo di motivo, a parte gli interessi della speculazione finanziaria, da un tutt'uno devo passare a un sistema duale (logica duale) facendo i fondi integrativi per poi superarli ed avere in nome della complementarietà di nuovo un tutt'uno integrato (logica integrata)?

L'EQUIVOCO DELLA IDEOLOGIA

L'altro errore che, secondo me, fanno i sostenitori dei fondi è di liquidare e confinare questo "dilemma morale", grande come una casa, nell'ambito della ideologia

La parola "ideologia" ricorre spesso nei loro discorsi ma come critica a quella che lui ritiene essere semplicemente una manifestazione di irragionevolezza da parte della sinistra. Tutto quanto non coincide con la razionalità economica e con la soddisfazione degli interessi in campo, è ideologico. Senza comprendere che, nel momento in cui la razionalità economica, si propone come una metafisica, cioè come una evidenza incontestabile quindi come verità apodittica, a sua volta diventa una pretesa ideologica. Non ho mai capito perché chi persegue interessi privati (seconda gamba) non fa ideologia ma fa economia, mentre chi persegue interessi pubblici (sistema universale) non fa economia ma ideologia.

Personalmente ritengo che "ideologia" sia un termine logoro e inadeguato a descrivere le differenze e i contrasti che, ad esempio, riguardano la possibilità di operare un cambio di sistema, meglio sarebbe se adoperassimo il termine "*weltanschauung*". In cosa consiste la contrapposizione è presto detto:

- in una il soggetto progettante è l'interesse speculativo e il sistema multi-pilastro vale come rappresentazione della sanità
- nell'altra il soggetto progettante è il diritto e un unico sistema universale equo e solidale vale come rappresentazione della sanità.

Che c'entra l'ideologia? Si tratta di due diverse progettazioni del mondo.

RICONOSCERE LO STATO DI FATTO

La sensazione che ho leggendo la letteratura dei sostenitori delle mutue è quella di un mutualismo di ritorno che, sin da subito, cioè a partire dalla 833, non si è rassegnato a subire l'art. 46 sulla "mutualità volontaria" cioè il grande divieto che ricordo recita così: *La mutualità volontaria è libera. È vietato agli enti, imprese ed aziende pubbliche contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal servizio sani-*

tario nazionale.

Questo mutualismo di ritorno nel corso degli anni dopo azioni di lobbying inaudite, pressioni di ogni tipo, vari spalleggiamenti di alcune università, ha tentato di aggirare due cose:

- il divieto di finanziamento
- il concetto di prestazioni integrative

Ottenendo delle deroghe alla norma primaria e creando delle situazioni di fatto.

Ora, ripeto in un momento politico particolare, il tentativo non è solo quello di consolidare il processo tanto faticosamente avviato ma, usando le situazioni di fatto, chiedere alla politica di:

- prendere atto della realtà che si è creata ad arte
- di modificare la normativa esistente legalizzando la seconda gamba.

Cioè chiedere alla politica (quale?) di occuparsi non del SSN per migliorarlo o renderlo sostenibile più equo o più adatto ai nuovi bisogni, ma di tutelare gli interessi del mutualismo prendendo atto delle cose in essere.

Quando leggo "*non ha senso parlare dell'esigenza o meno di altri pilastri, ci sono e basta*" o quando leggo cose, anche contraddittorie, come "*i fondi intergrativi non sono mali decollati*" e "*i fondi sostitutivi non esistono perché esistono solo fondi che erogano prestazioni cliniche in un regime di erogazione diverso*", o quando si dice che bisogna prendere atto che esistono: "gli extra lea", i corpi intermedi, le regioni che vogliono integrare i finanziamenti pubblici con i fondi, e parla di "*natura intrinsecamente complementare dei fondi*", non si fa altro che tentare di assumere le situazioni di fatto per rivendicare una legislazione che riconosca quello che ancora non c'è a partire da quello che c'è. A costoro non interessa discutere di quale sistema sanitario servirebbe, o di quale riforma, o quali politiche per i diritti, a costoro interessa solo che certi interessi trovino la loro collocazione. Questa per me non è una differenza da poco. È la distanza che intercorre tra la nozione di bene pubblico e quella di un interesse privato.

IL PROBLEMA DELLA MERITORIETÀ

Il nodo nella fitta argomentazione dei mutualisti è uno solo e è quello del rapporto tra meritorietà/incentivazione:

- se la seconda gamba ha dei meriti
- la seconda gamba va finanziata fiscalmente
- nel momento che la seconda gamba è finanziata
- la seconda gamba deve emanciparsi dalla sua storica marginalità
- la seconda gamba deve entrare di diritto a far parte del sistema.

Il concetto di “meritorio” nei confronti delle mutue, è piuttosto problematico. Questo concetto è usato dai mutualisti in tre sensi:

- che procura un guadagno
- che procura dei vantaggi
- che è degno di essere ricompensato

Per quello che riguarda me ricordo solo di un “viaggio”, fatto su questo giornale, sulle mutue che si è concluso con un articolo il cui titolo non a caso era *“Le mutue e la banalità del male”* dove cercavo di dimostrare, avendo in gioventù fatto esperienze professionali dirette di mutue, il loro basso grado di meritorietà.

La qualità dell’assistenza mutualistica per una serie di motivi descritti in quell’articolo, rispetto a quella pubblica a parità di normali condizioni funzionali, è di gran lunga la più bassa e aggiungo la più inattuale. Certo esistono prestazioni e costi a margine del sistema pubblico che non sono coperte e nessuno le nega ma esse non bastano a giustificare un cambio di sistema. Una onesta mutua onestamente integrativa basta e avanza.

In tutta franchezza, nel terzo millennio offrire mutualismo, non è proprio il modo giusto per essere adeguati ai nuovi bisogni delle persone. Del resto è nota la mia lamentela sul fatto che a tutt’oggi, proprio perché le riforme non sono andate a fondo nel SSN, esiste ancora una eccessiva cultura mutualistica (QS 17 settembre 2018)

UN PENSIERO RECIDIVO

Quella dei mutualisti è una vecchia battaglia, come vecchio è il nostro disaccordo, che, continuerà, probabilmente proprio in ragione dell’incommensurabilità delle nostre legittime weltanschauung.

Al tempo costoro sono stati i sostenitori della teoria dell’universalismo selettivo, quella alla quale Sacconi si ispirò per proporre l’idea del sistema multi-pilastro.

Nel 2001 a vario titolo costoro invocando, l’emergenza, dicevano che:

- *“la sanità per tutti non regge più” e che era arrivato il momento di mettere ticket, aprire ai fondi integrativi e alle assicurazioni”*
- *“la sanità è troppo costosa per essere sostenuta dalle sole casse dello Stato”*

E in nome della crisi teorizzava la ridiscussione del SSN invitandoci tutti a *“guardare la realtà”*: *“non ci si può continuare a illudere che possa essere un’universalità assoluta e non selettiva, che tutto sia gratuito e ricompreso nei Lea”*. (QS 7 ottobre 2011)

Poi, ai tempi di Monti, non sembrò loro vero che si mettesse in discussione la tenuta del sistema pubblico (*“il Presidente del Consiglio ha, a mio parere, assolutamente ragione: se persiste la crisi, (omissis) allora vanno decise le priorità”* e tentò di convincerci che il SSN fosse *“a rischio”* aggiungendo *“le parole e i concetti devono essere esplosi con coraggio fino alle loro conseguenze meno piacevoli”* (QS 28 novembre 2012)

IL COSTO DEGLI INCENTIVI FISCALI

Gli incentivi alle mutue, tornando all’insegnamento marxiano, strappati per aggirare l’ostacolo dell’art 46 della 833, insieme a quelli riconosciuti da Renzi per il welfare aziendale, oggi più che mai sono sempre più incompatibili con i problemi di sostenibilità del sistema pubblico e soprattutto in aperta contraddizione con le politiche di de-finanziamento che anche questo governo è stato costretto a confermare con l’ultima legge di bilancio. Gli incentivi in questo quadro e soprattutto con un ministro che promette soldi a tutti ma senza liberare soldi in altro modo, si configurano sempre più come una ingiusta e ingiustificata sottrazione di denaro pubblico che al contrario, a condizione di avere un progetto di rilancio in testa, dovrebbe e potrebbe essere speso per far funzionare meglio il sistema pubblico.

In occasione della legge di bilancio a proposito del problema degli incentivi, molte, a partire dalla mia, sono state le voci che hanno rivendicato la cancellazione degli incentivi per dare al SSN i soldi che servivano per assumere gli operatori che mancano e, in particolare l’Anao, per rinnovare i contratti.

Non è possibile che il pubblico continui ad andare avanti a polenta e il privato continui ad avere gli incentivi. Alla lunga questa storia, alla faccia dell'argomento sulla "meritorietà", non può reggere e, l'indagine della commissione affari sociali della camera, in materia di fondi integrativi del SSN, la dice lunga. Mettiamo il caso che si scopra l'acqua calda e cioè che i fondi integrativi e il welfare aziendale siano tutti sostitutivi del pubblico, nel senso di essere un doppione del sistema pubblico, mi si deve spiegare perchè lo Stato oggi alle prese con una gravissima carenza di personale, non debba recuperare i soldi per gli incentivi e migliorare così l'unico sistema autorizzato dalla legge a tutelare la salute dei cittadini.

Cioè la politica dovrebbe spiegare mentre scoppia l'emergenza occupazione, perché vi sono cittadini con doppi diritti e perché vi sono cittadini senza diritti.

In sostanza io penso che per le cose dette si dovrà prima o poi:

- tornare di fatto allo spirito dell'art 46 delle 833 cioè ribadire il valore della mutualità volontaria a carico esclusivamente di chi vuole farvi ricorso cioè se volete la mutua nessuno ve lo impedisce ma pagatevela cioè non chiedete soldi allo Stato che vi mette a disposizione il SSN
- mettere le mani nel sistema pubblico per farlo non solo funzionare meglio ma per renderlo più adeguato alle necessità dei cittadini per cui prima o poi sperando nella sensibilità riformatrice del governo non escluderei qualcosa che assomigli ad una "quarta riforma".

LE MUTUE DEL MINISTRO GRILLO

Ho appena sostenuto che sino ad ora la sinistra di governo (Letta, Renzi, Gentiloni) ha esitato a istituire la "seconda gamba" perché tra le varie cose che impedivano tale eventualità, c'era anche un "dilemma morale", legato al fatto che fare un cambio di sistema avrebbe avuto pesanti conseguenze negative sulle persone più deboli, sull'accesso ai diritti, sulle disegualianze.

In cuor mio speravo, confesso la mia ingenuità, che con un ministro 5 stelle, la possibilità di un ribaltone del genere, fosse improbabile anche se, con un inciso

nel paragrafo precedente non escludevo la possibilità, proprio con questo governo, che ciò potesse avvenire:

"Non escludo tuttavia che a un certo punto il "dilemma morale" possa essere superato proprio per disperazione finanziaria. Il rischio a cui andiamo incontro, a causa delle politiche ordinarie di questo anodino ministero della salute, è quello di acuire i problemi di sostenibilità del sistema esponendolo a crescenti gradi di privatizzazione".

Ebbene questa possibilità, di superare il "dilemma morale", esattamente per "disperazione finanziaria" in questi giorni è stata messa nero su bianco, da un ministro 5 stelle, nella bozza di Patto per la salute (d'ora in avanti "patto").

Egli ha di fatto proposto alle regioni una intesa per ridiscutere il sistema universale e istituire la "seconda gamba".

Si confermano così le tre leggi fondamentali del "riformista che non c'è":

- quando in sanità hai dei problemi soprattutto finanziari, e non hai idee, l'unica cosa che devi fare è contro-riformare facendo bene attenzione che a rimetterci siano i più deboli,
- quando non capisci e non sai nulla di sanità fai comunque qualcosa che dimostri che per lo meno sei capace di distruggerla,
- fregatene del "dilemma morale" il problema è galleggiare ma non dimenticare mai di informare i social con dei twitter su qualsiasi cosa che fai durante il giorno dal momento che non hai null'altro da offrire.

IL PATTO PER LA SALUTE

Nonostante in questo patto si dichiari in apertura di voler "voltare pagina", di "guardare al futuro" di "rafforzare lo spirito universalistico ed equitario del Ssn", di "superare la logica del risanamento" e tante altre belle cose, esso esprime la schizofrenia di una politica sanitaria che non si capisce se è una linea del M5S o il frutto dell'insipienza, di un ministro, incapace di tradurre il mandato ricevuto in un vero cambiamento virtuoso.

Del resto, in entrambi i casi, se non si sa come si rompono le uova e nemmeno come si sbattono, e come si usa una padella, come si fa a fare la frittata?

Vorrei rivolgermi a quella parte del M5S con la quale in questi anni sulla sanità, ho condiviso delle complicità: la linea che emerge dal patto non è in nessun caso obbligatoria e necessaria, cioè non è, a parità di problemi, l'unica strada percorribile, quella che bisognerebbe prendere per forza, ma è ciò che pensa sia giusto fare sbagliando un ministro o chi per lei semplicemente a corto di idee.

Il patto ci dice dei limiti del ministro o dei limiti di chi le da linea, ma in nessun caso ci dice come si possono risolvere davvero senza distruggere i problemi della sanità.

La proposta di patto parla di tante cose alcune anche positive ma quelle davvero notevoli cioè con grandi conseguenze sulla tenuta del sistema pubblico sono tre:

- l'anticipazione di fatto del regionalismo differenziato,
- l'istituzione della seconda gamba,
- una politica per gli operatori molto pericolosa.

ANTICIPAZIONE DEL REGIONALISMO DIFFERENZIATO

Nella bozza di patto si legge:

- *“Si ritiene necessario anche valorizzare il principio di autonomia regionale, consentendo alle Regioni in pareggio/avanzo di bilancio di gestire e modulare i propri fattori produttivi in maniera più aderente alle proprie scelte organizzative”.*
- *“Per consentire alle Regioni di modulare i propri fattori produttivi in maniera più aderente alle proprie scelte organizzative si rende opportuno concedere una maggiore flessibilità al sistema, pur nel rispetto degli obblighi di finanza pubblica, con riferimento ai vincoli di spesa previsti dalla normativa nazionale”.*

Quando, all'indomani dell'incontro sul regionalismo differenziato, con il ministro Stefani, seguirono le dichiarazioni del ministro Grillo (QS 23 gennaio 2019) scrissi un articolo che fece scalpore con il quale accusavo, senza mezzi termini, il ministro della salute di “avallare” il regionalismo differenziato con ciò, sostenendo, che per questa strada si apriva la porta ad una politica che puntava a ridimensionare pesantemente il SSN (QS 24 gennaio 2019).

Dopo di allora la questione “regionalismo differenziato” è stata messa dal governo in stand by, soprattutto grazie all'intervento prudente di Di Maio che temeva di “spaccare l'Italia in due”, ma anche di Salvini che dichiarava la sua contrarietà a fare “*citadini di serie A e di serie B*”.

Dalla sanità invece si levò forte la protesta degli ordini (Teatro Argentina 23 febbraio 2019) che chiedeva sulla questione un confronto. Parallelamente, anche grazie ad un appello sottoscritto da 30 costituzionalisti, si faceva strada l'ipotesi, per altro sembra condivisa anche dal presidente della Repubblica, di un passaggio di parlamentare.

Rispetto a questa situazione politica, che si anticipi, in un patto tra regioni e governo, una contro riforma costituzionale ancora tutta da decidere e sulla quale gravano ipoteche politiche grandi come catene di montagne, da par mia, la reputo semplicemente una decisione sconsiderata e che fa sorgere dubbi politici importanti:

- se è una decisione del ministro della salute allora questo ministro è un pericolo politico prima di tutto per il M5S perché a parte le conseguenze sulla sanità, a causa di questa storia, il M5S perderà in questo settore di sicuro un mucchio di voti,
- se questo ministro, come si dice, non decide niente, ma attua linee politiche che vengono dall'alto, allora il M5S sul regionalismo differenziato fa un gioco sporco che, se fosse coerente con il mandato elettorale ricevuto, dovrebbe chiarire.

DEFINIZIONE DI PATTO

Vorrei ricordare la definizione ufficiale di patto per la salute data dal ministero della salute: *è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni 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.*

Come si fa ad usare una intesa finanziaria per anticipare una controversa contro-riforma, sulla quale probabilmente dovrà pronunciarsi il parlamento e sulla quale il governo ha deciso, almeno per il momento, di sospendere il giudizio?

Ma possibile mai che il ministro non si renda conto che dare più autonomia e più flessibilità sui fattori produttivi significa dare alle regioni molte delle cose che sono scritte nelle pre-intese sottoscritte da Lombardia, Veneto, Emilia Romagna?

Possibile mai che questo ministro non capisca che vincolare la maggiore flessibilità solo alle compatibilità finanziarie e non alle leggi di principio di questo Stato significa permettere alle regioni la deregulation senza limiti?

E poi chiedo: come si fa a concedere più flessibilità e più autonomia così genericamente, senza prima esplicitare cosa vuol dire l'una e cosa vuol dire l'altra?

Ripeto il quesito politico:

- se ammettiamo la tesi dell'incompetenza il problema è il ministro della salute,
- se escludiamo l'incompetenza del ministro allora il M5S sulla sanità sta facendo un gioco sporco e i suoi elettori devono saperlo.

L'ISTITUZIONE DELLA SECONDA GAMBA

Lo stesso dubbio, ministro e/o M5S, viene quando consideriamo nella bozza di patto l'art. 5 *“ruolo complementare dei fondi integrativi al Servizio Sanitario Nazionale”*.

Non ho lo spazio per riprodurre tutto l'art. 5 ma invito tutti a leggerlo, mi limito a riassumerne il senso: *per ragioni di sostenibilità si istituisce di fatto la “seconda gamba” impegnandosi a cambiare la normativa in essere al fine di estendere e accrescere per i fondi integrativi le agevolazioni fiscali permettendo a tali fondi, per rispondere ai bisogni di salute dei loro iscritti, di utilizzare anche le strutture pubbliche.*

Il patto, in questo modo, ci propone un cambio di sistema, cioè un'altra contro riforma, anche in questo caso scavalcando il parlamento, con la quale si ridimensiona il ruolo e il peso del SSN a favore di fondi e di assicurazioni cioè a favore della speculazione finanziaria.

Ritorna il dubbio di prima:

- se questa pensata è del ministro allora il M5S farebbe bene a prendere tempestivamente delle misure almeno di contenimento,

■ ma se questa pensata è del M5S allora il gioco sporco diventa una vera e propria truffa politica. Chi ha votato per questo movimento di certo non l'ha fatto per fare il gioco delle assicurazioni e degli speculatori e meno che mai per farsi rubare da costoro i propri diritti. Da nessuna parte del programma di governo sta scritto che bisogna far fuori il Ssn e sostituirlo con il sistema multi-pilastro di berlusconiana memoria.

A parte questa cosa madornale, che, per la verità, dal M5S non mi aspettavo, ma che ci spiega perché questo governo al tempo della legge di bilancio, non ha mosso un dito per trasformare gli incentivi fiscali del welfare aziendale in risorse per rinnovare i contratti, vorrei richiamare la vostra attenzione sulla motivazione politica di questo ribaltone.

Si dice, in sostanza, che dobbiamo cambiare sistema per ragioni di “sostenibilità” questo vuol dire che:

- il ministro, siccome non ha evidentemente una strategia per garantire al sistema sanitario pubblico la sostenibilità in altro modo, si vede costretto ad affondare il sistema cioè a privatizzarlo,
- le politiche finanziarie per la sanità, sin qui adottate da questo governo, sono acqua fresca perché in questo contesto di recessione economica è impensabile dare soldi al privato e dare soldi al pubblico, per cui questo governo ha deciso verosimilmente di sotto-finanziare il pubblico per costringere i cittadini che hanno reddito ad andare nel privato,
- il ministro della salute o il M5S per mezzo del proprio ministro della salute, hanno deciso, per risanare la sanità, di non imboccare la strada del riformismo come io stesso avevo a suo tempo proposto al ministro, ma quella neoliberista.

Qui lo sconcerto diventa rabbia. Assicuro l'intero M5S, da cultore della materia, come si dice, che se volessimo fare per davvero sostenibilità, di strade ce ne sarebbero tante, senza per questo sfasciare tutto e meno che mai mettere in discussione i diritti delle persone.

Per fare davvero sostenibilità e nello stesso tempo rendere il nostro sistema più adeguato ai bisogni di salute delle persone, tuttavia ci vogliono le idee, la competenza, le alleanze giuste, il coraggio di cam-

biare, che, mi duole dirlo, questo ministro della salute, alla prova dei fatti, non mostra di avere.

UNA PERICOLOSA POLITICA PER GLI OPERATORI

Potrei cavarmela semplicemente dicendo che sulla “questione operatori” cioè lavoro, mi trovo del tutto d'accordo con quanto dichiarato a più riprese su questo giornale da Carlo Palermo, segretario nazionale Anao, che inascoltato instancabilmente continua a lanciare allarmi sulla tenuta del sistema, con Filippo Anelli, presidente della Fnomceo teso a far capire al ministro che le strade che sta percorrendo sono sbagliate, e con Guido Quici, segretario nazionale della Cimo quando riferendosi alla bozza di patto dice *“disegna una nuova geografia delle professioni sanitarie molto preoccupante sia sul fronte dei requisiti di accesso sia dell'inquadramento professionale, che abbasseranno in sostanza il livello delle competenze e dei servizi con la scusa di correre ai ripari sull'urgenza di personale”*, (QS 28 marzo 2019).

Vorrei solo rimarcare un paio di cose:

- la filosofia del patto, sui medici e sulle altre professioni, resta quella di sempre dei precedenti governi che per garantire sostenibilità puntavano a contenere il costo del lavoro. Nel patto si parla di *“una proposta di revisione della normativa in materia di obiettivi per la gestione e il contenimento del costo del personale”*. Quindi nel patto le professioni gli operatori non sono mai considerati un “capitale” su cui investire proprio per garantire sostenibilità e meno che mai sono previste politiche volte a capitalizzare il sistema.
- Nel patto si ripropone in modo subdolo e surrettizio il comma 566 della legge finanziaria del 2014 sia riferendosi alla questione degli *“incarichi professionali”* definiti dall'ultimo contratto di comparto, per intenderci gli *“incarichi di funzione”* quelli che si basano su operazioni di task shifting tra professioni, di fatto alludendo alla fungibilità dei ruoli per sopperire alla *“carenza del personale medico”* e per offrire agli infermieri *“percorsi di specializzazione adeguata per rendere meno critico il quadro complessivo del fabbisogno del personale”*.

Da nessuna parte si legge qualcosa che abbia a che

fare con una riforma del lavoro, con una ridefinizione delle professioni, con un ripensamento delle prassi e delle organizzazioni, al fine di fare del lavoro il motore:

- di un cambiamento virtuoso del sistema,
- di garantire attraverso di esso un grado più alto di adeguatezza dei servizi,
- di garantire un grado più alto di sostenibilità,
- di garantire un grado più alto di fiducia sociale.

Il ministro a tal proposito non sembra avere alcun interesse a fare dei dipendenti degli autori, ad andare oltre le competenze per definire impegni, a misurare il lavoro per risultati, a definire prassi a contenuto legale zero, a fare reticoli professionali in luogo dei burocratici profili, a redimere i conflitti tra professioni attraverso una coevoluzione dei ruoli, a corresponsabilizzare i medici nella gestione, a fare della retribuzione una attribuzione, cioè a compensare in modo diverso il lavoro che produce sostenibilità attraverso la salute.

Niente di tutto questo. Il ministro pare non avere idee in proposito e il suo massimo è ritoccare i tetti per le assunzioni, quindi comunque accrescere la spesa, oltretutto in modo molto discutibile e in quantità risibili, ma senza mai compensare la crescita di spesa con una crescita di sostenibilità.

Insomma sul personale nulla di nuovo sotto il sole. Secondo me la variabile personale diventerà, fin dal breve periodo, il fattore di distorsione più forte del sistema fino a causarne un ulteriore decadimento.

POCHE RIFLESSIONI POLITICHE

Condividendo sulla bozza del patto le preoccupazioni espresse da G. Luigi Trianni (QS 29 marzo 2019) e ribadendo che nel documento vi sono anche proposte interessanti (ad esempio la revisione della normativa sui piani di rientro, il paternariato tra servizi, ecc.) mi limiterei a poche riflessioni politiche conclusive:

- mi chiedo se è giusto che una intesa finanziario-programmatica tra il governo e le regioni introduca surrettiziamente dei cambiamenti di sistema che, per la loro natura fondamentale, meriterebbero, da una parte, per lo meno il parere del parlamento e dall'altra quanto meno il coinvolgimento e il confronto tanto dei lavoratori della sanità che dei cittadini.

- Ritengo che non tocchi al patto decidere sul regionalismo differenziato, sull'istituzione del sistema multi-pilastro, e sul mettere in discussioni fondamentali regole come quelle che regolano ad esempio, i ruoli delle professioni. Chi pensa il contrario per me è un “temerario delle macchine volanti”.
- Mi chiedo anche che fine fa la grande retorica del M5S contro le diseguaglianze che, nel documento è sparsa ovunque, quando gli effetti pratici di quel che propone il patto, sono una crescita delle diseguaglianze nel paese a meno che mi si dimostri che il sud ha il reddito che ha il nord per compensare una restrizione del servizio pubblico con la seconda gamba, che dare più autonomia e più flessibilità solo alle regioni forti non significhi acuire il discrimine con le altre regioni.
- Mi chiedo ancora se davvero il M5S o il suo ministro, (decidete voi) si rendano conto, a parte la questione di negare dei diritti, delle conseguenze finanziarie della loro proposta sui fondi integrativi impiegati, in particolare, come è scritto nella bozza di patto per fare prevenzione secondaria e per accrescere le prestazioni per la diagnosi precoce. L'ultima grande “patacca” escogitata dalle assicurazioni. Sulle analisi di merito circa il problema tragico della appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso dei fondi integrativi rimando all'articolo di Geddes (QS 4 febbraio 2019), e a quello di Donzelli/Castelluso (QS 12 febbraio 2019) e per la questione della prevenzione soprattutto secondaria di nuovo a Donzelli (QS 18 marzo 2019). Mi limito solo a dire al nostro ministro della salute, che se si vuole davvero far saltare il banco della sostenibilità, la strada più efficace è esattamente quella indicata dal patto. I fondi integrativi, impiegati a fini preventivi, avranno l'effetto di riversare sul sistema sanitario nel suo complesso tanta di quella domanda impropria che sarà molto difficile governarla. Di sicuro il problema della sostenibilità diventerà ingestibile e questo spingerà per una ulteriore privatizzazione.

Caro M5S, so che quando ti ho incontrato la prima volta, un bel po' di anni fa, per me e per molti altri

della sanità, come me, sfiancati da un PD neoliberista, eri una speranza di cambiamento, quindi con la vecchia amicizia di sempre, ti avverto, stai giocando con il fuoco.

Per un movimento post ideologico essere un neoliberista non mi sembra un gran risultato. Verrebbe da esclamare: tutto qui? Ho l'impressione che a noi della sanità ci stai portando a sbattere. Aggiusta il tiro. A fare danni anche gravi in sanità ci vuole poco.

Datti una regolata. Ministro o non ministro alla fine non può essere che un movimento per il cambiamento e per la moralizzazione del paese, come tu ti proponi per una ragione o per un'altra, causi la fine del SSN. Sarebbe pazzesco.

IL MINISTRO GRILLO NEGA L'EVIDENZA

Il nostro ministro della salute Giulia Grillo, su facebook, a proposito di nuove mutue, nega che nella sua bozza di patto per la salute vi sia un articolo, il numero 5, con il quale, a mio parere e di altri, si “spalancano” le porte al privato, e dichiara sorpresa:

“a cosa spalancherei le porte?” e dopo averci ricordato un elenco di cose fatte (dalle liste di attesa alla Calabria), ma che nessuno ovviamente si sogna di negare (a che pro?), conclude così:

“se questo vuol dire fare un favore ai privati e alle mutue allora viviamo proprio su due pianeti diversi. Le critiche hanno un senso se poggiano sulle realtà. Altrimenti sono offese e accuse gratuite e le rimando al mittente”

Come non essere d'accordo con il ministro, è vero a parità di “sanità” viviamo in due “pianeti” diversi:

- in uno, quello del ministro, si è convinti che bastano gli interventi spot o qualche giretto propagandistico negli ospedali per governare la complessità della sanità
- nell'altro, quello al quale appartengo, si è convinti al contrario che lavorare solo sull'ordinario non basti anzi è perfino pericoloso perché le grandi contraddizioni strutturali del sistema, sino ad ora mai rimosse da nessun governo, compreso quello

che si definisce del cambiamento, possono mettere in pericolo la tenuta del sistema stesso.

Questo dimostra che, per quello che mi riguarda, nei confronti del ministro Grillo, non c'è niente di personale ma solo una vistosa ma ammetto irritante divaricazione sulle nostre rispettive visioni della sanità. Nulla di più. Io penso che quello che fa il ministro, quelle cose elencate su facebook siano importanti, ma non risolutive e alla fine ripropongono una contraddizione grande e ingombrante:

ma a che serve fare tante cose buone per la sanità se nello stesso tempo con l'art 5 del patto per la salute la sanità è svenduta a degli interessi che la negheranno?

Diversamente dal ministro, che evidentemente non vede il problema, a me sta a cuore:

mettere in sicurezza il sistema pubblico soprattutto rispetto agli appetiti aggressivi della speculazione finanziaria e alla crisi economica

renderlo più pubblico di quello che è cioè più adeguato ai diritti/bisogni di questa difficile società

Torno a chiedermi: ma se si è deciso di disarmare la vecchia bagnarola a che serve chiamare i saldatori per riparare alcune delle sue tante falle?

CRITICHE E REALTÀ

È altrettanto vero e giusto, quello che dice il ministro, che le critiche devono poggiare sulla realtà, se il ministro ritiene che la mia critica, ma direi denuncia, sull'art 5 del patto, sia gratuita, allora le cose sono due:

- o lei ha deciso di ritirare a nostra insaputa l'art. 5 rendendolo in questo modo irrealistico e di questo non potrei che compiacermene nel senso che in questo caso, le critiche sarebbero di fatto superate per intervenuta insussistenza
- o lei mente, negando l'esistenza dell'art 5, ma siccome l'art 5 è innegabile, mi chiedo cosa ci sarebbe di offensivo, se un analista come me, su una proposta ufficiale del ministro manifesta la propria contrarietà?

Io invito pubblicamente il ministro della salute a fare chiarezza, ci fornisca una interpretazione autentica dell'art 5, ci chiarisca le sue intenzioni, ci faccia comprendere meglio la propria strategia. E mentre ci siamo, ci chiarisca, signor ministro, una

volta per tutte, cosa intende fare con il regionalismo differenziato, dal momento che i suoi tentativi di anticiparlo non ci convincono e ci impensieriscono e non poco.

Noi saremmo ben felici se il ministro ci dicesse ad esempio che gli incentivi previsti nell'art 5 per i fondi integrativi saranno riconvertiti in un maggiore finanziamento del SSN, cioè se il ministro ribadisse il senso dell'art 46 della 833, cioè che la mutua volontaria è libera ma a condizione che chi la vuole se la paghi.

Mi perdoni un'altra domanda: *ma perché dovremmo finanziare i profitti degli speculatori con soldi pubblici quando potremmo investire nel pubblico?*

Non vorrei signor ministro che lei, che forse in sanità non ha i consensi che merita, per farsi bella politicamente punti a fare un patto a tutti i costi con le regioni, giusto per vantare agli occhi del suo movimento un grande risultato politico.

Si ricordi signor ministro che le regioni non sono stinchi di santi e che i patti, proprio come i budini, se risultassero disgustosi alla fine resterebbero immangiabili.

L'ACTE GRATUIT

Non so se il ministro Grillo ha letto il romanzo di Gide (I sotterranei del vaticano) dove il protagonista, getta un altro viaggiatore dal treno, senza alcun motivo facendo un gesto del tutto immotivato, quindi di volontà pura.

Questo è "l'acte gratuit". Le assicuro signor ministro che quando sostengo che lei, rispetto alla complessità della sanità, è probabilmente "incompetente", la mia non è una affermazione immotivata e meno che mai un'accusa personale, ma men che mai un atto gratuito, ma semplicemente un giudizio del tutto professionale dal momento che non considero competente chi: si rivolge al CSS per farsi fare una strategia per superare le disuguaglianze,

- non comprende le conseguenze del regionalismo differenziato,
- ha gestito politicamente con i piedi tutta la partita dei vaccini facendo in modo di scontentare tutti ma proprio tutti,
- scrive la bozza di patto per la sanità quindi l'art 5 e crea le premesse per anticipare il regionalismo differenziato,

- sta mesi e mesi a litigare con i sindacati medici, con la Fnomceo, incapace di trovare una soluzione condivisa,
- snobba grandi eventi come il convegno al teatro Argentina, degli ordini professionali,
- del tutto incapace di costruire alleanze con il pensiero riformatore,
- non comprende la necessità di una strategia riformatrice per mettere in sicurezza il sistema pubblico

Sostenere che l'attuale ministro della salute non è "competente", quindi non significa che non sa le nozioni, cioè sia tecnicamente ignorante, ma, come dice Chomsky, riferendosi alla lingua, è chi non conosce il "sistema".

INCOMPETENZA

Per me, lei signor ministro, a giudicare non da quello che fa, di cui lei giustamente è orgogliosa, e che noi pur apprezziamo, ma da quello che non fa ma a mio parere dovrebbe fare, è "incompetente" perché lei, per tanti motivi intuibili, legati alla sua storia e alle sue esperienze personali, persino per i collaboratori che si è scelta, mostra di non conoscere il sistema. Questa "incompetenza" per tutti noi non sarebbe un problema se lei continuasse a fare il medico legale all'Inps, ma diventa un problema nel momento in cui lei, come per magia, diventa il ministro del sistema.

Se a non conoscere il sistema è il proprio ministro, ammetterà che per il sistema, è un bel problema. Tutto qui. Cosa c'è di offensivo in questa legittima opinione professionale?

Come professore faccio esami e chi non risponde come si deve per me è un incompetente. Ma nessun studente incompetente si offende se anziché dargli 30 gli do 18.

Naturalmente non pretendo che lei sia contenta di quel che penso io, pretendo solo che lei non scambi la mia opinione professionale per un "acte gratuit". Perché non lo è. Come lei sa bene a me le poltrone non interessano e l'unica ragione che guida i miei articoli è la sanità come bene comune.

Per illustrarle meglio la mia idea di "incompetenza" le faccio un esempio facile: lei sostiene, nell'art 5, del suo patto per la salute, che per ragioni di sosten-

nibilità è necessario rivedere la normativa sui fondi integrativi per favorirne la crescita e l'espansione, con ciò, allineandosi con le tesi neolibériste che da 40 anni a questa parte, stanno tentando di fare la festa al SSN. Non le dico che questa idea, per lei che è un esponente del M5S, è una bestialità, nel senso che apre grosse contraddizioni politiche, le dico solo che se lei fosse "competente", nel senso spiegato da Chomsky, cioè se lei conoscesse il sistema, sono certo che prenderebbe un'altra strada, cioè affronterebbe il problema della sostenibilità con altre politiche. Probabilmente si adopererebbe per garantire compatibilità tra la natura pubblica e universalistica del sistema e la necessità di governarne i suoi problemi di sostenibilità.

Insomma anziché risentirsi "*rispedendo al mittente*" non si sa che cosa (non io ma lei ha scritto l'art 5) pensando che le critiche siano atti gratuiti quando non lo sono, si sforzi signor ministro di dimostrarsi, come dice Chomsky "competente" e ritiri da subito l'art 5 del suo discutibile patto per la salute e nello stesso tempo ci proponga una nuova idea di sostenibilità.

Diventare "competenti" significa semplicemente rendersi conto che l'art 5 mette in pericolo il sistema. Lei è "incompetente" perché questo pericolo neanche riesce a supporlo.

Definire una nuova idea di sostenibilità non è difficile, ma solo se si è "competenti" se si è incompetente, è impossibile.

LA MUTUA DEI METALMECCANICI

Accendete il computer, andate su google, scrivete "*fondo sanitario integrativo metalmeccanici*" cliccate sulla parola "*prestazioni*" quindi su "*nomenclatore*" e ancora su "*nomenclatore sani-impresa*". In questa guida sono elencate le prestazioni offerte dal fondo che sintetizzate sono:

- ricoveri in istituti di cura per grandi interventi chirurgici
- ricoveri in istituti di cura per interventi chirurgici diversi dal grande intervento chirurgico
- day hospital chirurgico
- parto cesareo
- pancoloscopia e esofagogastroduodenoscopia
- ospedalizzazione domiciliare

- prestazioni di alta specializzazione
- visite specialistiche
- tickets
- trattamenti fisioterapici riabilitativi
- prestazioni odontoiatriche
- cure oncologiche
- prestazioni diagnostiche particolari
- prestazioni per non autosufficienti
- prestazioni cardiologiche
- genomica: test genetici

Definire questa una “*mutua integrativa*” è un falso ideologico. Faccio notare che:

- questo pacchetto di prestazioni è un pacchetto medio
- tutti i fondi integrativi hanno chi più e chi, meno lo stesso nomenclatore
- le prestazioni veramente integrative sono minoritarie (odontoiatria, non autosufficienza, ticket)
- lo scopo del fondo, come si evince dalle prestazioni, è sostituire l’ospedale, tutte le prestazioni chirurgiche, l’intera specialistica, la diagnostica fino ad arrivare alla genomica.

Quanto alla proposta dei fondi regionali ormai è storia vecchia le regioni, in testa l’Emilia Romagna la Liguria e tanti altri sono anni che zitti zitti insieme al sindacato ci stanno lavorando. L’Emilia sta inseguendo il regionalismo differenziato per avere le mani liberi soprattutto sui fondi integrativi. Vorrei ricordare il protocollo di intesa per l’assistenza integrativa tra la provincia autonoma di Trento e le parti sociali del 2012. L’accordo interconfederale regionale per il welfare integrativo lombardo dell’artigianato (2015). Per la scuola è già dal 2001 che se ne parla (dall’art.42 del CCNL 00/01). Anche la Toscana sta pensando a qualcosa del genere. Ma ancora oggi troppe sono le incognite troppe sono le ambiguità anche se le Regioni ma anche le aziende non vedono l’ora di integrare i loro bilanci con i soldi delle mutue anche a costo di sacrificare la natura pubblica del sistema. Che le mutue integrative non sono mai state integrative non è una novità. La normativa fin dall’inizio, pur chiamandole “*mutue integrative*” non ha mai escluso le “*mutue sostitutive*”. Parliamo del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n.502 e più precisamente dell’articolo 9 che istituisce i fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale

È vero che la norma parla:

- “*di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate*”
- di “*fondi integrativi finalizzati a potenziare l’erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza*”

ma nello stesso tempo, nel definire gli ambiti di applicazione dei fondi integrativi, commi 4 e 5, stabilisce che tale ambito è rappresentato da:

- “*prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati*”;
- “*prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell’assistito*”.

In base a questa norma fare delle *mutue sostitutive*, cioè in grado di erogare esattamente quanto assicurato nei livelli uniformi di assistenza, non è mai stato vietato ma al contrario è permesso a condizione che gli oneri siano a carico del beneficiario. Nella pratica, cioè dal 1992 ad oggi, l’onere detto anche “*contributo*” nei rinnovi contrattuali è stato diviso un po’ a carico del lavoratore e un po’ a carico dell’impresa.

DEFISCALIZZAZIONE DEGLI ONERI

Oggi la vera novità non è che dal contributo a carico “*dell’assistito*” si è passati alla defiscalizzazione degli oneri a carico dello Stato.

Questo basta a cambiare il gioco: le mutue previste dal comma 5 dell’art 9 diventano deliberatamente sostitutive e per giunta incentivate dallo Stato quindi in aperta competizione con la sanità pubblica.

In alto sulla copertina della guida al fondo sanitario integrativo per i metal-meccanici si legge “*obbligo contrattuale a completo carico dell’azienda*” che, come abbiamo visto, con gli incentivi fiscali, significa in realtà “*obbligo contrattuale a completo carico dello Stato*”.

Quindi non si tratta di una semplice “*defiscalizzazione parziale*”, ma di tutt’altro. Il terzo pagante

in realtà si sdoppia diventando quello che finanzia tanto la sanità pubblica che la sanità mutualistica. “*Esclusione competitiva*” è una espressione che ho preso in prestito dall’ ecologia. Usata per la sanità essa afferma che due specie di welfare (mutue e sanità pubblica) non possono convivere utilizzando una stessa risorsa limitata vale a dire un comune finanziamento pubblico proprio perché in generale le risorse pubbliche sono per definizione limitate. Se lo Stato regolerà, con le leggi di stabilità, le risorse in modo da mettere in competizione due generi di welfare, quello che sarà favorito nei finanziamenti (nel nostro caso le mutue) dominerà sull’altro (la sanità pubblica) che *de-finanziato* si dovrà rassegnare ad essere ridimensionato.

Per me “*l’esclusione competitiva*” è il fatto nuovo. Attraverso di essa, in ragione di certe politiche economiche, si è deciso di cambiare il ruolo dello Stato quale mediatore tra l’impresa, quindi la produzione di ricchezza, e la società, quale soggetto detentore di diritti. Quindi di ridiscutere il ruolo del welfare.

NEO-MUTUALISMO

Ma, welfare aziendale a parte, (legge di stabilità del 2016), le mutue restano quelle previste dall’art 9 della 502. Come stanno le cose?

L’articolo 9 nella sua struttura (comma 4/5) non è cambiato anzi con i decreti Turco e Sacconi (2008/2009) gli ambiti delle prestazioni sono stati ampliati, per esempio alla non autosufficienza, ma è cambiato, come dicevo, il regime fiscale.

Con il termine “*fondi sanitari*” si intendono due fattispecie di mutue:

- (1) mutue integrative del ssn (art 9/502)
- (2) enti, casse, e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali (lettera a) comma 2) articolo 51 del Tuir)

Per queste due fattispecie esistono due forme di regimi fiscali:

- per (1) è prevista la *deducibilità fiscale dal reddito* dei contributi versati ai fondi fino a un massimo di 3615,20 euro
- per (2) è prevista la *non concorrenza alla formazione del reddito* dei contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore per un importo non superiore a 3615.20 euro.

Tralasciando molti dettagli tecnici, che qui non ha senso richiamare, voglio solo sottolineare che:

- sia nella forma della deducibilità che nella forma della non concorrenza, i costi delle mutue non sono più a carico dell’assistito ma a carico dello Stato
- che gli importi deducibili o che non concorrono sono tutt’altro che inconsistenti.

Ecco perché non è sbagliato parlare di esclusione competitiva. Il ministro Grillo non si rende conto che siamo di fronte ad una politica a due velocità: più vantaggi al privato e più svantaggi al pubblico. Qual è l’ideale regolativo dell’intermediazione finanziaria cioè di una particolare “*cassa*” definita fondo sanitario integrativo? Ricordo che la *cassa* (*lat. capsa*), indica originariamente, la scatola di legno, dove mettere i soldi e per estensione le mutue, per cui le espressioni “*cassa malattia*” “*cassa mutua*” sono usate ancora oggi, come si legge nello statuto ad esempio di Rbm assicurazione salute, per indicare ogni ente o istituto di intermediazione finanziaria.

Se:

- per *intermediazione finanziaria* si intende l’*intermediazione* tra domanda e offerta di moneta e di strumenti finanziarie
- per *intermediario* colui che media e collega entità distinte,

allora l’ideale di una “*cassa mutua*” è “*fare cassa*” cioè raccogliere moneta.

Come? Raccogliendo sul mercato quanti più *premi assicurativi*, cioè quanto più somme da parte di chi si assicura dovute al *contraente assicuratore* (esempio RBM assicurazioni) nell’ambito di un contratto di assicurazione.

Una “*cassa mutua*” per fare “*cassa*” deve scambiare *premi* con delle *utilità* in questo caso quelle destinate ad una qualche categoria sociale.

CONSEGUIRE VANTAGGI

Dalla lettura dello statuto si deduce che lo scopo ad esempio di Rbm assicurazioni, è conseguire un vantaggio di salute, quindi un privilegio, che consenta in particolare a certe categorie sociali, di sottrarsi agli svantaggi di salute che tutti i cittadini hanno in questo paese a causa di una sanità pubblica bene-

disordinata programmata per diventare residuale. Se la sanità pubblica fosse “*bene-ordinata*” fornendo alla popolazione la maggior parte delle utilità sanitarie, le “*casse mutue*” non avrebbero ragione di esistere, perché non potrebbero vendere su commissione di altre persone (per conto terzi) utilità gratuite. Esse in questo modo resterebbero confinate nella residualità. La “*cassa mutua*” non farebbe “*cassa*” e il suo guadagno sarebbe marginale dal momento che al massimo potrebbe vendere solo le utilità che la sanità pubblica lascerebbe scoperte. Quindi l’ideale regolativo degli speculatori finanziari è la “*cassa*” per comprare per conto terzi dei privilegi e allargare quanto più è possibile il mercato dei premi assicurativi.

Infatti lo statuto ad esempio di RBM assicurazione dice: *la “cassa” è costituita al fine di conseguire, nell’ambito di un sistema di mutualità, condizioni normative ed economiche di massimo favore per i propri iscritti.*

Quindi, l’ideale dell’intermediazione finanziaria, al di là del suo finto spirito filantropico, è sintetizzabile in tre punti:

- fare cassa il più possibile
- offrire ai propri clienti il maggior numero di utilità
- assicurare loro “*il massimo favore*”

Ecco perché:

- all’intermediazione finanziaria le mutue integrative vanno strette
- le utilità corporative entrano in conflitto con le utilità universali
- la sanità pubblica dovrà essere necessariamente ridimensionata.

Con la “*cassa mutua*” le forme di solidarietà entrano tra loro in conflitto. Il mutualismo finisce per confliggere con l’universalismo e l’interesse con il diritto.

VANTAGGI AL MINOR COSTO POSSIBILE

La “*cassa mutua*” si legge negli statuti delle assicurazioni, è una *cassa non a fini di lucro*. Quindi un ossimoro che (attenzione) non vuol dire una *antitesi* tra cassa e lucro ma semplicemente modi diversi di realizzare un guadagno, un vantaggio o una retribuzione.

Ricordo che:

- “*lucro*” non vuol dire esclusivamente guadagno economico ma anche vantaggio. La “*cassa mutua*” è una attività di intermediazione finanziaria retribuita con dei vantaggi finanziari.
- il concetto di “*retribuzione*” vuol dire compenso in rapporto ad una prestazione fornita.

Tutta l’organizzazione di intermediazione finanziaria no profit non è formalmente a fini di lucro ma è retribuita sulla base di vantaggi e di compensi tra loro in rapporto di diretta proporzionalità.

Oggi l’ossimoro della “*cassa mutua senza fini di lucro*” è destinato a cambiare sostanzialmente per due ragioni:

- la prima è che è stata varata una riforma del terzo settore nella quale *l’impresa non profit* di fatto diventa *profit*
- la seconda è che oggi il “*lucro*” prende la forma comunque del *vantaggio fiscale*

Alcuni rappresentanti delle assicurazioni riferendosi al welfare aziendale, parlano:

- esplicitamente di “*un’immotivata penalizzazione per chiunque non sia titolare di un reddito da lavoro dipendente*”
- “*auspicando una “revisione dell’attuale impostazione fiscale*”
- fino a rivendicare “*la piena deducibilità dei contributi versati per tutte le forme sanitarie Integrative senza nessuno distinzione*”.

Ma, ingordigia a parte, vorrei rammentare che, la riforma del terzo settore (Legge 6 giugno 2016, n. 106), all’art 9 (*misure fiscali e di sostegno economico*), prevede un numero incredibile di “*misure agevolative e di sostegno economico in favore degli enti del terzo settore e procedono anche al riordino e all’armonizzazione della relativa disciplina tributaria e delle diverse forme di fiscalità di vantaggio*”.

MASSIMO VANTAGGIO FISCALE

Insomma, lucro o non lucro, l’ideale regolativo delle assicurazioni è il *massimo vantaggio fiscale* che per essere massimo deve essere a carico dello Stato.

È questo “*vantaggio fiscale*” è questo “*essere a carico*” dello Stato il vero problema perché questa è la condizione in ragione della quale le “*casse mutue*”

possono competere con il finanziamento della sanità pubblica.

Cosa vuol dire per un malato e per un operatore essere curato e lavorare in una mutua? Che medicina si pratica in una mutua? Quali modi professionali la attuano? I mutuolesi si preoccupano solo di rassicurarci sul numero di prestazioni (“*passiamo questo e quello*”) ma mai sulla loro qualità, sulla loro modalità, sulla loro rispondenza, sulla loro adeguatezza.

Già questo è un primo enorme problema: le mutue, per loro natura, sono solo un sistema di *prestazioni* quando tutti sappiamo che, per rispondere alla nuova domanda di salute e anche ai problemi della sostenibilità economica, dobbiamo andare oltre, ben oltre la prestazione. La salute non è riducibile a prestazioni e nessuna prestazione può essere solo una prestazione tuttavia la mutua riduce tutto a prestazioni. Questo nel terzo millennio è male.

Quando si hanno due teorie poco confrontabili, come il mutualismo e l’universalismo, per le quali non vi sono criteri di confronto, secondo certa epistemologia, si ha un problema di “*incommensurabilità*”

Sono convinto che:

- il mutualismo e l’universalismo siano effettivamente due idee di tutela abbastanza incommensurabili
- la mutua che integra l’universalismo nella realtà sia un argomento ambiguo

Per me un sistema sanitario o è universale o non lo è, nel senso che l’universalità non può essere considerata come una cosa *fuzzy* per la quale sono ammessi valori compresi tra zero (“non universale”) e uno (“universale”). L’universalità 0.5, semi-universale, non è universale.

L’universalismo selettivo diventa una forma di mutualismo, nulla di più.

LA CURA MIGLIORE

Per me il mutualismo e l’universalismo sono teorie incommensurabili, come la legge della giungla e la civiltà ellenica, perché la loro idea di tutela è diversa, i loro contesti culturali di riferimento, anche come sono diversi postulati e presupposti. Sono tanto diverse che l’idea di medicina, di cura, di clinica, che ne deriva, è diversa. Una è peggiore e una è migliore.

Ma in che senso la cura della mutua è peggiore da quella della sanità pubblica?

La spiegazione non è tecnica ma paradigmatica:

- siccome il significato dei termini come salute, malattia, cura, medico, infermiere, ospedale, visita, farmaco, intervento chirurgico, ecc dipende dal *contesto teorico* in cui essi vengono adoperati
- considerato che i contesti teorici del mutualismo e dell’universalismo sono radicalmente diversi
- allora nessun termine della teoria mutualista può essere considerato come avente lo stesso significato, rispetto ai termini corrispondenti della teoria universalista.

“Cura”:

- per la mutua significa una cosa e per il servizio pubblico un’altra cosa
- ha lo stesso suono ma un significato diverso cioè è solo un termine omofono.

Facciamo un esempio facile: la parola “*massa*” per Newton ha un significato per Einstein ne ha un altro, perché? Perché il termine assume valenze diverse in programmi e visioni scientifiche tra loro alternativi.

Questa teoria che, si chiama della *meaning variance*, ci spiega il problema dell’incommensurabilità tra le mutue e la sanità pubblica.

L’assistenza mutualistica a parità di prestazioni non sarà mai uguale a quella pubblica, in tutte le accezioni che si vogliono. L’assistenza mutualistica è peggiore di quella pubblica, vale a dire, che l’insieme delle sue caratteristiche intrinseche ed estrinseche, cioè la “*qualità*” della tutela, è inferiore.

QUALE MEDICINA NELLE NUOVE MUTUE

“*L’agire è effetto dell’essere, ogni comportamento è dunque conseguenza di ciò che si è*”.

Questo celebre aforisma è di Schopenhauer ma viene dalla filosofia scolastica:

- *modus operandi sequitur modum essendi*
- *qualis modus essendi talis modus operandi*

Il nocciolo della questione è racchiuso in due punti:

- una mutua agisce in conformità alla sua natura di mutua (utilitarismo) per cui essa non può agire come la sanità pubblica perché la natura della sanità pubblica (egualitarismo) è un'altra
- il modo con il quale una mutua concepisce la cura qualifica il suo *essere cura* in modo mutualistico

Se la natura della mutua è rappresentata dai suoi scopi (*l'utilità quale interesse*) e quella della sanità pubblica pure (*l'equità quale giustizia*), per forza la cura nella mutua ha una qualità diversa dalla cura nella sanità pubblica.

Quindi per forza:

- il medico della mutua è diverso da quello del servizio pubblico convenzionato o dipendente
- il malato della mutua è diverso da quello della sanità pubblica
- ciò che passa la mutua è diverso da ciò che passa il servizio pubblico
- per la mutua vale il *prescrivibile* per il servizio pubblico *ciò che serve*.

Morale della favola: gli scopi, alla base di due diverse concezioni di tutela, finiranno per caratterizzare le prassi di cura rendendole incommensurabili.

Andiamo sul pratico. La grande differenza di qualità tra le mutue e la sanità pubblica, in concreto, passa per il concetto di "*prestazione*".

In generale la *prestazione* è:

- ciò che si fa per adempiere ad un contratto
- una prassi predefinita da una obbligazione.

Per cui:

- la *prestazione* dipende dalla natura dell'*obbligazione*
- la mutua è *meno* della sanità pubblica perché l'obbligazione contrattuale prevede *prestazioni standard al prezzo più basso* e non *prestazioni adatte al caso* senza vincolo di prezzo.

LE OBBLIGAZIONI CONTRATTUALI

Relativamente alla sanità pubblica si ha una *obbligazione contrattuale sociale* per cui le prestazioni sono definite in due modi:

- in funzione dell'adempimento di un diritto individuale e interesse della collettività con lo scopo di garantire una *tutela larga* nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana (art 1 L.833)

- *come funzioni di salute* (prevenzione, cura, riabilitazione e di medicina legale) da garantire a tutta la popolazione assicurando ai cittadini il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. (art 19 L 833)

Nel caso delle mutue esiste una *obbligazione contrattuale privata* per cui le prestazioni sono:

- definite da un nomenclatore sulla base di un prezzo
- sono tutte di tipo clinico-chirurgico
- sono garantite solo ai sottoscrittori di un contratto
- non sono vincolate a nessuna concezione particolare di "persona" nel senso che nei nomenclatori sono catalogati standard organi e malattie
- sono a "*scelta vincolata*" nel senso che il beneficiario deve andare dove dice la mutua e farsi curare dal medico della mutua soprattutto come dice la mutua

In sintesi il concetto di *prestazione*:

- nella sanità pubblica è *esteso* per intero a quello di salute e di complessità della persona fino a far coincidere la prestazione con il diritto
- nelle mutue è *ridotto* alla cura a sua volta ridotta alla clinica che a sua volta a un organo che a sua volta è ridotto a malattia che a sua volta è ridotta ad uno standard e ..infine... ad un *prezzo*.

Ma la vera differenza di qualità tra mutue e sanità pubblica è il carattere economico-sociale della prestazione:

- nella sanità pubblica la prestazione è un *valore d'uso* riferito alla salute quale *bene pubblico* per cui può essere misurata da un *costo* ma non da un *prezzo*
- nelle mutue essa è un *valore di scambio* riferito ad un *bene privato* (la cura della malattia) e individuale che per forza deve essere organizzato in uno standard e misurato da un *prezzo*, al quale *i costi devono sottostare*

CURARE A FORFAIT

Se consultate il nomenclatore delle prestazioni di "*meta-salute*", il fondo sanitario integrativo dei metalmeccanici, scoprirete che tutte le prestazioni chirurgiche ruotano intorno a tre prezzi:

- 45000 euro per tutti i tipi di trapianto (cuore, fegato, polmone ecc)

- 22500 euro per tutti gli interventi chirurgici che riguardano reni, anca, vescica, cranio, vasi sanguigni, mutazioni del viso ecc)

- 18000 euro per tutti rimanenti interventi chirurgici che riguardano qualsiasi parte del corpo

Questi prezzi sono “*valori di scambio*” che retribuiscono degli interventi chirurgici sulla base di una obbligazione contrattuale e definiscono quella che potremmo chiamare la *cura a forfait* cioè un modo di retribuire delle prestazioni con valutazioni complessive, quindi standard quindi entro certi limiti.

È il prezzo che decide la prestazione non il contrario.

È il prezzo che fa la differenza:

- la *cura a forfait* è possibile proprio perché la natura delle mutue è *utilitaristica* per cui lo scambio *utilità/ interesse* non può che coincidere con quello *prestazioni/prezzo*

- la *cura personalizzata* nel servizio pubblico è possibile perché la natura del servizio pubblico è quella del diritto per cui essa non può che basarsi sullo scambio *equità/giustizia*” e quindi su quello *prestazione/costo*.

Nel primo caso e nel secondo caso vale il principio:

- *a ciascuno secondo le prestazioni previste dal proprio premio assicurativo*

- *a ciascuno secondo diritto*.

Quindi la grande differenza di “*qualità*” tra i due sistemi è tra dedurre quello che bisogna fare o da un prezzo o da un bisogno: nel primo caso la protesi dell'anca sarà decisa dal nomenclatore nel secondo caso dal dovere morale del chirurgo di essere clinicamente adeguato al caso.

FARE CASSA

Nelle mutue si tratta di “*fare cassa*” nel servizio pubblico di “*fare diritto*”

Ma come si farà cassa? Semplice, in due modi:

- sul rischio e sulla probabilità che le malattie si verifichino quindi con il *razionale attuariale* classico delle assicurazioni

- quando le malattie si verificano speculando sulla differenza tra il monte premi incassato e i costi realmente sostenuti per la fornitura di prestazioni.

Si farà cassa se:

- vi saranno meno malattie rispetto al numero di premi incassati

- a fronte delle malattie che si verificheranno i premi incassati saranno maggiore dei costi.

Un luogo comune: tutti enfatizzano, come pregio, il fatto che le mutue possono contrattare i prezzi delle prestazioni, e quindi abbassarli, offrendo in cambio ai fornitori, quote importanti di mercato, ma tutti trascurano che l'esperienza storica delle mutue ,ci dimostra che quando si abbassano più del ragionevole i prezzi quindi gli standard la qualità dell'assistenza va a ramengo.

In sostanza se per *funzione* $f(x)$ intendiamo, come fanno i matematici, la relazione tra due valori, tale da creare una interdipendenza, allora le mutue faranno cassa solo se comprimeranno i prezzi perché comprimendo i prezzi avranno un più alto guadagno. Coloro, (Regioni, aziende, servizi, professioni) che pensano che, dalle mutue potranno avere dei “*finanziamenti aggiuntivi*” attraverso delle vantaggiose convenzioni, si mettano bene in testa una cosa: le mutue perseguono in prima istanza i loro interessi, non quelli di chi pensa di arrotondare lo stipendio a fine mese.

Certo che vi saranno “*finanziamenti aggiuntivi*” e certo che comunque alcuni medici (non tutti) potranno arrotondare gli stipendi, magari con il secondo e il terzo lavoro, (come era una volta) ma ciò avverrà comunque a scapito della cura, della professionalità, della medicina e se penso alle attuali condizioni del mercato del lavoro, anche del salario. Oggi un giovane medico è pagato a ore come qualsiasi donna di servizio e l'ora di lavoro nella logica prestazionale delle mutue, è un costo che rispetto a un prezzo comunque basso deve essere a sua volta basso.

Ho l'impressione che alcuni sindacati medici si illudono che le mutue risolveranno i loro problemi sindacali. Vi consiglio di non farvi troppe illusioni. Oggi le condizioni del mercato del lavoro sono molto cambiate e il costo del lavoro, in una mutua, vale esattamente quanto può valere rispetto ad una prestazione con un prezzo che per ovvie ragioni deve essere per forza basso. Certo che lavorerete per le casse mutue (magari allargando l'intra moenia) ma a quali condizioni?

Sono ben altre le strade da percorrere per intascare, come è giusto che sia, delle buone retribuzioni accrescendo i valori della professione.

IL NUOVO PARASTATO

La questione politica centrale è un ministro 5 stelle che intende aiutare le “*casce mutue*” che ambiscono a diventare di fatto fiscalmente degli enti parastatali sostituendosi allo Stato.

In genere “*parastato*” designa un ente pubblico, dipendente dallo Stato, sottoposto alla disciplina di legge. In questo contesto il termine è usato in senso metaforico per indicare:

- una *cassa mutua*, che vuole essere finanziata come se fosse un *ente parastatale*
- attraverso la *defiscalizzazione totale* dei contributi
- dando delle contropartite tipicamente parastatali
- per svolgere alla fine compiti per conto dello Stato.

Quando le assicurazioni parlano di un:

- secondo pilastro sanitario “*aperto*”, a tutti i cittadini senza distinzioni di attività lavorativa
- di riposizionare tutte le forme di assistenza integrativa per andare ad abbracciare l'intero campo della spesa sanitaria privata
- di regole omogenee per tutte le forme sanitarie integrative

ebbene, in questo modo, esse ragionano con una logica tipicamente parastatale.

Le regole, dicono le assicurazioni, sono indispensabili “*per far parte del sistema*” e prevedono l'*obbligo* di garantire:

- l'assenza di selezione del rischio in ingresso
- il divieto di recesso unilaterale della cassa mutua per sopraggiunta onerosità della copertura
- l'estensione dei piani sanitari integrativo al nucleo familiare
- la prosecuzione della copertura sanitaria anche dopo il pensionamento
- un'adeguata solvibilità finanziaria.

Ma queste regole valgono *obbligatoriamente* per un servizio pubblico su base universalistica e sono quelle che nei sistemi misti, come quello olandese, ma non solo, sono imposte alle assicurazioni, ma

con uno Stato alle spalle che fa da ammortizzatore finanziario e che ogni tanto (vedi Germania) è obbligato a ripianare i loro debiti.

L'INTERVENTO NORMATIVO

Quando le assicurazioni mi contestano dicendo che la loro idea di “*secondo pilastro*” non è un “*ritorno alle mutue*” ma un loro “*superamento*” definitivo, in un certo senso hanno ragione, perché con la loro idea si tratta di far assumere alle casse mutue uno “*status parastatale*”, ma sbagliano perché quando, tanti anni fa, lavoravo nelle “*casce mutue*” il mio contratto di lavoro era quello parastatale. Per cui tornare all'ente mutualistico parastatale non sarebbe esattamente una novità storica.

Quando le assicurazioni ci propongono un “*secondo pilastro*” per avere un “*sistema più equo ed inclusivo*” intende:

- emulare l'universalismo del servizio pubblico ma in modo para-statale
- estendere la sua intermediazione finanziaria al massimo numero di premi

Esse sanno bene che le casse mutue sono intrinsecamente inique e che limitarsi ad integrare lo Stato anziché sostituirlo, si fa poca “*cassa*”.

Quando le assicurazioni dicono che serve un *intervento normativo* è perché:

- le norme vigenti vanno loro strette
- sanno bene che bleffando con l'integrazione esse sono già ampiamente delle *casce mutue* sostitutive del pubblico
- allo stato attuale esse sono fuori della legge (mi riferisco in particolare alla 502)
- hanno bisogno di quella che nel campo edilizio si chiamerebbe “*sanatoria*” cioè di legittimare i loro arbitri.

A questo punto le due domande d'obbligo sono:

- a parte realizzare i sogni segreti delle assicurazioni ma perché dovremmo fare una sanità parastatale ingiusta e iniqua che alla fine, come dimostra la storia delle mutue, ci costerebbe molto più della sanità pubblica, quando abbiamo già una sanità pubblica universale quindi giusta e che tutto sommato costa poco?
- Anziché buttare i soldi per gli incentivi alle mutue e rimpinguare le “*casce*” delle “*casce mutue*”, non

ci converrebbe rifinanziare il sistema pubblico con lo scopo anche di ridurre la spesa privata correlata al suo essere bene-disordinato?

Il sogno speculativo delle assicurazioni, secondo alcuni varrebbe il sacrificio di un sistema pubblico.

LE MUTUE CARO MINISTRO GRILLO SONO SISTEMI SOCIALMENTE INGIUSTI

La cosa grave è che il ministro Grillo non si rende conto che quando parla di mutue, di seconda gamba, di universalismo, dimostra di non avere chiaro il proprio ideale regolativo? Lo scopo dello scopo?

Per le mutue è il profitto per me è la *giustizia* che, per me, funziona come la verità rispetto ad un pensiero, l'interesse rispetto all'economia, il valore morale rispetto all'etica.

J. Rawls, non è un marxista ma un filosofo liberale probabilmente, a sentire Amartya Sen, il più lucido critico dell'utilitarismo (concezione filosofica che pone la ricerca dell'utile individuale come motivo fondamentale dell'agire umano).

Egli è l'autore della teoria sicuramente più citata negli ultimi 40 anni quella della "*giustizia come equità*".

Egli sostiene una cosa che, quando penso alle mutue, ai fondi, , mi viene sempre in mente: le cose (leggi, istituzioni, mutue, incentivi, ecc.) se sono ingiuste, anche se fornissero un certo grado di benessere alla società o a parti di essa nel suo complesso, andrebbero cambiate perché ingiuste.

E scrive "*ogni persona possiede un'inviolabilità fondata sulla giustizia su cui neppure il benessere della società nel suo complesso può prevalere. Per questa ragione la giustizia nega che la perdita della libertà per qualcuno possa essere giustificata da maggiori benefici goduti da altri*", (Una teoria della giustizia, 1971)

Questa tesi ritiene quindi che, prima del valore degli interessi (utilitarismo), viene quello della giustizia (egualitarismo). Una società che pensasse ad esempio con le mutue, di poter controbilanciare i sacrifici imposti ai più deboli con una maggiore quantità di vantaggi goduti dai più forti, per

Rawls, sarebbe una società ingiusta. E io, se penso alle mutue, sono d'accordo con lui. È chiaro che le mutue:

- dovendo essere pagate da qualcuno escludono chi non le può pagare cioè i più deboli e i più svantaggiati
- pur nella loro esecrabilità accrescono i vantaggi di chi ha già dei vantaggi ma a scapito di chi non ne ha.

Per "*egualitarismo*" si intende una concezione politico-sociale tendente a realizzare un'uguaglianza di fatto, fondata sull'equa ripartizione dei beni e delle ricchezze tra tutti i membri della collettività. La salute è un bene solo se è giusta. Il diritto alla salute senza giustizia diventa un privilegio di qualcuno contro qualcun altro. Le mutue alla fine sono tutele privilegiate. Ecco perché difendo e difenderò sempre l'universalismo.

Una sanità "*bene-ordinata*" (come la chiamerebbe Rawls) non è solo quella che promuove il bene salute, ma soprattutto è quella che redistribuisce questo bene in modo egualitario.

Seguendo l'insegnamento di Rawls le mutue sarebbero giuste solo se producessero benefici maggiori in particolare per i membri meno avvantaggiati della società.

Ma siccome con le mutue gli interessi dei più forti sono costruiti a discapito dei più deboli (coloro che le mutue non possono farsele e ai quali resta una sanità pubblica residuale), esse sono per definizioni ingiuste:

- con le assicurazioni si assecondano gli *interessi particolari* (pensare a se stessi)
- con le mutue si assicurano quelli *categoriali* cioè coloro che hanno un lavoro e quindi un contratto
- con la sanità pubblica si asseconda quelli *generali* cioè a ciascuno secondo il suo diritto e secondo il proprio bisogno.

Noi oggi non abbiamo più una sanità *bene-ordinata* ma, al contrario, per chiara volontà politica, abbiamo una sanità *bene-disordinata* rispetto alla quale le mutue redistribuiscono il bene a loro vantaggio producendo disuguaglianze. Il mio ideale regolativo è l'equità.

IL CONFLITTO DISTRIBUTIVO

La grande questione che le “*casce mutue*” pongono e che il ministro Grillo ignora è quella, di un *conflitto redistributivo di risorse*. Se esse, nei confini descritti dalla legge, si limitassero a integrare i Lea senza incentivi fiscali non sarebbero un problema e Rawls sarebbe molto contento. Anzi sarebbero una estensione e un perfezionamento del valore universalistico. Il guaio è che le *casce mutue* vogliono la botte piena e la moglie ubriaca e come tutti gli utilitaristi sono ingordi e egoisti e vogliono il “*massimo favore*” e possibilmente in *forma incrementale*. Il ministro Grillo è disposta ad assecondarle.

E già perché nel momento in cui:

- la massa critica delle incentivazioni fiscali crescerà dal momento che il ministro Grillo punta a rivedere la normativa per dare luogo ad un regime fiscale esteso uguale per tutte le specie di mutue
- gli incentivi se vorranno continuare a sostenere il sistema dovranno crescere in proporzione ai costi del sistema per loro natura incrementali

La “*seconda gamba*” diventerà, come il sistema mutualistico del secondo dopoguerra, cioè un sistema mangia soldi per definizione “*insostenibile*”.

Ricordo che il def del 2017, di fatto ha messo in competizione un pezzo del mutualismo (il welfare aziendale) con la sanità pubblica confermando un suo pesante de-finanziamento. Se la defiscalizzazione, come chiedono le assicurazioni, venisse estesa a tutte le specie di mutue nella stessa misura finanziaria crescendo nel tempo in proporzione alla crescita dei costi come potrebbe andare a finire?

Dove troverà i soldi il governo, con i problemi di bilancio che si ritrova, per finanziare gli incentivi alle mutue? Li troverà probabilmente dove li ha trovati sino ad ora cioè riducendo progressivamente la spesa sanitaria pubblica.

L'ideale utilitarista delle assicurazioni va quindi a scapito del mio ideale egualitario fino a scadere nella logica, di quello che in economia, si definisce “*ottimo paretiano*”: *non è possibile migliorare il benessere (utilità) di un metalmeccanico, senza peggiorare il benessere di un pensionato, di un disoccupato, di un precario, di una famiglia povera.*

Quindi per avere una allocazione efficiente, secondo Pareto e probabilmente secondo le assicurazioni,

bisogna fare esattamente il contrario di ciò che afferma Rawls: *la salute come bene va distribuita in modo discreto differenziando ciò che oggi per essere universalistico non è differenziabile, cioè in modo ingiusto (non si può dare tutto a tutti, universalismo selettivo, definire le priorità ecc).*

Anche su questo, personalmente, sono decisamente in disaccordo.

Ho cominciato il mio percorso professionale con le mutue per cui conosco bene cosa esse vogliono dire da ogni punto di vista, ho anche assistito benché giovanissimo, al loro crollo che, non è stato causato solo dai debiti, ma anche dalla crescente implausibilità di una idea di tutela che oggi dopo ben tre riforme ancora non siamo riusciti a ripensare.

GLI INTERESSI

La *seconda gamba*, che ci propone il ministro Grillo, alla fine non è socialmente un affare per nessuno. Essa è semplicemente la “figlia brutta” di cento albi cioè di 100 interessi:

- l'egoismo prima di tutto che prevale sul bene comune,
- la decadenza morale della politica, la sua collusione con i grandi interessi finanziari,
- l'incapacità del pensiero progressista ad avere un pensiero altro da quello sin qui usato,
- la caduta delle idealità,
- il ripiegare verso le soluzioni discutibili del neoliberalismo,
- il sacrificio in nome dell'economia degli ideali di giustizia.

Le casce mutue sono cose tristi perché dietro di loro ci sono cose tristi come la speculazione sui problemi dell'uomo.

Alcuni pensano che, a cause delle mutue, crollerà di colpo il sistema pubblico. Cioè ad un evento catastrofico. Ma non sarà così. Man mano che crescerà il numero degli assistiti le mutue invaderanno lo spazio della tutela e si sostituiranno in modo crescente al pubblico. Mi viene in mente l'esempio, che ci faceva Prigogine, per spiegare la nozione di “*tempo interno*” cioè la goccia di inchiostro nel bicchiere d'acqua che piano piano si espande fino a cambiarne il colore.

Le mutue si affermeranno nel “*tempo interno*” di

Prigogine, cioè nel tempo geometrico necessario ad occupare uno spazio, e a un certo punto, oltre una certa soglia critica, inizieranno a cambiare i connotati fondamentali del sistema pubblico.

Da questo punto di vista sarà decisiva l'intenzione del ministro Grillo di favorire l'uso dei servizi pubblici in particolare gli ospedali per assistere i nuovi clienti delle mutue.

Si comincerà, come ora, ad usare, con delle convenzioni, il servizio pubblico in modo mutualistico e questo modo cambierà gli uomini e le cose, le professioni, i servizi, gli ospedali, perfino la medicina la sua cultura.

Poi se le mutue continueranno ad avere l'appoggio dei governi, esse si faranno fare leggi ad hoc, in ragione delle quali diventeranno "aperte" e non saranno più obbligate a servirsi di strutture accreditate per cui si potranno fare servizi propri, ospedali propri come era una volta. Fino a quando, il nuovo sistema andrà a regime. Nel frattempo il servizio pubblico diventerà come se fosse una riserva indiana, accoglierà quella fascia di popolazione, che resterà ai margini del sistema.

Ricordo, che in pieno regime mutualistico, ben 4 milioni di persone non avevano alcuna copertura. Una volta a regime, cioè non appena l'acqua nel bicchiere avrà cambiato di colore, comincerà il declino, cresceranno gli scontenti, le ingiustizie e i costi appariranno insostenibili, si comincerà a distinguere quello che passa la mutua e quello che non passa, fino ad arrivare a suon di ripiani ad un nuovo default. Ma intanto, dopo le cavallette, non ci saranno foglie che resteranno attaccate all'albero e dovremo ricominciare daccapo.

LE MUTUE E IL PROBLEMA DELLA SOSTENIBILITÀ

Non saranno le mutue, cara ministro Grillo, a risolvere i problemi di sostenibilità della sanità e men che mai a risolvere la "questione medica" quella "infermieristica" e di tutte le altre professioni, mentre per il cittadino le mutue rispetto ai suoi bisogni saranno come un ritorno indietro. Il cittadino con le mutue non esiste. Esiste solo il *customer*.

Le mutue, prima di essere dal punto di vista della tutela, un pessimo affare sanitario, sono un imbro-

glio sociale da parte di una politica "senza organi", cioè senza cuore (l'amore) senza fegato (il coraggio di cambiare) e senza cervello (l'idea giusta). Le mutue rispetto alla cultura del diritto sono un male per la gente.

È stata Anna Arendt a farci riflettere sulla "banalità del male" (un libro sulle atrocità del nazismo) facendoci capire che, il male, alla fine non è eccezionale come si pensa ma è più normale di quello che si crede. Quindi banale. Credo abbia ragione.

Personalmente sono amareggiato dalla superficialità con la quale anche il governo giallo verde sta facendo la festa alla sanità pubblica e, dalla sottovalutazione del problema, da parte della stessa sanità, soprattutto da parte delle sue rappresentanze organizzate.

Sembra che non ci si renda conto di quanto essa sia unica e preziosa e di quanto grave sia tornare alla legge del più forte. Perché mutue e assicurazioni obbediscono solo alla legge del più forte.

"Se osserviamo la storia dell'umanità" scriveva Darwin "tutti i profeti buoni si sono sempre opposti alla legge del più forte, alle violenze e alle guerre. L'uomo si è elevato dalla natura violenta perché ha saputo creare leggi e culture che difendono i deboli" (C. Darwin, Viaggio di un naturalista intorno al mondo - Lettere 1831-1836, Milano, 1982)

Il male ci spiega la Arendt nasce non perché c'è il neoliberalismo ma perché la gente non pensa, non riflette, beve i luoghi comuni, segue l'onda conformandosi alle circostanze che quasi le impediscono di accorgersi che agisce il male.

Chi tace sulle mutue è letteralmente *incosciente* esattamente come chi ce le propone. Chi tace non pensa, chi non pensa fa male. Qualcuno di voi dirà che sto esagerando, spero tuttavia, che per lo meno comprendiate le ragioni per le quali non mi renderò mai complice intellettualmente di questo ritorno delle mutue. Mi si spieghi perché milioni di persone dovrebbero rinunciare ai propri diritti e peggiorare la loro condizione di cittadini.

Abbiamo visto quanto siano ridicole e insussistenti le ragioni della politica e delle mutue e, volendo, quante possibilità di riforma avremmo a disposizione per risolvere i problemi della sanità pubblica. Ma per fare questo, dice la Arendt, bisognerebbe "pen-

sare” cioè interrogare la propria coscienza (ammesso di averne una) esattamente come Socrate intendeva il dialogo tra “io” ed “io”. Il male quindi non è la mutua che, come abbiamo visto, è quello che è, ma è la *vostra incoscienza* cioè la *vostra* incapacità di pensare il bene contro il male. La *vostra* banalità. Sì, “*vostra*”, avete letto bene, per quello che mi riguarda la “*quarta riforma*” e le decine e decine di libri che sono venuti prima, è un pensiero che va decisamente da un’altra parte.

Sulle mutue, dico che quello che ho visto, che ho vissuto, che ho capito, mi è bastato a convincermi che il *bene* sia proprio un’altra cosa.

DE-MUTUALIZZARE CULTURALMENTE IL SISTEMA

La necessità di de-mutualizzare il sistema sanitario impropriamente, occupato dalla speculazione finanziaria, va insieme ad un’altra necessità, se volete più culturale, che è quella di de-mutualizzare la cultura del sistema sanitario nazionale.

Nella “Quarta riforma” mi sono provato a dimostrare che l’attuale Ssn, pur essendo nato, dal crollo del sistema mutualistico, alla fine si è rivelato, nella pratica corrente, una grande super-mutua nazionale, nel senso che le riforme che abbiamo fatto per metterlo in piedi, a tutt’oggi, non sono riuscite ad emanciparlo dalla cultura mutualistica precedente.

Nei nostri ambulatori, nei nostri ospedali, nel territorio, nelle nostre professioni, perfino nei dipartimenti di prevenzione e nei nostri cittadini, ancora oggi c’è più “mutua” di quello che si pensa.

Per cultura mutualistica intendo una idea di tutela vecchia e inadeguata quello che ho descritto nel cap 1 che riduce la medicina a mera riparazione della malattia, che non si pone il problema della salute primaria, che ragiona solo di prestazioni, che standardizza tutto anche ciò che non è standardizzabile, in barba ai discorsi sulla personalizzazione e che al massimo considera il cittadino un “customer” e nulla di più.

Ma di quale “esigente” si parla?

Oggi la prima idea strategica che dovremmo seguire anche al fine di ridurre, la spesa privata, è demedicalizzare quanto più è possibile a partire da una nuova idea di salute che al pari del Pil sia considerata

semplicemente una ricchezza di genere diverso.

Ma per de-medicalizzare si deve de-mutualizzare la cultura riparativa che prevale ancora oggi nel nostro sistema sanitario.

Alcuni dicono, giustamente, che se facciamo “efficienza” e “appropriatezza” si può ridurre la spesa privata, ebbene, distinguendo “appropriatezza” (coerenza delle prestazioni con le evidenze scientifiche) da “adeguatezza” (coerenza della cura con la complessità del malato) io ritengo che, proprio perché ancora oggi la nostra sanità è una super mutua, essa ha prima di ogni cosa fondamentalmente un problema di “adeguatezza” e che a causa di ciò, essa non solo costa più di quello che dovrebbe ma produce anche tra i tanti paradossi oltre a quello del contenzioso legale e delle aggressioni ai medici (forme moderne di conflitto sociale) anche quello della spesa privata.

Le mutue sono certamente appropriate ai loro standard ma nello stesso tempo esse sono quanto di più inadeguato esiste nei confronti della cura della complessità del cittadino malato. Questo è il paradosso.

Per cui de-mutualizzare il sistema significa cambiarlo culturalmente in profondità per renderlo certo appropriato ma soprattutto più adeguato.

Con un sistema pubblico adeguato non credo che il cittadino abbia bisogno per la propria salute, di rinunciare a una parte del salario per iscriversi ad un fondo.

La questione, allora, diventa: come rendere adeguata, una sanità pubblica ancora mutualistica, ad una domanda di salute che senza, nessuna ombra di dubbio, non può essere soddisfatta con il mutualismo cioè con la sola medicalizzazione.

Il mutualismo era già un rottame 40 anni fa, figuriamoci ora che la società è diventata quella che è. Eppure non sono pochi coloro che nel tempo di internet vogliono convincerci che dalla post modernità si dovrebbe tornare al neolitico. Ma non sono poche neanche coloro che credono di poter stare nella post modernità ma a culture neolitiche invariante.

MUTUE E WELFARE AZIENDALE

La proposta del ministro Grillo di ampliare il dominio dei fondi integrativi come una forma di tutela

privata complementare con quella pubblica, si va ad aggiungere al sistema di welfare aziendale che è stato istituito dal governo Renzi attraverso il job act. Sul piano delle risorse calcolando il costo degli incentivi per il welfare aziendale e quello per i fondi integrativi, la massa di denaro pubblico interessata è notevolissima. La domanda se non sia meglio spendere questi soldi per rilanciare il pubblico è inevitabile. Si tratta di molti soldi che se spesi nel pubblico potrebbero addirittura farlo rinascere. Ma il ministro Grillo sembra di parere diverso e come l'ultima neolibertista di turno, preferisce per ragioni di sostenibilità, svendere un pezzo di pubblico, proprio come quando a corto di soldi si vendono i gioielli di famiglia.

Con il termine *welfare* aziendale s'intende l'insieme delle iniziative di natura contrattuale o unilaterali da parte del datore di lavoro volte a incrementare il benessere del lavoratore e della sua famiglia, attraverso una diversa ripartizione della retribuzione, che può consistere sia in benefit di natura monetaria sia nella fornitura di servizi, o un mix delle due soluzioni.

Il *welfare aziendale* in realtà è un *welfare contrattuale* cioè che si attua attraverso il contratto e che quindi riguarda solo chi un contratto ce la, cioè chi ha un lavoro e che si basa su certe operazioni fiscali.

Il *welfare aziendale* non è tanto la riproposizione delle vecchie mutue del secondo dopoguerra ma è una forma di welfare tipico dell'economia americana. Il PD non si è inventato nulla di nuovo ha semplicemente copiato il *welfare on demand* americano.

Storicamente il welfare aziendale, nelle forme assunte negli Stati Uniti, è stato associato alla crescita delle grandi imprese manifatturiere, in grado di garantire ai loro dipendenti rilevanti benefici sotto forma di piani sanitari.

In questi piani, a *beneficio definito*, il rischio in caso di evoluzione negativa per mancata costituzione delle riserve oppure per cattivo andamento dei mercati finanziari, era interamente a carico delle imprese, così come a loro carico era il rischio connesso all'allungamento della vita media dei lavoratori in pensione o all'aumento delle spese mediche.

La novità che introduce il Jobs act (versione italiana) è di mettere questo rischio completamente a carico dello Stato utilizzando la leva fiscale.

Per questo il welfare aziendale è in realtà un *welfare fiscale*.

In Italia, a differenza dall'America, il Jobs act si basa interamente su un sistema fiscale totalmente a favore dell'impresa e interamente a carico dello Stato, nella speranza che l'impresa, accrescendo il suo profitto, accresca la produzione di ricchezza.

Lo scopo del *welfare fiscale* è incentivare le *plusvalenze* dell'impresa cioè in generale l'incremento di valore, e in particolare la differenza positiva fra due valori dello stesso bene. Più o meno è quello che Marx chiamava, più di un secolo fa, "*plus valore*". Quindi in sintesi il *welfare aziendale o fiscale o on demand* non è altro che la concessione di un sistema di agevolazioni sotto forma di deduzioni o di detrazioni d'imposta, subordinate alla demonetizzazione di parte del salario e alla contestuale stipulazione di mutue aziendali.

Ribadiamo il problema: le agevolazioni fiscali al welfare aziendale e quelle ai fondi integrativi a parte essere pagate da tutti i cittadini e favorire solo i cittadini con reddito, non possono coesistere con un adeguato finanziamento del pubblico per cui è plausibile prevedere che ad una riduzione del pubblico si accompagni una riduzione finanziaria del pubblico.

In pratica con la proposta del ministro Grillo è cominciata l'operazione veradi smantellamento del sistema pubblico.

Capitolo 5

La logica del de-finanziamento non muore mai

ANCHE IL NUOVO GOVERNO esattamente come il precedente ha confermato nella sua prima legge di bilancio, la linea del de-finanziamento della sanità pubblica cioè le ha assegnato meno risorse del suo fabbisogno, per la semplice ragione che il ministero della salute si è presentato come i suoi predecessori, a mani vuote, cioè senza un progetto in grado di bilanciare le maggiori spese con interventi mirati all'eliminazione delle anti-economie delle diseconomie e degli sprechi.

Oggi per essere finanziati in modo adeguato la sanità deve proporre per forza nuove economie con il deliberato proposito di costare di meno.

Ma per dare luogo a nuove economia è necessario cambiare la sanità in profondità e questo governo almeno fino a questo momento non è in condizioni culturali di farlo. Esso vuole cambiare ma è del tutto privo di un pensiero riformatore.

Siccome la natura incrementale della spesa sanitaria non può dare luogo ad un finanziamento infinito la sanità senza nuove risorse culturali, cioè senza riforme, è destinata ad essere sempre più de-finanziata.

RISORSE FINANZIARIE E RISORSE CULTURALI

In genere la critica che tutti hanno fatto alla nota di aggiornamento del Def, preparata dal governo giallo verde relativamente alla sanità, è l'insufficienza delle risorse (mezzi) rispetto a un programma che punta a realizzare tante cose (fini).

Questo problema, del rapporto mezzi/fini rientra dentro una questione politica più ampia, che, per me, è quella della coerenza tra le intenzioni politiche del governo (volontà) e la loro implementazione concreta (realizzazione) rispetto alla quale, il problema dei soldi, è solo una delle questioni, per quanto indubbiamente prioritaria. Per me, in una nota di aggiornamento o in una legge di bilancio, ma in generale in tutte le norme che ci riguardano, vi sono, rispetto ad un qualsiasi sco-

po da raggiungere, due tipi di risorse necessarie:

- quelle finanziarie
- quelle culturali

Entrambi, a mio avviso, rientrano, a pari titolo, nella categoria dei "mezzi" che permettono il conseguimento di uno scopo.

Se le risorse finanziarie dipendono dal Mef, quelle culturali dipendono dal ministero della Salute e in senso generale dalla capacità della sanità di ripensarsi. Cioè dalla loro progettualità.

Le risorse finanziarie permettono, ad esempio, di assumere degli operatori (si fa ben poco con le leggi a costo zero) ma quelle culturali, cioè le idee, le conoscenze, ma anche le strategie, i progetti, permettono di qualificare la spesa che serve per assumere quegli operatori. Cioè le risorse culturali decidono

la qualità di un aumento di spesa. La qualità della spesa è parte integrante della spesa stessa.

Il “poter spendere” e il “come spendere”, in sanità, dovrebbero essere considerate questioni inseparabili nel senso che il primo non può che essere specificato dal secondo. Senza risorse culturali si specifica solo l’invarianza. Il “come spendere” è un problema di risorse culturali.

Due esempi a proposito di coerenza:

- se il governo dichiara di voler rifinanziare la sanità ma a questa assegna risorse insufficienti la coerenza mezzi/fini è contraddetta dalla scarsità dei mezzi,
- se il governo dichiara di voler cambiare la sanità ma conferma una certa legislazione vigente, in questo caso, la coerenza mezzi/fini è contraddetta dalla scarsità di risorse culturali.

Le risorse culturali:

- creano le giuste condizioni di fattibilità alle condizioni finanziarie date per il raggiungimento di certi obiettivi,
- rimuovono quelle contraddizioni che, alla fine, pur immaginando di avere finanziamenti congrui, ostacolano qualsiasi processo di rinnovamento,
- compensano gli incrementi della spesa che si sostengono con una crescita delle utilità rendendo in questo modo la spesa più sostenibile.

Il capitolo “sanità” nella nota di aggiornamento (2018) è molto breve (da pagina 99 a pagina 101). Probabilmente troppo breve rispetto ai tanti problemi della sanità. Secondo me questo, a causa di una serie di antinomie, è un esempio di come la scarsità di risorse culturali accentui il problema della scarsità di risorse finanziarie nel senso che non aiuta di certo a compensarlo.

Cosa sono le antinomie? Sono scelte politiche e culturali che comportano necessariamente dei risultati contraddittori. Un esempio: si vuole camminare ma si resta fermi. Il restare fermi contraddice l’intenzione di camminare.

La mia preoccupazione è che tali antinomie non ci aiuteranno a scrivere, alle condizioni finanziarie e culturali date, la migliore legge di bilancio possibile.

LE ANTINOMIE DELLA NOTA DI AGGIORNAMENTO

Nella nota di aggiornamento la prima antinomia

importante riguarda lo scenario assunto per decidere le politiche da adottare.

La “nota” inizia recitando testualmente: “*nei prossimi vent’anni, l’Italia si troverà ad affrontare una serie di importanti problematiche attinenti la sanità che se non gestite adeguatamente potrebbero avere rilevanti ripercussioni sul sistema*”.

Questa formulazione che ovviamente ha una propria tautologia (è ovvio che il futuro ci porrà nuovi problemi) a cui segue la *lista della spesa di sempre* delle azioni da adottare (personale; governance della spesa; innovazione, ricerca, Lea, investimenti, ecc.) fornisce una visione contraffatta della realtà perché dà l’idea che non vi sia un passato e che sino ad ora le cose siano andate bene e che la sanità non abbia una storia e che il sistema debba essere *sic et simpliciter* aggiornato al futuro. In questa formulazione, qualsiasi discorso di riforma, è escluso a priori. Il governo vorrebbe camminare ma resta fermo perché non ha idea di dove andare.

Cosa diversa se la nota avesse scritto “*da 40 anni è in atto un processo riformatore che ha incontrato molte difficoltà, commesso errori, fatto scelte politiche sbagliate, operato in condizioni avverse, tradito grandi criticità, tali da configurare un enorme problema di regressività del sistema che se non risolto mette a rischio la natura del Ssn*”.

Questa formulazione, tra l’altro molto più congeniale ad un governo che proponendosi per il cambiamento si propone come discontinuità, impone che la solita “*lista della spesa*” sia sostituita da un *programma di riforme* orientato a rimuovere tutte le contraddizioni che si sono accumulate in questi 40 anni, creando regressività ad ogni livello, senza il quale il sistema resterebbe invariante, cioè tale e quale, ma con insignificanti aggiornamenti. Nella formulazione della nota, a giudicare dalle proposte, la discontinuità non c’è, dal momento che resterebbero fuori questioni come: la medicina amministrata, la crisi dell’azienda, le grandi disegualanze e gli squilibri nord/sud, la questione medica, le operazioni scriteriate di ospedalectomia, la crisi della nozione di territorialità dovuta ai riordini regionali, il problema del titolo V, il regionalismo differenziato, i piani di rientro, le false mutue integrative e il welfare aziendale, ecc, ecc.

Scegliere uno scenario sbagliato, per giunta nella continuità con i governi precedenti, è un problema di risorse culturali che in quanto tale non favorisce in nulla la soluzione del problema finanziario. Meno che mai una realistica legge di bilancio.

La nota recita testualmente: *“Le politiche per il personale saranno orientate alla corretta individuazione dei relativi fabbisogni, con l’obiettivo imprescindibile di aggiornare i parametri di riferimento previsti dalla legislazione vigente”*.

La legislazione vigente è costituita sostanzialmente da due leggi (in bibliografia della nota), in ordine di tempo:

- la L.191 del 2009 che è la legge finanziaria per il 2010 e che stabilisce una serie di sbarramenti alle assunzioni di personale compreso il blocco del turn over,
- la L.75 del 2017 che riguarda l’amministrazione pubblica ingenerale e in particolare l’organizzazione degli uffici e la definizione del fabbisogno di personale.

In questa seconda legge la sanità è uniformata alla pubblica amministrazione cioè non ha una specificità, ed è citata, solo per dire che i provvedimenti che la riguardano sono adottati previa intesa in sede di Conferenza unificata e di concerto “anche” con il Ministro della salute.

Per me questa mancanza di “specificità” cozza con la grande emergenza della sanità che è la carenza grave di personale, un fattore negativo, che si ripercuote dannosamente a scala di sistema ostacolando:

- da una parte in modo grave lo svolgimento normale delle attività dei servizi,
- dall’altra condizionando pesantemente sia le prassi delle professioni sia i diritti delle persone assistite.

Per cui la “specificità” serve a restituire al problema occupazionale tutta la sua complessità di settore.

IL CONFLITTO SALARIO/OCCUPAZIONE

Il problema dell’occupazione, per me, in sanità non è banalmente riconducibile solo al blocco del turn over, ma ad un mercato del lavoro sia medico che infermieristico, drammaticamente squilibrato, che sino ad ora non è mai stato governato come si sarebbe dovuto fare.

Se fosse per me tutti i soldi, che con la legge di bilancio riusciremo a rimediare in più sul Fsn, dovrebbero andare alla assunzione di nuovi operatori.

Mi rendo conto della delicata posizione in cui si trovano oggi i sindacati, soprattutto della dipendenza che:

- da una parte, da anni, non rinnovano i contratti e quindi chiedono giustamente per chi lavora di aggiornare le retribuzioni,
- dall’altra parte, si trovano con un mercato del lavoro che li sta massacrando sul piano professionale mettendo in pericolo la loro credibilità sociale agli occhi dei cittadini.

Il problema è che se i soldi sono pochi devi scegliere: o si mettono sui contratti o sull’occupazione o su tutte e due ma sapendo che la divisione di un numero piccolo determina due numeri ancora più piccoli. Cioè esiste il rischio di polverizzazione delle risorse.

Questo, la legge di bilancio deve saperlo, e per la sua delicatezza auspico fortemente che si raggiunga, prima di ogni cosa, una intesa con il sindacato.

Mai credo, come in questa fase, a parte le rivolte dei giovani medici negli anni 80 che a quel tempo occupavano gli ordini, in sanità ho visto acuirsi un conflitto che è quello tra “salario” e “occupazione”. Tra chi lavora e chi non lavora o chi lavora in modo precario.

Questo conflitto, secondo me, oggi è esasperato certamente dalla carenza di risorse finanziarie ma anche dalla carenza di quelle culturali.

In tutta franchezza il conflitto salario/occupazione e gli squilibri del mercato del lavoro non si redimono mettendo dentro un po’ di persone a lavoro invariante e concedendo un po’ di soldi a logiche contrattuali invariante, sapendo tutti che, da quanto è nato il Ssn, la grande invarianza, la più grande di tutte, è il lavoro.

Cioè in tanti anni le prassi, i modelli, le organizzazioni, le forme contrattuali, le logiche salariali sono cambiate molto meno di quello che sarebbe stato necessario cambiare:

- per rinnovare il sistema dei servizi nei confronti di nuove necessità sociali,
- per governare i problemi della spesa legati al costo del lavoro.

Anche questo è un esempio dove la carenza di risorse culturali crea un problema di risorse economiche. Un lavoro che non cambia sostanzialmente mai, se non per aspetti marginali, mentre tutto cambia e, quindi, cresce solo come costo, è destinato ad essere de-finanziato fino alla de-contrattualizzazione. Questo i sindacati devono saperlo.

Sono stato io, qualche anno fa a introdurre nell'analisi sui problemi del lavoro in sanità, il concetto di de-capitalizzazione, (capitolo 12 della “quarta riforma”) per cui non ripeterò le cose già scritte anche se vi invito a leggerle.

Mi limito a ricordarvi però che alla base della de-capitalizzazione, che vale come una forma economica di svalutazione del valore del lavoro, vi è quello che ho definito la divergenza tra “costo e valore”: da una parte se fossero rispettate le scadenze contrattuali e adeguate le retribuzioni il costo del lavoro tenderebbe a crescere, dall'altra il suo valore sociale tenderebbe a calare a causa di molte cose:

- una crescente sfiducia dello Stato nei confronti dei medici che attraverso la medicina amministrata tende a ridurlo soprattutto per ragioni economiche ad una trivial machine,
- una crescente sfiducia della società nei confronti del medico testimoniata da fenomeni deteriori quali il contenzioso legale, la medicina difensivista, le aggressioni ai medici, le obbligazioni sanitarie che cozzano contro una crescente cultura della libera scelta, una medicina che, di fronte ad un nuovo genere di malato e di società, fa fatica a ridefinirsi nel proprio paradigma conservando vecchie modalità operative, ecc.

DIVERGENZA COSTO E VALORE

Nessuno mi leva dalla testa che, i governi, si possono permettere la tracotanza di bloccare la contrattazione, a parte le congiunture economiche, proprio perché il valore sociale del lavoro è quello che è, almeno nella percezione sociale delle persone. Del resto, a parte la medicina amministrata, se si vuole dare alla società un segnale di svalutazione dei medici, lo ripeto ancora una volta, basta smettere di pagarli. Siamo, pur sempre, in una società nella quale chi guadagna poco vale poco.

Questa divergenza tra costo/valore è soprattutto

causata da una eccessiva rigidità verso il cambiamento da parte del lavoro e delle professioni quindi a sua volta è un problema di invarianza, quindi, ancora una volta, una forma di grave carenza non di risorse economiche ma culturali.

La mediazione per me possibile, tra salario e occupazione, tra costo e valore, quindi tra, de-capitalizzazione e ricapitalizzazione, oggi, considerando la scarsità dei mezzi finanziari disponibili e i problemi di legittimazione sociale, passa per un progetto di riforma del lavoro, del mercato del lavoro e quindi per una profonda riflessione sulle professioni e le loro prassi. Questa è la vera grande priorità. Cioè passa per un investimento in risorse tanto finanziarie che culturali.

Passa per “l'autore” cioè per una idea nuova di operatore, oltre la dipendenza e oltre la convenzionata, senza la quale è difficile definire una nuova idea di lavoro. Non si può ridefinire il lavoro senza ridefinire chi lavora e non si può ridefinire chi lavora senza ridefinire la domanda di salute e di cura in questa società in tutti i suoi cambiamenti.

Ebbene, ricordando che le attuali condizioni del mercato del lavoro sono state determinate principalmente dalla applicazione della legislazione vigente al servizio di una politica di de-finanziamento progressivo, mi chiedo, tornando ai problemi della “nota”: che possibilità reali abbiamo, a legislazione invariante, di creare condizioni favorevoli, a partire dalla prossima legge di bilancio, per una riforma del lavoro? Il problema del fabbisogno del personale in sanità (sino ad ora definito con la legge 191/2009 e 75/2017) ribadisco è così grave da richiedere per prima cosa il riconoscimento di una “specificità” quindi una relativa autonomia della sanità dalla legislazione che riguarda gli sbarramenti i tetti e la pubblica amministrazione.

Ma l'ideale che traspare dalla lettura della nota, in tema di assunzione del personale, non è quello che auspico io ma più semplicemente è quello di un conformismo alla legislazione che c'è. Cioè alle possibilità che in essa sono descritte e che a mio avviso sono piuttosto limitate.

IL DM 70 DEL 2015 (IMBARAZZANTE)

La nota di accompagnamento del def dello scorso anno, prevedeva testualmente “la piena attuazione

del decreto 2 aprile 2015 n. 70, che definisce gli standard qualitativi, strutturali, quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, oltre che l'aderenza degli enti del servizio sanitario nazionale, al Programma Nazionale Esiti (PNE), con l'obiettivo di rendere omogenei su tutto il territorio nazionale la qualità, i volumi e gli esiti delle cure, coniugando l'efficienza economica con l'accessibilità dei servizi".

Quello di questo anno è del tutto sovrapponibile al precedente.

Non voglio entrare nei dettagli mi limito a dire solo che questo Dm, che poi è un "regolamento", è il succo della politica dei governi precedenti in materia di ospedali cioè la stessa che ci ha ridotti a come siamo ridotti.

Vorrei ricordare che il Dm 70 ha:

- squilibrato il rapporto ospedale territorio,
- intasato i pronti soccorsi,
- tagliato migliaia e migliaia di posti letto obbedendo a standard arbitrari,
- imposto alle regioni tetti alle assunzioni e classificazioni assurde delle loro strutture,
- cancellato, in certi casi in modo irragionevole, i punti nascita,
- contraddetto pesantemente l'autonomia organizzativa delle regioni imponendo loro tanti di quei limiti da vanificare le loro scelte di governo.

In sostanza il DM 70 è un regolamento che stabilisce come ridurre il costo dell'ospedale riducendone le dimensioni ma a parametri organizzativi fermi sostanzialmente alla riforma ospedaliera del 1969.

Per me non è coerente, fare della riduzione delle liste di attesa una priorità politica tale da campeggiare nel contratto di governo, e ribadire la legislazione che, quelle liste di attesa smisurate, ha creato.

Qui la carenza di risorse culturali raggiunge l'assurdo. E qui la responsabilità culturale di quei tre o quattro boiardi che da anni si scambiano le poltrone al vertice della tecnocrazia sanitaria, intortando il ministro della salute di turno, è siderale.

Va anche detto che l'ideale di omogeneità di questo regolamento, che poi è in realtà un ideale di uniformità, non solo non tiene conto delle grandi diffe-

renze nel paese (penso ai 2.7 posti letto della Calabria) ma è la ragione principale per la quale la regione Veneto, ad esempio, vuole uscire dal Ssn nel senso che essa non si riconosce nel genere di norme nazionali tipo Dm 70 dal momento che alla fine, tali norme, non solo ne limitano l'autonomia ma ne ingabbiano l'operatività.

Come è possibile tanta continuità di politiche così apertamente contro riformatrici in un governo che si propone, anche in sanità, come un soggetto riformatore?

Nella nota personalmente avrei scritto *"visto i grandi problemi che si sono appalesati relativamente alle normative adottate in questi anni sugli ospedali il governo si riserva di mettere a punto una proposta di riforma del sistema ospedaliero per cui il Dm 70 va radicalmente cambiato"*.

5 TESI

La tesi che ricavo dalla mia analisi sono cinque:

- la nota di aggiornamento al def sulla sanità non è solo un problema di insufficienza dei mezzi finanziari ma anche di insufficienza di risorse culturali,
- l'insufficienza delle risorse culturali favorisce il de-finanziamento della sanità, nel senso che già è difficile avere i soldi che ci servono per tirare avanti, ma nel contesto finanziario dato, oggi avere soldi sufficienti, per mantenere un sistema nella sua invarianza, quindi con dentro le sue numerose diseconomie, diventa praticamente illogico,
- l'invarianza deriva soprattutto dalla scarsità di risorse culturali,
- le risorse culturali favoriscono la crescita di quelle finanziarie perché producono nuove economie,
- senza un pensiero riformatore non si hanno risorse culturali senza le quali oggi è quasi impossibile creare, delle nuove economie.

In sintesi l'analisi della nota rivela:

- continuità con le politiche dei governi precedenti,
- semplificazione delle complessità in gioco,
- osservanza ottusa delle normative vigenti.

Se pensiamo che la nota di aggiornamento è la base, a partire dalla quale, si scriverà la prossima

legge di bilancio non mi sembra un problema da poco.

Riprendendo il discorso da cui sono partito, vale a dire la coerenza tra le intenzioni politiche del governo (volontà) e l'implementazione concreta (realizzazione) mi pare di poter concludere dicendo, argomentazioni alla mano, che, tale coerenza, nella nota di aggiornamento, in sanità, è fortemente minata da rilevanti antinomie e rilevanti contraddizioni.

Oggi sulla sanità il governo giallo verde è sotto tiro. Tutti lo sollecitano a trovare i soldi necessari perché tra "le promesse fatte agli italiani", oltre al reddito di cittadinanza, alla flat tax e alla modifica della Fornero, ci sarebbe anche il rifinanziamento della sanità. È scritto nel contratto di governo. Ma che vuol dire rifinanziare la sanità?

ALLA RICERCA DEL MIRACOLO

Dare oggi, alla sanità, nella situazione finanziaria data, il giusto finanziamento cioè quello che chiedono le regioni, sarebbe un miracolo

Oggi penso che le condizioni economiche per fare un miracolo, cioè per dare alla sanità quello che a condizioni date le servirebbero non ci siano, nonostante abbiamo un governo pieno di buona volontà, affatto diverso da quelli che lo hanno preceduto.

Nel Def di questo anno non si fanno previsioni di spesa anche se dice le solite cose del def dello scorso anno. Sono previsti numerosi interventi di politica sanitaria alcuni, molto significativi, per esempio lo sblocco del turn over, la copertura dei lea (QS 5 ottobre 2018). Tanto importanti da porre tuttavia, in rapporto ai finanziamenti reali, un problema di priorità.

Tutte queste previsioni saranno tendenzialmente confermate dalla legge di bilancio approvata al parlamento ma non vi è dubbio che il segno complessivo è davvero modesto. Alla sanità anche questa volta sono toccate le briciole.

Se guardiamo i numeri previsionali della legge di bilancio ci accorgiamo che a confronto con quelli dei precedenti governi, dal punto di vista degli incrementi finanziari, essi non rivelano particolari differenze quantitative. In entrambi i casi siamo al "minimo".

Ed è proprio da questo "minimo", comune tanto ai passati governi che a quello in carica, che mi deriva questo senso del surreale.

È surreale che la legge di bilancio preveda solo lo 0,1% in più rispetto al pil, sperando naturalmente che il pil cresca ma non cresce perché, ciò facendo, è come se ammettesse implicitamente di continuare, suo malgrado, anche se con intenzioni diverse, le politiche finanziarie di contenimento dei precedenti governi. Cioè le politiche del Pd.

La sanità, però ha bisogno davvero di essere rifinanziata cioè di andare oltre al minimo consentito. Ma il problema del "minimo", se la metafora del "collasso" ha un senso, resta. Non sarà qualcosa in più che si metterà oltre il "miliardo ballerino" a mettere la sanità in sicurezza. Se la coperta è troppo piccola allora la sanità da una parte si copre e dall'altra si scopre.

SENZA UN PROGETTO DI GOVERNO DELLA SPESA LA SPESA AUMENTA

Dovremmo allargare la coperta e per farlo la sanità dovrebbe sforzarsi di andare oltre la benevolenza del governo di turno e mostrare, con un progetto, di avere un proprio innegabile valore finanziario. Senza un "progetto" tutto quello che chiede la Grillo, resta, agli occhi della legge di bilancio, un maledetto incremento di spesa pubblica, specie adesso che, per mantenere le promesse fatte agli italiani, i soldi che servono sono parecchi.

Con il DEF di questo anno le operazioni sono sempre più o meno le solite.

Per questo ci vorrebbe una "quarta riforma". La sanità potrebbe costare meno di ciò che costa e avere un grado di adeguatezza molto ma molto più alto. Trovare il "finanziamento giusto", a sistema invariante, è difficile, perché alla fine, a bilancio, la sanità resta un costo difficile da finanziare.

La cosa che mi preoccupa per davvero è la dipendenza stretta tra la sanità e due variabili implacabili: l'andamento del pil e il disavanzo pubblico. La manovra del governo, compresa la sanità, dipende molto da quanto crescerà il pil e dai margini consentiti dai limiti a scalare per le eccedenze finanziarie.

Lo scorso anno scrivevo: "se oggi con le stime che abbiamo sulla crescita del pil e con una eccedenza

finanziaria concessa del 2.4, è possibile incrementare la spesa sanitaria solo di un miliardo e rotti, calando il tetto alle eccedenze nei prossimi anni e crescendo meno delle previsioni il pil, cosa succederà a “sistema invariante” alla sanità?”

Sarà de-finanziata in proporzione? Ma se questa è la prospettiva scendere sotto il miliardo ballerino che vuol dire? Tornare a de-finanziare la sanità più di prima? Cioè con una crescita consentita meno dello 0.3 %? O si torna semplicemente ai tagli lineari di Monti? Calando le brache sulla privatizzazione di parte del sistema?

Che il governo non cancelli da subito gli incentivi fiscali alle mutue mi fa venire brutti pensieri. Non capisco. Il ministro Grillo preferisce appaltare un bel pezzo di sanità ai privati.

Mi auguro, non solo per la sanità, ma per il paese, che tutto vada bene, però non ho dubbi che se il pil crescesse poco e in più i margini di manovra delle eccedenze finanziaria calassero, la sanità, “a sistema invariante”, si troverebbe di nuovo sotto le pietre.

TORNANO I PATTI PER LA SALUTE

Nel corso della definizione della legge di bilancio per la sanità è accaduta una cosa relativamente nuova: il ricorso ex ante, cioè prima della sua sottoscrizione, al patto per la salute, come garanzia di finanziamento del sistema.

La logica più o meno è la seguente:

- si è definito il fondo sanitario di partenza (114,4 mld)
- si sono definiti i suoi incrementi (2mld per il 2019 1.5 mld per il 2021)
- si è subordinata l’allocazione effettiva degli incrementi alla stipula di un nuovo patto per la salute (2019/2021).

Il senso politico è compensare l’incremento di spesa previsto con una riduzione della spesa storica e quindi annullare se possibile l’incremento in quanto tale.

A me l’espressione “patto per la salute” non è mai piaciuta perché è fuorviante, inopportuna e ingannevole. Personalmente avrei usato “accordi di sostenibilità” (ADS) perché di soldi si tratta non di salute.

La storia dei “patti” inizia 18 anni fa (3 agosto del

2000), quando, il secondo governo D’Alema (ministro della sanità Rosy Bindi/Umberto Veronesi) firma una prima storica intesa con le regioni, per inaugurare anche in sanità la stagione delle intese finanziarie. Quell’accordo non sarà subito indicato con il nome “patto per la salute” ma in esso troviamo i capisaldi della filosofia pattizia che, ricordo, ha come scopo principale il superamento dei ripiani a piè di lista.

Capisaldi che successivamente saranno ulteriormente definiti con la riforma del titolo V del 2001:

- lo Stato si impegna a garantire risorse “idonee”
- le Regioni si impegnano a non sfondare i propri bilanci
- gli eventuali sfondamenti sono a carico delle regioni.

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”.

Un “contratto finanziario bilaterale” con lo scopo di garantire un equilibrio finanziario tra finanziamento e spesa.

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; 2016/2018.

Questa serie di intese in questi 18 anni è stata contraddetta solo in due casi:

- nel 2012 quando a causa dei tagli il patto non viene fatto (QS 10 ottobre 2012)
- nel 2014 e cioè quando il governo Renzi d’impero annullò il patto sottoscritto tra ministero e regioni per 115 mld tagliando il fabbisogno a solo 111 mld. (QS 10 luglio 2014).

L’esperienza dei patti pur importante e per certi verso obbligatoria, in realtà non è andata molto bene e lo dimostra il fatto che:

- ancora oggi 11 regioni sono alla mercé dei loro disavanzi
- anche con un nuovo governo non ci siamo liberati dei problemi di de-finanziamento.

Ma non vi è dubbio che essi hanno cambiato il modo di finanziare la sanità e di conseguenza il genere di

politiche sanitarie. Con i patti si comincia a cambiare la spesa storica e il profilo delle organizzazioni sanitarie.

Ma perché non sono andati bene? Cosa non ha funzionato?

Essi hanno fatto la fine dell'appropriatezza cioè nel tempo essi sono diventati sempre più accordi sul contenimento della spesa scadendo in una logica mortifera che è quella dell'omeostasi. Vi spiego di che si tratta.

LA GABBIA DELL'OMEOSTASI

Per logica omeostatica si intende una politica tesa a conservare le proprie compatibilità finanziarie anche di fronte al variare delle necessità interne ed esterne del sistema. Omeostasi vale come conservare e quindi essa è antitetica al concetto di evoluzione. In questa logica i patti per la salute non sono mai stati strumenti per lo sviluppo della salute ma puri strumenti per l'autoregolazione finanziaria delle compatibilità.

Lo strumento pattizio avrebbe dovuto soddisfare almeno tre condizioni:

- che il saldo tra meno spesa e più spesa fosse invariante,
- che il governo intascasse i risparmi auspicati pena i tagli lineari,
- che i risparmi finanziassero gli eventuali incrementi di spesa.

Nell'omeostasi la sanità resta ferma sapendo tuttavia che restare fermi, come ho detto più volte, vale come regredire. Oggi dobbiamo uscire dall'omeostasi.

Se esaminiamo da vicino le intese finanziarie fatte in questi 18 anni si comprende anche un'altra cosa e cioè il rapporto stretto tra un crescente de-finanziamento del sistema e un crescente indebolimento dell'autonomia regionale.

In questi anni le regioni pur di avere soldi hanno sacrificato gran parte della loro autonomia chinando il capo perfino di fronte alle loro preziose autonomie organizzative quelle conquistate con la riforma del titolo V.

Il dm 70 è l'esempio più imbarazzante di come le regioni abbiano perso l'autonomia di legge relativamente all'organizzazione dell'ospedale.

Oggi, come ho scritto anche recentemente, non vi è

alcun dubbio che il regionalismo differenziato altro non è che un tentativo di recuperare l'autonomia perduta a causa degli obblighi che alle regioni sono derivati in questi anni soprattutto dal rispetto dei patti per la salute. Insomma i patti erano patti per modo di dire.

Sorge quindi un legittimo dubbio: ma come faranno le regioni a sottoscrivere il patto per la salute senza perdere ancora autonomia?

Sul finire dell'anno precedente, "come se nulla fosse", è stata convocata presso il ministero della sanità la prima riunione per definire il patto per la salute 2019/2021. (QS 15 novembre 2018)

Quale è il problema? La legge di bilancio stanziava 3,5 mld fino al 2021 il che vuol dire (se ho capito lo spirito della legge di bilancio) che le regioni per avere quei soldi devono liberare dalla spesa storica la stessa quantità finanziaria.

SOLDI IN CAMBIO DI SOLDI

Riusciranno i nostri eroi a liberare questi soldi? Chi lo sa! Bonificare la spesa storica non è impossibile anche se tutt'altro che facile. Per prima cosa, volontà politica a parte, si tratta di capire cosa bonificare. E questo secondo me non è chiarissimo né al governo né alle regioni.

Bisognerebbe fare quello che in 18 anni non si è mai fatto e cioè distinguere:

- le anti-economie (costi non giustificati da sufficienti benefici),
- le dis-economie (costi che con dei cambiamenti potrebbero essere minori di quello che sono)
- gli sprechi quelli che si intendono comunemente invocando l'appropriatezza

Sono tutti disvalori ma ognuno di essi ha bisogno di specifiche politiche, ad esempio per combattere:

- gli sprechi non necessariamente devo cambiare il sistema così come è organizzato al massimo devo qualificare i comportamenti degli operatori
- le anti-economie e le dis-economie necessariamente devo cambiare per esempio i modelli
- gli sprechi per essere eliminati non necessariamente hanno bisogno di risorse aggiuntive,
- le anti-economie e le dis-economie invece a volte hanno bisogno di risorse aggiuntive cioè di investire sul cambiamento.

Per esempio, l'innovazione informatica, può consentirmi di ridurre tante diseconomie ma per farlo devo avere delle risorse per comprare l'innovazione che mi serve. Ma se resto nell'omeostasi e quindi devo compensare i maggiori finanziamenti con meno spese, l'innovazione non riuscirò mai a comprarmela.

Sugli sprechi molte regioni hanno già fatto molto e non senza sacrifici e non credo che dopo 18 anni di raschiamenti del barile su questo terreno esse possano fare molto di più. Sulle anti-economie e sulle diseconomie si è invece fatto poco anche se è su questo terreno che a mio parere in futuro potranno derivare parecchie economie.

Per intervenire su questo terreno ci vogliono:

- idee di riforma
- e un po di quattrini.

In questa congiuntura non mi sembra che ci siano ne le prime e ne le seconde.

IL NODO RESTA IL FINANZIAMENTO

A osservare in trasparenza, cioè contro luce, le richieste finanziarie delle regioni, si comprende la loro vera ansia, la loro vera preoccupazione, che è quella ancor prima della giusta quantità di risorse, quella soprattutto della certezza della loro disponibilità. In tutta sincerità non riesco a dare loro torto, nessun serio governo è possibile in un quadro di incertezza finanziaria nel senso che nell'incertezza salta qualsiasi programmazione. Tuttavia mi preoccupano alcune posizioni che ho letto nelle regole di ingaggio che non esito a definire irrealistiche e quindi non praticabili.

Come le seguenti:

- *“risorse certe e non condizionabili dall'andamento dell'economia”*
- *“incremento significativo delle risorse a disposizione per il triennio 2019-2021, oltre a quanto già stanziato in legge di Bilancio;*
- *“non si può prevedere che gli incrementi – già insufficienti – del livello di finanziamento del SSN siano accessibili alle Regioni solo a condizione di sottoscrivere il nuovo Patto”.*

Le regioni stanno teorizzando, ripeto in modo irrealistico ciò che, a partire dalle aziende, quindi dal 1992, ma soprattutto a partire dalle tante leggi di

bilancio fatte in questi 40 anni, ha cambiato addirittura lo spirito di fondo dell'art 32 e cioè che il diritto alla salute sia economicamente condizionabile. Nel momento in cui si dichiara il contrario (il diritto è una variabile indipendente dall'economia), diventa logico per le regioni dire che la spesa per la salute deve essere a sua volta una variabile indipendente dall'economia e quindi svincolarla dal suo andamento e chiedere il rifinanziamento tout court del sistema.

Vorrei far notare due cose:

- che l'intesa finanziaria o patto per la salute nasce nel momento in cui i criteri automatici di finanziamento della sanità previsti dalla riforma del 78 proprio perché solo di natura incrementale, entrano in crisi cioè diventano finanziariamente ingestibili e economicamente incompatibili, cioè vorrei ricordare alle regioni che il patto oggi è la forma non automatica di finanziamento della sanità che ha preso il posto di quei criteri
- che le regioni mentre pretendono dal governo risorse certe e non condizionate nello stesso tempo sono le stesse che con il regionalismo differenziato, propongono di finanziare la sanità non più secondo diritto e quindi secondo necessità, ma secondo il gettito fiscale, cioè secondo l'economia prodotta territorialmente accettando di assumere il paese come un sistema a economie differenziate quindi accettando di dividere il paese in base al pil e non di riunificarlo in base ai diritti.

In tutta franchezza non credo che la demagogia e l'irragionevolezza giovi alla sottoscrizione del patto.

L'idea del finanziamento come variabile indipendente rispunta nella regola di ingaggio secondo la quale il governo deve rinunciare a subordinare il finanziamento della sanità alla sottoscrizione del patto come è stato deciso con l'ultima legge di bilancio.

Il significato politico di questa regola di ingaggio è molto chiaro e per me, mi dispiace rimarcarlo, altrettanto irrealistico e altrettanto demagogico.

Se rammentiamo che il patto per la salute soprattutto negli anni è stato di fatto uno scambio tra finanziamenti e risparmi, cioè tra le assegnazioni finanziarie del governo in cambio di razionalizzazioni, di maggiore efficienza, di rispetto dei limiti, da parte

delle regioni, si comprende che le regioni non solo vogliono sganciarsi dall'andamento dell'economia, non solo vogliono incrementi finanziari significativi, ma vogliono tutto questo sotto-forma di cash, cioè sotto-forma di semplice incremento di spesa, ma con questa regola di ingaggio esse si sottraggono all'obbligo di dare contro partite di risparmio, riducendo ad esempio le tante diseconomie che esistono nei loro sistemi sanitari.

Non c'è bisogno di attenersi alla metodologia marxiana per comprendere che di questi tempi, in recessione, con le scelte di politica finanziaria fatte dal governo su pensioni e reddito di cittadinanza, quindi con i problemi che abbiamo nel rapporto tra spesa pubblica e disavanzo pubblico, pensare di poter incrementare la spesa sanitaria è una speranza improbabile.

Al massimo si può ragionare con il "vuoto per pieno" cioè togliere da una parte per metterla da qualche altra parte. Anzi per dirla tutta io penso, e credo che le regioni a loro volta hanno mangiato la foglia altrimenti non mi spiegherei le loro regole di ingaggio, e cioè che in questa fase sia piuttosto difficile rispettare le indicazioni finanziarie sulla sanità, mi riferisco agli incrementi di 2 mld, a meno di non compensarli con dei risparmi.

SPENDING POWER

Il patto per la salute è stato evocato dalla legge di bilancio solo come uno strumento capace di compensare di fatto l'incremento di spesa previsto. Per cui penso poco probabile che le regioni avranno i soldi previsti nella legge di bilancio senza dare altre soldi in cambio.

È del tutto evidente che per le regioni quello che ho sempre definito alla canadese come "*spending power*", cioè il condizionamento finanziario da parte del governo delle autonomie regionali, entra in contraddizione con il regionalismo differenziato. Che senso ha per le regioni avere più autonomia se il governo continua a tenerle sulla graticola con i finanziamenti?

Quindi è del tutto evidente che l'idea del Veneto della Lombardia dell'Emilia Romagna di autofinanziarsi la sanità usando il proprio gettito fiscale, ha lo scopo di liberarsi una volta per tutte dallo spen-

ding power del governo e dei patti per la salute. Se una regione diventa finanziariamente autonoma e organizzativamente autarchica, mi si deve spiegare che interesse ha a sottoscrivere dei patti con il governo.

Avrete capito che questo patto per la salute da fare entro il 31 marzo, lo vedo molto in salita.

Personalmente penso che una condizione fondamentale per fare il patto sia quella di circoscrivere l'ambito delle questioni, se nel patto le regioni ci vogliamo mettere di tutto e di più, le possibilità di sottoscriverlo si riducono e di molto. Nello stesso tempo credo che andrebbero accantonate le demagogie e le cose impossibili, non esistono le condizioni per sganciare la spesa sanitaria dalle politiche economiche, e meno che mai di permetterci di poter incrementare la spesa così semplicemente.

Infine penso quello che ho sempre pensato e che sta dietro alla mia idea di "quarta riforma" e cioè che possiamo finanziare come si deve la sanità solo se con delle riforme serie abbassiamo il suo costo complessivo. Per abbassare questo costo complessivo dobbiamo sostituire una idea vecchia di tutela e di fabbisogno, con una idea nuova. Dobbiamo riformare culturalmente la nostra sanità pubblica. In pratica il patto per la salute dovrebbe essere un patto per le riforme. Cioè un patto strategico.

Con il regionalismo differenziato siamo in pieno contro-riformismo, non è quindi un caso se sia il governo che le regioni non hanno una strategia per abbassare il costo complessivo del sistema, tutti prigionieri del piccolo cabotaggio, meno che mai hanno un pensiero riformatore in grado di riattualizzare un intero sistema di servizi, di professioni, di conoscenze. Con costoro parlare di riforme culturali è velleitario.

Per cui in questo patto per la salute ammesso che ci si accordi sulle regole di ingaggio statene certi vedremo due orbi fare a sassate con il segreto proposito di farsi l'un con l'altro le scarpe. E di soldi ne vedremo pochi.

ECONOMIE SENZA DISVALORI

L'operazione del governo di chiamare in causa ex ante il patto per la salute, in via di principio, non mi trova contrario, essa è certamente preferibile ai tagli

lineari e, tecnicamente, ha il significato alla fine di una spending review concordata. Oggi nel nuovo Def torna il discorso introdotto da Monti della spending review. Vuol dire che i soldi sono pochi e che si deve risparmiare da qualche altra parte.

Continuo a credere che la natura incrementale della spesa debba essere governata con economie bonificate dai disvalori, quindi dagli sprechi certo ma anche dalle anti-economie e dalle diseconomie.

Spero non si dimentichi che sono ormai 19 anni che razionalizziamo (la legge 229 è del 99). Nello stesso tempo sono 19 anni che nell'omeostasi voliamo basso: burocratizzando i medici, amministrandoli con la scusa dell'appropriatezza, mettendo limiti alle prescrizioni, razionando le prestazioni soprattutto diagnostiche, frapponendo ostacoli all'accesso dei servizi. Ma in nessun caso a qualcuno è venuto il coraggio di mettere la mano nella buca della vipera, cioè di prendere di petto i disvalori che contano davvero.

Ma vediamo tra questi disvalori le loro differenze:

- lo spreco è un problema di uso ingiustificato
- l'inefficienza è una questione di rendimento,
- l'inadeguatezza è una questione di insufficienza.

I costi di questi disvalori sono molto diversi come genere e come quantità:

- i primi due sono "sovrastrutturali" nel senso che, dato un servizio il suo costo di base può variare ma solo in modo marginale quindi di fatto è "quello che è" ma con piccole variazioni
- il terzo è "strutturale" nel senso che il suo costo di base dipende dal modello o dall'organizzazione o dalle metodiche che si intendono adottare quindi può essere quelle che "conviene che sia" e quindi con grandi variazioni

Il principale disvalore è quello strutturale (nel senso del più grande quantitativamente) e in genere riguarda l'inadeguatezza dei modelli quindi del modo di operare del sistema nei confronti di una domanda sociale di salute ormai diventata altra.

È dall'inadeguatezza che nascono:

- le anti-economie e le dis-economie
- fenomeni costosi come il contenzioso legale, la medicina difensiva, la sfiducia della gente
- il ricorso alle medicine non convenzionali.

ESSERE INADEGUATI COSTA

Ciò che costa davvero molto è il modo di essere inadeguato del sistema nei confronti del modo di essere complesso della domanda di salute di questa società.

Le forme più comuni di inadeguatezza e quindi di anti-economie e diseconomie nei confronti dei bisogni di questa società sono:

- le organizzazioni tayloristiche dei servizi
- la medicina scienziata cioè riferita alla malattia e non al malato
- una divisione del lavoro che scompone le professioni per compiti e mansioni e non per impegni
- gli ospedali concepiti ancora come castelli con tanto di fossato e di ponte levatoio
- i distretti fermi ad una vecchia modalità ambulatorialistica
- la prevenzione ridotta a vigilanza
- la medicina generale e la specialistica ambulatoriale ferme ad un modello mutualistico
- il prevalere della logica prestazionale sulla presa in carico
- il prevalere nei servizi della logica della struttura in luogo di quella della funzione
- la riduzione della cura a terapia
- l'uso del consenso informato con le logiche opportunistiche
- il prevalere nel rapporto con il malato delle giustapposizioni in luogo delle relazioni
- il considerare il malato ancora nonostante tutto un paziente quindi il paternalismo fuori luogo dei medici
- le aziende convinte che curare le malattie sia la stessa cosa che produrre delle scarpe
- contratti ormai ridotti solo a salario senza nessuna valenza politica generale
- l'uso scarso dell'information technology e della telemedicina
- la riduzione dell'appropriatezza a proceduralismo
- la medicina amministrata
- ecc ecc

Tutto questo nel suo insieme si configura come il gigantesco costo dell'inadeguatezza che il patto per la salute 2019/2021 dovrebbe almeno iniziare a redimere a condizione di voler uscire dall'omeostasi.

DALL'ETÀ DELLA PIETRA ALLA POST MODERNITÀ

In sanità offrire servizi inadeguati cioè “vecchi” nelle loro modalità culturali e nelle loro prassi, nelle loro organizzazioni, nei loro postulati clinici, è come offrire, in piena post modernità, servizi dell’età della pietra, quindi strutturalmente più costosi e sovrastrutturalmente con basso rendimento di quello che potrebbero costare o rendere, ad altre condizioni. I principali disvalori dell’età della pietra non derivano dall’abuso della pietra (spreco) e neanche dallo scarso rendimento della pietra (inefficienza) ma derivano dall’inadeguatezza della pietra a causa della quale alla fine il suo costo complessivo rispetto ai risultati prodotti è molto più alto rispetto a quello che si potrebbe avere se al posto della pietra avessimo ad esempio qualcosa di altro.

Permettetemi di richiamare la storia “dell’autobus farlocco” raccontata nella “quarta riforma” cioè un autobus grande sul quale salgono universalisticamente tutti, ma con un motore che non tira perché costruito assemblando i pezzi di motori vecchi.

Fuor di metafora rivolgendomi in particolare a coloro che celebrano ritualmente il quarantennale della riforma del 78: tutti i servizi del sistema sanitario (con pochissime eccezioni) culturalmente, ripeto culturalmente, sono ancora di stampo mutualistico, perché nonostante le tre riforme fatte in questi 40 anni, l’idea base di tutela del sistema mutualistico, a tutt’oggi non è stata ancora riformata, questo significa che è come se i servizi fossero, in piena post modernità, ancora all’età della pietra.

L’autobus farlocco è in realtà una super mutua universalistica. Ma nessuno ha il coraggio di dirlo.

Ne consegue che se si volesse fare un “patto per la salute” sarebbe molto più conveniente per tutti risparmiare sui costi strutturali superando l’uso della pietra e non sui suoi costi sovrastrutturali continuando ad usare la pietra inseguendo ideali efficientistici.

Cioè il vero risparmio a proposito di servizi non è usare meglio la pietra ma è passare dall’età della pietra alla post modernità. Cioè cambiare l’autobus farlocco.

Il grande problema è che mentre usare meglio la pietra non implica nessun particolare pensiero ri-

formatore ma solo un po di razionalità in più, passare dall’età della pietra alla post modernità implica per forza un pensiero riformatore cioè un po di razionalità in più non basta.

RIORDINO NON È LA STESSA COSA DI RIFORMA

Questo lo dico a tutti coloro che su questo giornale continuano a confondere riordino con riforma. La riforma salta il fosso il riordino resta al di qua del fosso. La “quarta riforma” salta il fosso.

Oggi ne le regioni e ne il governo ma anche molti opinionisti che scrivono su questo giornale, hanno idea di come sia possibile saltare il fosso. Questo è il vero problema politico che alla fine è quello di sempre vale a dire “il riformista che non c’è”. Il mio vero ed unico grande avversario di sempre.

Per cui presumo che il patto per la salute tenderà, se va bene, di razionalizzare l’età della pietra non di superarla, perché non ha un pensiero adeguato per superarla. Continua a stare nell’omeostasi.

Amici miei, ve lo dico in modo pacato, ve lo dovrete mettere in testa, la “quarta riforma”, patto o non patto, si dovrà fare per forza non perché lo dico io o perché ci sarà un sussulto di onestà intellettuale, ma perché in questa società qualsiasi altra cosa è meglio dell’età della pietra. A meno di privatizzare il sistema, per difendere questa sanità pubblica saranno, marxianamente, le ragioni economiche a spingerci verso la “quarta riforma”. Le stesse ragioni che 40 anni fa sempre marxianamente ci hanno spinto a sostituire il sistema mutualistico con il sistema universalistico.

È solo questione di tempo. O Marx o la privatizzazione. Non c’è altra alternativa. O si resta nell’età della pietra o la sanità accetta di entrare nella post modernità.

Si tratta di capire chi, a parte me, si prende l’onere di non essere più un “riformista che non c’è”.

ADEGUATO VALE COME MENO COSTOSO PER TUTTI E IN TUTTI I SENSI

Oggi non abbiamo tanto bisogno di un patto per la salute omeostatico ma di un accordo riformatore per far evolvere il sistema ad una minore costosità strutturale.

La sfida non passa per la soluzione del problema dell'insufficienza a sistema invariante, come dicono tutti i finti riformatori, ma passa per la soluzione al problema dell'inadeguatezza, quindi cambiando il sistema per fare la magia dare ciò che è adeguato dare e spendere di meno.

Resto fedele al mio ancora troppo ignorato (ma non per colpa mia) principio di compostibilità:

- I diritti sono compostibili con le risorse solo se il sistema dell'offerta è adeguato alle complessità della domanda
- un sistema con dis- economie e anti-economie non è compostibile perché è contraddittorio con la domanda quindi non è adeguato
- se non è adeguato è eccessivamente costoso.
- la sua costosità eccessiva è la contraddizione da rimuovere.
- la contraddizione si rimuove cambiando le condizioni che la creano
- per cambiare tali condizioni ci vuole una "quarta riforma". Amen.

La compostibilità, pur proponendosi come la soluzione alle tante contraddizioni della compatibilità, non riesce ad entrare nelle teste non proprio brillanti, dei pensatori della nostra sanità. Costoro restano tenacemente legati ai problemi dell'insufficienza finanziaria quindi ai soldi quali mezzi per raggiungerla ma lasciando il sistema invariante. Costoro dovrebbero leggere John Dewey (un grande pedagogista americano) che rispetto al rapporto mezzi fini sostiene che "fini" sono mezzi" nel senso che essi per realizzarsi necessitano di essere usati a loro volta come mezzi.

Nella visione classica del rapporto mezzi/fini, i soldi in sanità non solo sono al servizio (valore strumentale) di uno scopo di finanziamento ma sono l'unico mezzo possibile. Senza soldi non c'è finanziamento. Il che vuol dire che il finanziamento della sanità si realizza solo se le leggi di bilancio aumentano il FSN.

Questo naturalmente è vero ma non è vero che i soldi siano solo soldi. Oltre ai soldi vi sono altri generi di risorse che possono produrre soldi.

Nella visione della "quarta riforma" i fini diventano a loro volta mezzi, in modo da determinare attraverso di essi la propria realizzazione.

Per finanziare adeguatamente la sanità è vero mi servono i soldi che la legge di bilancio non mi da, ma proprio per questo devo:

- riformare la sanità per combattere gli sprechi, abbattere e anti-economie e le diseconomie,
- qualificare il lavoro, riorganizzare i servizi, ridefinire le professioni, ripensare la medicina, fare accordi con i cittadini ecc

I fini convocando il cambiamento in quanto tali essi saranno i mezzi per realizzarli.

Il patto per la salute invocato dal governo per non essere il solito patto per la salute dovrebbe strategicamente creare le condizioni per far uscire la sanità dall'omeostasi.

PS

Al momento di consegnare questo manoscritto all'editore è in corso nel governo la definizione del Def 2019. Per la sanità si prevede sostanzialmente la riconferma delle linee decise lo scorso anno e trattate in questo capitolo con riferimento al precedente Def e successivamente definite con la legge di bilancio. Per questa ragione ho ritenuto superfluo aggiornare il ragionamento sul finanziamento della sanità con il def 2019. Praticamente nelle politiche finanziarie per la sanità non cambia niente salvo la possibilità, a causa delle difficoltà legate alla scarsa crescita economica del paese, di ridurre o contenere i finanziamenti previsti lo scorso anno. L'unica novità che il def di questo anno prevede ma che in realtà non è una novità è il ricorso alla spending review che come si ricorderà fu introdotta dal governo Monti nel 2011/2013 per combattere gli sprechi.

Capitolo 6

Ripartire e redistribuire equamente

UNA DELLE CONTRADDIZIONI più acute di questo sistema sanitario è l'universalismo negato a monte da quelle diseguaglianze finanziarie create dalle ingiustizie nel sistema di redistribuzione delle risorse. Ancora oggi i criteri di riparto che dividono il fsn per quote regionali sono basati ne sulla solidarietà ne sulla cooperazione tra le regioni ma semplicemente sui rapporti di forza. Il criterio base è la quota pro-capite per cittadino ma ponderata tenendo conto di una serie di fattori. I rapporti di forza giocano sulla ponderazione imponendo criteri tali da favorire le regioni del nord e penalizzare le regioni del sud. Si pone il problema di definire un criterio di distribuzione equitario in ragione del quale ad ogni regione viene dato ciò di cui effettivamente necessita. Nel momento in cui ogni regione avrà ciò di cui ha bisogno la grande discriminazione nord sud dovrà per forza sparire.

Non il governo ma un gruppo di deputati M5S della commissione affari sociali della Camera ha ritenuto di dover presentare una risoluzione con lo scopo di cambiare i criteri di riparto. Ma l'iniziativa per quanto interessante e necessaria è stata bloccata per le notevoli perplessità sollevate come era prevedibile dalla lega.

UN GESTO RIFORMATORE: RIPENSARE I CRITERI DI RIPARTO

In commissione Affari sociali della Camera, si discuterà una risoluzione che ha lo scopo di cambiare i criteri di riparto del FSN (QS 18 novembre 2018). Una risoluzione, come è noto, è uno degli atti con cui il parlamento indirizza il governo, nei confronti del quale, come la mozione, non ha nessun valore vincolante ma solo politico di tipo esortativo quindi una forma molto temperata di ingiunzione.

Per me, questa risoluzione, che ho letto con molto interesse, ha un profondo "senso" morale prima ancora di avere un indubbio "significato" politico e finanziario.

La "risoluzione", da quel che pare, nasce, come esigenza morale, da pochi semplici sillogismi:

- se in sanità, come si legge nella sua premessa, vi sono delle diseguaglianze, allora da qualche parte devono esserci delle ingiustizie,
- se da qualche parte vi sono delle ingiustizie, come essa presume, allora da qualche parte i diritti non sono rispettati,
- per rispettare i diritti, da ogni parte, come essa auspica, allora bisogna fare giustizia,
- senza giustizia in sanità, questo è il suo senso morale, non c'è eguaglianza.

La prima giustizia, sembra dire la "risoluzione", riguarda la distribuzione equa delle risorse da intendere come opportunità finanziarie che per essere effettivamente "pari", devono essere differenziate cioè adeguate alle diverse necessità sanitarie delle comunità regionali.

Mi dichiaro molto compiaciuto di questa risoluzione, credo che essa meriti l'attenzione non solo del governo ma di noi tutti.

Poche considerazioni, *ad adiuvandum* naturalmente. Nel suo primo romanzo fantascientifico, “*Il mondo nuovo*” (1932) Aldous Huxley racconta di una società in cui la riproduzione umana era artificiale quindi completamente extrauterina. Gli embrioni umani venivano prodotti in apposite fabbriche dentro dei bottiglioni alimentati attraverso dei tubi con dei nutrienti. Le persone, in questa società, erano divise in caste, programmate tramite un ritardo controllato dello sviluppo degli embrioni, ottenuto mandando nei bottiglioni, meno ossigeno, in modo da influenzarne il loro futuro sviluppo fisico e intellettuale.

Le regioni, a proposito di sanità, sono molto simili ai bottiglioni di Huxley siccome ad alcune si dà più ossigeno e ad altre meno alla fine si hanno due caste istituzionali:

- una superiore, alla quale è dovuto il massimo consentito
- una inferiore, alla quale è dovuto il minimo possibile

La prima prende più soldi ed è servita dalla seconda, cura i malati che la seconda non riesce a curare per insufficienza di servizi, accrescendo così le sue entrate. La seconda prende meno soldi ed è asservita alla prima e a corto di servizi esporta malati spendendo parte delle proprie entrate altrove cioè arricchendo le regioni più forti.

Queste due caste non sono accidentali ma sono costruite, cioè volute, facendo ricorso a ben precisi criteri di riparto cioè regolando la quantità di ossigeno nei bottiglioni.

La verità, per me immorale, è che di fronte alla scarsità di risorse fino ad ora l'unica risposta delle regioni è stata la disuguaglianza e l'ingiustizia. Le caste (sembrano dire le regioni) servono perché non ci sono risorse per tutti.

Ma può la scarsità giustificare l'ingiustizia? O al contrario la giustizia, proprio perché c'è la scarsità, deve essere moralmente obbligatoria?

DALLA QUOTA CAPITARIA ALL'INDICE DI OCCORRENZA

Tutto ha inizio quando le regioni del nord, all'incirca

se non ricordo male, all'inizio del governo Monti, (2011) messe alle strette dai tagli lineari cominciano a lamentarsi di essere penalizzate nei confronti delle regioni del sud proprio da un meccanismo di riparto poco equo. Esse impongono alle regioni del sud di passare dalla “*quota capitaria secca*” (ogni cittadino ha peso uno) alla “*quota capitaria pesata o ponderata*” (ogni cittadino ha un peso che differisce da uno e che dipende dai criteri che vengono stabiliti per il riparto).

Ricordo a tutti che il riparto avviene in due fasi:

- prima vengono identificati i singoli livelli essenziali di assistenza da finanziare (e le relative quote del fondo a essi assegnate);
- poi, per ogni LEA identificato, vengono definiti i criteri da applicare alle popolazioni delle Regioni (i pesi).

L'obiezione delle regioni del nord non era del tutto infondata infatti con il riparto a quota capitaria secca, quelle del sud, avendo un volume di servizi più basso, prendevano più soldi di quello che spendevano, mentre per le regioni del nord era esattamente il contrario.

Ma attenzione: con la ponderazione, cioè calcolando una quota capitaria maggiormente favorevole alle regioni del nord e facendo una media semplice di tutti i valori ponderali, la sperequazione non viene eliminata ma cambia solo di segno:

- chi prendeva di meno, il nord, prende di più,
 - chi prendeva di più cioè, il sud, prende di meno.
- Quindi la scelta di altri criteri di pesatura cambia il risultato numerico del riparto e della relativa quota capitaria per ogni Regione, ma non fa equità.

La “risoluzione”, invece sembra avere come scopo l'equità.

Essa punta a ridefinire quello che tecnicamente non dovremmo chiamare “*finanziamento pro-capite*”, ma più precisamente, “*indice di accesso medio individuale*”, con lo scopo di definire quale debba essere la stima del “*rischio sanitario plausibile*”, e quindi del fabbisogno, medio individuale dei residenti di una Regione.

Questa è la vera novità che la risoluzione vuole introdurre: mettere in primo piano il “*rischio sanitario reale*” della persona allargando la ponderazione a tutto quanto accresca e definisca il rischio sanitario stesso, come ad esempio: lo stato dei servizi esistenti

sul territorio, i loro requisiti tecnologici, la morbilità regionale, l'entità delle malattie croniche invalidanti, le carenze infrastrutturali, le condizioni geomorfologiche e demografiche, le condizioni di deprivazione e di povertà sociale.

Il passaggio dal criterio semplicemente numerico della popolazione pesata, al criterio più complesso del rischio sanitario al quale è esposta la popolazione implica un altro passaggio:

- dalla media semplice tra i valori di ponderazione legati solo al numero di individui (popolazione),
- ad una media tra equazioni che riguardano il rapporto stretto quindi le relazioni, tra individui e territorio tra territorio e servizi sanitari tra servizi e morbilità, che per sua natura è difficilmente esprimibile in modo lineare.

Dalle “persone” alle “relazioni” tra le persone e il loro territorio quindi, dalla linearità alla complessità.

Il rischio sanitario di un individuo o di una comunità dovrebbe essere il prodotto dell'insieme dei rischi sanitari che esistono in un certo territorio mettendo tra i rischi tutto quanto concorre a creare svantaggi sanitari.

Dalla media aritmetica (singolo valore numerico che descrive sinteticamente un insieme di dati) si passa così ad un genere di media ma intesa come valore atteso di più variabili casuali (cioè al valore medio di un fenomeno eventuale per sua natura probabile).

In generale, ci dice la matematica, *il valore atteso di una variabile casuale discreta* è dato dalla somma dei possibili valori di tale variabile, ciascuno moltiplicato per la probabilità di verificarsi cioè è la media ponderata dei possibili risultati.

La *quota capitaria ponderata* secondo lo spirito della risoluzione dovrebbe essere così sostituita con, quello che propongo di definire, *indice di occorrenza ponderata*.

L'indice di occorrenza ponderata è:

- il calcolo dell'eventualità per un cittadino in un certo territorio di ammalarsi e non essere curato come si deve
- il calcolo finanziario di ciò che occorre ad un cittadino in un eventuale stato di necessità Inizio modulo

RISOLUZIONE E REGIONALISMO DIFFERENZIATO

La “risoluzione” per me è la miglior risposta, della politica, alle regioni che inseguono il regionalismo differenziato. Cioè di fronte ad una volontà che punta ad accrescere il grado di diseguaglianza, un paese civile risponde con una crescita del grado di eguaglianza. Bravi.

Il regionalismo differenziato sta ai bottiglioni di Huxley come il nazismo sta ai campi di concentramento. Non scandalizzatevi dell'accostamento, non è esagerato, i bottiglioni e i campi di concentramento ontologicamente alla fine sono solo degli orribili “contenitori”. Il regionalismo differenziato è un altro modo, oltre la quota capitaria ponderata, di usare i bottiglioni di Huxley quali contenitori.

Se alcune regioni insistono nel voler continuare ad usarli per fabbricare diseguaglianze, allora vuol dire che, costoro, sono convinte come il nazismo che la loro superiorità è funzionale alla loro sopravvivenza.

Ma se è così allora tanto la quota capitaria ponderata che il regionalismo differenziato ci dicono entrambi una cosa atroce: è convinzione delle regioni che si sopravvive finanziariamente solo con l'ingiustizia, con la diseguaglianza e la sopraffazione.

La vergogna è un sentimento di profondo turbamento interiore che ci mortifica quando ci rendiamo conto di aver agito in maniera riprovevole o disonorevole. La vergogna vale come colpa e disonore e obbrobrio.

Credo che le regioni tutte, in quanto istituzioni della Repubblica, dovrebbero vergognarsi di speculare sulle diseguaglianze e sulle debolezze degli altri.

Esse preferendo i bottiglioni di Huxley dimostrano di essere incapaci a concepire una sanità giusta e equanime tradendo in partenza qualsiasi ideale universalistico e solidaristico.

Fuori da questi valori, giustizia e eguaglianza, sia le regioni quali istituzioni sia le regioni quali sinistra non sono più istituzioni pubbliche e meno che mai di sinistra. “Pubblico” come “sinistra” vuol dire soprattutto giustizia e eguaglianza. Una regione per di più di sinistra che corre dietro al regionalismo differenziato e che ruba soldi alle regioni più deboli con la quota capitaria ponderata, non è di sinistra.

Ma che dolore ammetterlo.

Ai promotori della “risoluzione” dico che è giusto cambiare il meccanismo di riparto cioè è giusto, come dicevo, dare soldi in rapporto alle occorrenze, ma sappiate che una volta assegnate le risorse poi bisogna saperle spendere.

Il sud prima della quota capitaria ponderata, come dicevo poc’anzi, ha avuto a disposizione più soldi del nord, ma mentre il nord i soldi che ha ricevuto comunque li ha spesi al meglio, il sud li ha spesi in peggio, al punto da diventare un paese suo malgrado sanitarimente inferiore. Altrimenti non si spiegherebbe la mobilità sanitaria e i milioni di euro che il sud perde per pagare le prestazioni sanitarie extra-regionali.

Consiglio agli estensori della risoluzione di tutelare la loro “giusta” proposta, definendo opportuni controlli e condizioni relative all’impiego delle risorse. Sarebbe un bel problema accrescere le risorse al sud per continuare a foraggiare il malaffare, la speculazione, la disorganizzazione, mantenendo in piedi una classe dirigente, salvo eccezioni, a dir poco, incapace.

Infine ai promotori della risoluzione oltre che dire “bravi” dico anche non crediate che quello che voi proponete sia una passeggiata. Non penso che il governo che, con questa legge di bilancio sembra orientarsi a gestire l’omeostasi delle compatibilità, sarà così felice di accoglierla se non altro per tutte le rogne che essa gli creerà. La vostra è una proposta giusta ma difficile da governare che necessita di tanta pazienza e di una notevole capacità di mediazione ma anche di un minimo di pensiero circa l’invenzione di una formula per l’uguaglianza possibile come ad esempio l’indice di occorrenza.

La vostra proposta implica un processo di redistribuzione delle risorse che creerà molte difficoltà a tutte quelle regioni che rischiano di avere meno soldi di prima. Per esempio indice di deprivazione e carenze infrastrutturali favoriscono le regioni del sud non quelle del nord. Cioè la casta delle regioni superiori rischia di esse declassata e rispetto al volume di servizi che devono gestire, rischia il disavanzo esponendola a seri rischi di commissariamento.

Ve la immaginata l’Emilia Romagna commissariata? C’è da aggiungere che, in prospettiva, nel caso si riu-

scisse, grazie al nuovo meccanismo distributivo, a ridurre la mobilità regionale, le grandi regioni del nord potrebbero avere meno entrate esattamente quelle che perderebbero con una minore mobilità. Solo per il gusto del paradosso ve la immaginate l’Emilia Romagna che manda i suoi malati nelle regioni del sud?

RISOLUZIONE E PATTI PER LA SALUTE

Tutto questo, paradossi a parte:

- probabilmente spingerà la casta delle regioni forti a fare muro quindi ad ostacolare qualsiasi politica perequativa, (resta da vedere in questa circostanza come si comporteranno le regioni del sud),
- andrebbe collocato nel particolare momento finanziario che stiamo vivendo, cioè uno scarso aumento del FSN e degli incrementi previsti a tre anni, come ho scritto l’altro giorno, (QS 19 novembre 2018), vincolati al patto per la salute cioè a misure che annullino gli incrementi stessi.

A questo punto mi viene da pensare che non sia pratico separare le questioni del “patto per la salute” da quelle “dell’allocazione delle risorse”, nel senso che il primo dovrebbe diventare il quadro di garanzie rispetto al secondo.

In pratica detto alla buona:

- con il riparto assegno le risorse nel modo più equo possibile,
- con il patto per la salute le spendo nel modo più adeguato e conveniente.

Allora è il caso o no, nella risoluzione, prevedere dei collegamenti?

Proviamo a fare sintesi:

- per superare i bottiglioni di Huxley è necessario mettere mano ad una distribuzione equa e solidale di risorse tra le regioni,
- si tratta di assegnare, stanziare, imputare ciò che effettivamente serve per soddisfare il diritto alla salute uguale per tutti,
- quindi di passare dalla quota capitaria all’indice di occorrenza,
- non si tratta più di contare le teste delle persone e assegnare risorse in modo lineare ma di valutare le “equazioni” tra gli individui e il loro territorio,

- la distribuzione di risorse deve rispettare i principi di un universalismo equo e solidale,
- l'universalismo equo e solidale è possibile solo se si parte da un criterio di occorrenza cioè da un bisogno di salute effettivo.

Ecco su tutte queste cose, anche per proporre un linguaggio più adeguato ad esprimere il problema, che segni la differenza tra prima e dopo, mi piacerebbe che la risoluzione fosse più accurata nei termini e nel lavoro di concettualizzazione.

Su una cosa non ho dubbi: la battaglia sarà difficile ma va fatta.

IL VALORE DEL DUBBIO

Nel precedente paragrafo ho sostenuto la risoluzione presentata alla commissione Affari sociali della Camera che ha come obiettivo quello di invitare il governo a riformare i criteri di riparto del Fsn (QS 22 novembre 2018).

Senza questa riforma non ci sarà mai l'eguaglianza di diritto alla salute per tutti.

La discussione, su questa importante coraggiosa ma anche difficile risoluzione, è iniziata, e, come era prevedibile, ha fatto emergere esitazioni e dubbi, soprattutto da parte di quei deputati del nord, quindi della Lega, che legittimamente temono, con i nuovi criteri, di far perdere risorse alle loro regioni di appartenenza.

La questione non va banalizzata liquidandola semplicemente come una manifestazione di egoismo o peggio di indisponibilità politica. Non è così. Del resto io stesso, se mi chiedessero di dividere, dalla mattina alla sera, la stessa torta con altri criteri, avrei timore ad essere penalizzato in particolare se fino ad ora ho avuto la fetta più grande. Ben altra cosa sarebbe se, nel dividere la torta, si riuscisse a trovare la maniera di fare gli interessi di tutti, tanto del nord quanto del sud.

Sono convinto che senza le giuste condizioni di consenso il rischio che corre la risoluzione è quello di abortire. E questo sarebbe davvero un peccato:

- per i gravi problemi redistributivi della sanità che per l'ennesima volta resterebbero irrisolti
- per la politica che dovrebbe ammettere la sua incapacità a mediare con intelligenza e senso di responsabilità gli interessi in gioco quindi a fare il suo mestiere.

I dubbi, che hanno i deputati della lega, sono del tutto legittimi e assomigliano molto a quelli cartesiani cioè a quelli che i razionalisti usano per:

- mettere alla prova le scelte, in questo caso, della risoluzione
 - definire scelte indubitabili quindi condivisibili
- Solo le scelte politiche che sopravvivono alla verifica dei dubbi possono essere considerate condivisibili ovvero classificabili come scelte comuni.

Un modo per rispondere ai dubbi è prevedere delle garanzie: le garanzie stanno al dubbio come le assicurazioni stanno alle cose controverse e contestabili. Ma su quale terreno? Garanzie ma di quale tipo?

Secondo me la "risoluzione" va vista in modo dinamico cioè bisogna distinguere:

- le sue condizioni iniziali, quindi di avvio
- da quelle che andando a regime, garantiranno un giorno prestabilito la loro attuazione finale

Un conto:

- sono i principi, le scelte, le soluzioni, scritte nella risoluzione cioè la teoria
- un conto è la teoria messa a regime cioè in pratica.

Tra la teoria (disposizione delle soluzioni auspiccate) e la pratica (messa a regime nella realtà) c'è uno spazio di tempo, quindi una transizione che è il vero terreno rispetto al quale si devono, per il bene della risoluzione, e quindi del paese, predisporre le garanzie che servono.

In fin dei conti la risoluzione non fa altro che proporre una nuova teoria distributiva, che, tuttavia, non è come potrebbe sembrare "togliere al nord per dare al sud" ma è dare a "regime" a ciascuna regione ciò di cui ha bisogno.

Se i deputati della lega si fermassero solo alla teoria distributiva interpretandola come una "resa dei conti" è inevitabile per loro avere dei dubbi dal momento che la distribuzione oggi è oggettivamente a favore del nord e a sfavore del sud. E legittimamente il sud rivendica i propri diritti.

Ma se la teoria distributiva è interpretata per quello che è, cioè come un nuovo meccanismo di equità, concepito a regime come equo tanto equo da dare a ciascuno esattamente ciò di cui ha bisogno, i dubbi dovrebbero sparire.

CHIARIRE BENE LE CONDIZIONI DI FATTIBILITÀ

In questo caso nella risoluzione si dovrebbe scrivere un paragrafo sotto il titolo “norme transitorie” nel quale decidere con cura le condizioni per la messa a regime della risoluzione. Cioè cosa fare nel transito teoria/pratica.

Se, di fronte alla teoria, ci si rifiutasse di aderire, si tradirebbero egoismi e pregiudizi nei confronti degli obiettivi di eguaglianza della risoluzione, esponendo il proprio partito al biasimo sociale soprattutto da parte di quelle regioni del sud che legittimamente ambiscono, su problemi di capitale importanza come la vita e la morte delle persone, da decenni, ad avere solo un po' più di giustizia.

Al contrario se essi dimostrassero disponibilità verso le ragioni pratiche della giustizia rivendicando nello stesso tempo ragionevoli garanzie di non penalizzazione, nessuno potrebbe accusarli di niente.

Le norme transitorie sono clausole poste in chiusura di specifiche riforme legislative, (nel nostro caso la risoluzione), dirette espressamente a governare due problemi:

- rimuovere gli ostacoli che si potrebbero creare nel passaggio da una situazione ad un'altra
- rendere graduale il passaggio.

Nel nostro caso sono quindi clausole destinate a risolvere questioni relative alla quantità di risorse da redistribuire alle regioni nel tempo.

Si tratta di dare luogo ad un cambiamento importante e nello stesso tempo garantire ragionevolmente gli interessi in gioco.

La clausola di «maggior favore» si basa su quella che si definisce “parzialità di prospettiva” secondo la quale le maggiori risorse garantite sino ad ora a certe Regioni si debbono salvaguardare perché il contrario potrebbe danneggiarle seriamente e compromettere i loro sistemi sanitari. Si tratta di riconoscere che nel caso delle regioni del nord le maggiori risorse che fino ad ora esse hanno avuto rappresentano tuttavia una condizione importante da tramutarsi in un valore meritevole di tutela.

Da qualche parte quindi si devono scrivere due cose:

- che la riforma dei meccanismi di riparto del Fsn

non possono andare a discapito di chi sino ad ora ha avuto assegnazioni di maggior favore

- per evitare che il maggior favore sia tramutato in un privilegio, la distribuzione di maggiori risorse tuttavia deve prioritariamente andare a favore di chi sino ad ora ha avuto delle penalizzazioni finanziarie.

In che modo? Stabilendo un sistema di allocazione praticamente a due velocità.

SECONDA GARANZIA: PRIORITÀ DEL VANTAGGIO A CHI STA PEGGIO

La risoluzione, per aggiungere i propri obiettivi di equità non può essere a costo zero e per evitare che si riduca a distribuzione conflittuale della spesa storica sottostimata rispetto al fabbisogno, dovrà essere finanziata.

La messa a regime della risoluzione quindi non può che avvenire parallelamente alla messa in opera degli incrementi finanziari previsti dalla legge di bilancio fino al 2021.

Gli incrementi previsti fino al 2021, almeno in parte, andrebbero usati certo per accrescere le risorse alle regioni ma nello stesso tempo con mirate allocazioni, per fare equità. Cioè in futuro, a regime, gli incrementi finanziari dovranno cambiare di segno e premiare prioritariamente i più deboli senza penalizzare nessuno. Il governo dovrà stabilire i criteri per regolare un genere di allocazione differenziata per velocità. I criteri potranno essere i più diversi essendo essi nulla più che gradienti cioè percentuali di crescita da concordare comprese tra 0/1.

Il problema prima di ogni altra cosa è ridurre le sprecazioni per poi dare corso all'equità vera e propria. Non si riesce a fare equità in un colpo solo. Essa va intesa per forza come un processo graduale. Il 2021 non mi sembra un termine irrealistico. Ma anche il termine è negoziabile.

Non si tratta di redistribuire una quantità storica di risorse invariante ma di redistribuire, in un certo tempo concordato, un plus di risorse da destinare alla costruzione dell'equità e ribadisco:

- mantenendo invariata l'assegnazione di maggior favore
- usando l'incremento finanziario per soccorrere prioritariamente le regioni più deboli.

Vediamo lo schema:

- a seguito della norma di salvaguardia a tutte le regioni del nord sono garantite le assegnazioni storiche fino a quando il nuovo meccanismo distributivo non andrà a regime
- in ragione degli incrementi previsti dalla legge di bilancio a tutte le regioni del sud sono assegnate con certi criteri risorse maggiori di quelle sino a questo momento loro assegnate
- una volta raggiunta una soglia minima di equità tra regioni da quel momento le norme di salvaguardia decadranno e tutte le regioni avranno diritto in ragione dell'indice di occorrenza di accedere agli incrementi dei quali necessitano.

Fino a questo momento, vale a dire prima della risoluzione, il sud ha tentato inutilmente di modificare il meccanismo di distribuzione cercando di modificare la ponderazione a suo favore. Partendo dal presupposto che esistono evidenti correlazioni tra le malattie e lo stato socio-economico delle persone e delle comunità, quindi veri e propri "svantaggi", ha proposto di correggere la ponderazione con l'indice di deprivazione. Uno strumento di natura ovviamente statistica che tenta di sintetizzare l'assegnazione delle risorse calcolando i fabbisogni del territorio, cioè misurando la proporzione tra bisogni sanitari e i contesti di vita della gente.

Rammentando che la deprivazione è per definizione un concetto multidimensionale, impossibile, quindi, da definire in modo univoco, l'errore politico fatto dai suoi propugnatori e che, secondo me ne ha decretato sino ad ora l'inconcludenza, è stato quello di invocare un criterio per modificare a vantaggio del sud la ponderazione ma a invarianza del meccanismo di ponderazione cioè restando dentro la logica della quota capitaria ponderata.

Restare in questa logica significa tentare semplicemente di risolvere il problema delle diseguaglianze togliendo al nord per dare al sud, e quindi scadere in quella che potremmo chiamare "la guerra dei poveri" o se si preferisce un genere di redistribuzione competitiva. Se i meccanismi di riparto non sono ridiscussi si tratta solo di dividere la stessa torta in un altro modo. Fino ad ora ovviamente il nord si è sempre opposto e non si è concluso nulla perché il nord ci avrebbe rimesso.

INDICE DI OCCORRENZA

La proposta di "indice di occorrenza" che ho avanzato nei paragrafi precedenti, al contrario intende ridiscutere la torta e quindi come distribuirla con un duplice scopo:

- uscire dalla logica della quota capitaria ponderata perché essa è un criterio che contrappone le regioni tra loro
- passare da un genere di redistribuzione competitiva ad un genere di redistribuzione cooperativa cioè concordare con le regioni un obiettivo di equità condiviso.

La cosa fondamentale, per l'indice di occorrenza, non è dare di più o di meno ma dare a ogni regione esattamente ciò di cui ha bisogno. Se tutte le regioni del nord e del sud, grazie all'indice di occorrenza, avranno ciò di cui hanno bisogno avremmo superato le diseguaglianze e avremmo affermato concretamente una idea di universalismo equo, cioè discreto.

Intanto vorrei ricordare che si sta discutendo di una "risoluzione" e non di una legge, cioè si sta discutendo di un indirizzo politico da rivolgere al governo e che poi il governo dovrà tradurre in un provvedimento normativo.

Quindi vorrei fugare tanto le esitazioni che i dubbi dicendo che essi avrebbero senso, se si restasse nella logica della quota capitaria ponderata, in questo caso, sì, modificando la ponderazione e restando dentro una logica di redistribuzione competitiva delle risorse, le regioni del nord rispetto a prima ci rimetterebbero.

Ciò se tutta la risoluzione si riducesse a introdurre, nella ponderazione, l'indice di deprivazione non faremo grandi passi in avanti.

La proposta dell'indice di occorrenza, che come ho già spiegato, vale come mettere al centro della allocazione, il rischio sanitario effettivo di un individuo e di una comunità, risponde ad un obiettivo condiviso di costruzione dell'equità e usa l'equità contro le diseguaglianze ma attraverso precise norme transitorie senza penalizzare il maggior favore.

Si tratta quindi di invitare il governo a:

- dare avvio ad un processo di riforma
- governare una transizione

- mettere a regime un genere di universalismo equo.

Una politica che riuscisse a rendere davvero uguali di fronte al diritto alla salute, tutti i cittadini, tanto del nord che del sud, assegnando loro giuste quantità di risorse calcolate in proporzione a dei fabbisogni effettivi, meriterebbe una menzione da parte della storia.

Il suo merito sarebbe, a parte fare una cosa buona per il nostro paese, quello di cancellare uno dei pa-

radossi più imbarazzanti della sanità pubblica: quello di ritenere possibile finanziare il diritto alla salute con la legge della jungla.

Tutti i discorsi sulla solidarietà, sull'uguaglianza, sull'universalismo, con i quali tutti i benpensanti della sanità, nessuno escluso, si riempiono la bocca, anche su questo giornale, fino a quando non sarà superata la legge della jungla resteranno l'espressione della loro, per me francamente insopportabile, falsa coscienza.

Capitolo 7

I conflitti tra le professioni tra sfiducia sociale e invarianza culturale

II MINISTERO DELLA SALUTE in carica suo malgrado ha ereditato dai precedenti governi un problema molto serio e che riguarda il crescente conflitto tra professioni, le due principali sono i medici e gli infermieri. Questi conflitti che naturalmente non sono il massimo sia per i cittadini che per la buona conduzione dei servizi, andrebbero affrontati dal governo con una proposta che risponda alle esigenze anche di rinnovamento degli uni e degli altri. Ma di proposte di questo tipo non se ne vedono.

Oggi il governo dovrebbe prendere in mano la situazione per governarla perché lasciarla incancrenire come si è fatto sino ad ora è da irresponsabili. Ma a tutt'oggi non abbiamo visto niente che assomigli ad una politica che favorisca la coevoluzione delle professioni, che ristabilisca condizioni di fiducia tra chi lavora e i cittadini, che risolva le questioni professionali quindi ridefinisca ruoli e identità, che rinnovi le prassi.

Nel frattempo i contenuti del vecchio comma 566 quello che legato alla famosa "guerre delle competenze" sono stati trasferiti pari pari nel contratto di comparto e il ministro della salute nulla ha fatto per impedirlo limitandosi a prenderne atto. Davvero un bel modo per governare i conflitti.

LA VIOLENZA CONTRO I MEDICI

Da un po di tempo gli episodi di violenza nei confronti dei medici e degli altri operatori fanno cronaca. E come un tutt'uno tutti chiedono di prendere provvedimenti adeguati per difendere gli operatori dalle aggressioni degli ammalati o dei cittadini. Che come si intuisce è qualcosa di paradossale. Poco ci si è sforzati di spiegare questo fenomeno inedito della violenza. Nel dibattito in corso, la spiegazione sul fenomeno, resta piuttosto inesplorata. Sulla violenza in sanità tutti si sono affrettati a condannare ma ben poco si è fatto per capire.

La prima cosa che colpisce, è, a proposito di violenza, l'atteggiamento di chi si preoccupa di ciò che im-

mediatamente appare, sotto forma di aggressioni, ponendo in secondo piano o anche trascurando del tutto, la realtà complessa che ci sta dietro. Questo atteggiamento si chiama *fenomenismo*. Esso si limita a condannare a invocare soluzioni immediate contro la violenza ma senza porsi il problema dei perché.

Siccome non è possibile che un fenomeno, come la violenza, appaia come dentro un vuoto sociale, l'errore che fanno i fenomenisti è:

- di ridurla a puro fenomeno condannabile tout court,
- di limitarsi a ciò che appare e/o sembra,
- a considerare irrilevanti le complessità che la spiegano.

Ma in questo modo la realtà che esprime la violenza, pur esistendo, al di là delle sue apparizioni esteriori, risulta inattuabile. E questo per rispondere a dei “perché” è davvero un grande ostacolo.

È da atteggiamenti fenomenisti che nascono le proposte semplificatorie contro la violenza come i fischietti da dare in dotazione ai medici, la definizione di sanzioni a carico degli aggressori, l'adozione di sistemi di vigilanza, e via di seguito.

Senza chiedersi “perché”, i fenomenisti si illudono:

- di mettere fine alla violenza con soluzioni contingenti come se la violenza fosse un temporale di passaggio e che, quindi bastasse aprire l'ombrello,
- di risolvere il problema con il principio, “occhio per occhio, dente per dente”, un principio di ritorsione proporzionale al danno possibile cioè al rischio che si corre
- di rispondere alla violenza con delle soluzioni puramente difensivistiche o dissuasive, intendendo le sanzioni, a carico del cittadino violento, alla stregua di un deterrente nucleare,
- di difendersi ricorrendo a strategie molto simili a quelle del “contenimento del danno” cioè mettendo in campo un principio precauzionale.

Rammento e faccio notare che:

- il principio precauzionale vale come norma in materia di sicurezza rispetto ad un ambiente di lavoro,
- tutte le soluzioni contingenti difensive e dissuasive che sono in circolazione sono indistintamente tutte smaccatamente anti-cittadino.

In questo modo, le soluzioni in circolazione, è come se rispondessero ad un conflitto sociale, perché tale è la violenza, nulla di più, contrapponendogli un “modo di pensare” inevitabilmente “contro” cioè a sua volta conflittuale. Cioè al conflitto con il cittadino si tende a rispondere con il conflitto contro il cittadino. Quindi accettando, secondo me sbagliando, la logica del conflitto e la legge biblica del taglione. Questo “modo di pensare”, che finisce fatalmente con il considerare il cittadino come una minaccia ambientale, nel caso dei medici, è un problema, prima che politico, epistemico (quindi culturale) perché, secondo me, esso ha origine da un modo tipico di pensare del medico.

I medici, in genere, tutto quello che pensano lo fanno in un “modo tipico” e, davanti alla violenza, cioè davanti ad un fenomeno sociale, si pongono come se si trovassero davanti ad una patologia da curare finendo per prescrivere alla società delle terapie. In genere so per esperienza che le soluzioni dei medici riguardano sempre gli altri. Loro sono i terapeuti.

Questa tendenza nasconde un gigantesco problema che è quello di trasformare la clinica. quindi una visione scientifica, in una *weltanschauung* e questo di certo non giova ai medici dal momento che non si può pensare di “curare” le complessità politiche, con le quali da anni hanno a che fare, curando esclusivamente il mondo che sta loro davanti considerandolo perciò stesso l'unico ammalato da trattare. Cioè tirandosi fuori da una relazione dialettica con il mondo che cambia. Siccome la questione è tutt'altro che banale e anche al fine di prevenire malintesi, vorrei spiegarmi meglio.

FENOMENISMO CONTRO FENOMENOLOGIA

Il *fenomenismo* in generale è un atteggiamento epistemico tipico dei medici cioè tipico del paradigma positivista dal quale essi derivano le loro prassi professionali. La medicina scientifica, si definisce tale, perché il suo essere scientifico vale come essere soprattutto antimetafisico. Essa per essere scientifica cioè anti metafisica si limita ai famosi “fatti” (un modo diverso per definire i fenomeni) ritenendo con ciò impossibile conoscerne la natura complessa ed estesa di un malato e della sua realtà esistenziale.

Di contro, il malato, oggi, cioè il cittadino e la società, è tutt'altro che fenomenista, ma è *fenomenologico*, cioè per lui, esattamente come un hegeliano, i fenomeni, compresa la malattia, hanno a che fare con l'esperienza e la coscienza della persona, con la sua storia, la propria cultura, con la propria individualità, quindi con una complessità e vanno interpretati in un certo modo, cioè in modo anti-riduzionista, usando e integrando tutte le conoscenze disponibili perché:

- ciò che appare non è detto che sia vero,
- ciò che può essere non vero va interpretato,

■ ogni interpretazione vale come l'assunzione di una responsabilità prima di tutto intellettuale.

Mentre per:

- il medico (fenomenista) essere malato significa il fenomeno della malattia,
- il cittadino di oggi (fenomenologico) essere malato vuol dire andare oltre la propria malattia,
- per il primo il malato è riducibile ad un fenomeno,
- per il secondo il malato è irriducibile al fenomeno, per cui è impossibile conoscere il malato riducendo la sua realtà a fatti o a fenomeni.

In sintesi per:

- un medico la spiegazione delle malattie è sempre una riduzione della realtà del malato. Cioè è sempre fenomenista,
- un cittadino è esattamente il contrario. Quindi sempre fenomenologica
- il medico (fenomenista), la violenza è riducibile ad un comportamento sbagliato del cittadino,
- per il cittadino (fenomenologico) la violenza è ciò che co-emerge da una complessità tutta da interpretare.

Oggi i medici rispondono alla violenza contro di loro, in modo *fenomenistico* quando la violenza andrebbe interpretata in modo *fenomenologico*. Quindi *fenomenismo* contro *fenomenologia*. Secondo me questo è un grave errore strategico.

UN MALESSERE PROFONDO

Oggi il fenomenismo dei medici, quindi la loro tipica *weltanschauung*, sul piano sociale, è pagato da loro a caro prezzo, (contenzioso legale, responsabilità professionale, comportamenti opportunistici, sfiducia nei loro confronti, svalutazioni di ogni tipo, violenza) perché il cittadino non è più d'accordo ad essere considerato un "fenomeno" per quanto patologico esso sia. E quindi li contesta. I medici sono in crisi semplicemente perché nessuno, Stato compreso, fino ad ora, li ha mai contestati.

Questa società vuole fare esattamente il contrario, cioè vuole restituire i fatti o i fenomeni alla loro realtà e alla loro complessità. Compresa la violenza. La violenza, in sé deprecabile, immorale e inaccettabile (sia chiaro, senza se e senza ma), ha tuttavia, nonostante quello che pensano i medici, dei signifi-

ficati sociali e culturali e antropologici che se non compresi fino in fondo impediranno loro di trovare davvero delle efficaci soluzioni, ammesso e non concesso, che il problema della violenza sia riducibile a problem solving. Personalmente ho molti dubbi. Paradossalmente, attraverso la violenza, questa società o alcuni suoi settori o se preferite alcune sue componenti, esprimono un malessere davvero profondo. Se i medici, prima di ogni altro, questo malessere non si sforzeranno di comprenderlo non andranno da nessuna parte. Il rischio che corrono secondo me è anche a causa di soluzioni poco meditate quello di una cronicizzazione del fenomeno violenza, che faccio notare, per ora, è solo all'inizio ma che, per come si stanno mettendo le cose, sembra destinato a crescere.

Vorrei ricordare che dopo la legge sulla responsabilità dei medici (L.24) il fenomeno del contenzioso legale anziché scendere sembrerebbe in aumento. È illusorio pararsi le terga, come medici, nei confronti dei cittadini, senza fare con loro, accordi consensuali. La mia paura è che fra un po' la violenza contro i medici non faccia più notizia.

La soluzione non è nella criminalizzazione degli aggressori come se fossero dei virus da combattere con degli antivirali, ma è nella comprensione di quel malessere che esattamente in modo fenomenologico le aggressioni nascondono.

Pare che il 30% dei medici vittime di violenza non segnali nulla e ovviamente non denunci nessuno. Questi medici probabilmente esprimono la loro difficoltà di medici a criminalizzare qualcuno che comunque sta male o è in difficoltà. Per un medico criminalizzare il proprio malato è come negare la propria deontologia quindi se stesso.

Per la deontologia il malato è, come si legge nel lavoro di Trento, un *archè*. Ma se è così come è possibile andare contro il proprio archè? Tutti ripetono su questo giornale in modo noioso, il solito refrain: mettere al centro il cittadino. Mi si spieghi come si fa di fronte alla violenza mettere il cittadino al centro. Al centro di che?

AGGRESSIONI LEGALI E AGGRESSIONI ILLEGALI

La violenza in sanità non è un fenomeno a sé stante

ma è l'espressione esasperata di un fenomeno molto più grande e che ha che fare con un processo di delegittimazione del medico che è in piedi da quasi mezzo secolo e che alla fine riguarda la sua mutata percezione sociale.

Vi sono cittadini che, a parità di problemi, vanno dall'avvocato ed altri che picchiano il medico. In tutte e due i casi, pur con forme diverse, i cittadini "aggrediscono", in un caso in forma legale e nell'altro in forma illegale, il medico, mentre fino ad ora, cioè fino a un paio di decenni fa, non l'hanno mai fatto anche se le ragioni per farlo sono sempre esistite. Provate a parlare con gli anatomo-patologi, questi vi diranno quanto sia vera la fallibilità della medicina.

L'errore che fanno i medici è quindi di scorporare la violenza dal più grande problema della delegittimazione della loro professione. La violenza fa parte della "questione medica" non può essere vista come separata da essa.

Quindi l'aggressione:

- ha la stessa natura conflittuale del contenzioso legale anche se espressa fuori dalle regole e in forma esasperata. Ma essa resta una relazione conflittuale tra medico e cittadino, quindi oppositiva,
- è una forma esasperata di contestazione ma ha la stessa natura della sfiducia che ampi strati della popolazione nutrono nei confronti della medicina scientifica.

Si rammenti che, nel mondo, l'omeopatia, ormai, è considerata la seconda grande medicina e che essa si sta espandendo soprattutto come medicina alternativa a quella scientifica.

Non possiamo sperare di governare il fenomeno della violenza senza porci il problema di come si redimono i conflitti tra medicina e società e tra medico e cittadino.

Aggredire un medico è come infrangere un tabù, è come aggredire un prete, o un farmacista, o i propri genitori, cioè è come aggredire il proprio benefattore.

Per aggredire un medico, quindi infrangere un tabù:

- è necessario revocargli il rispetto e l'onore dovuto, negargli il suo rango professionale non nutrire nei suoi confronti sentimenti di gratitudine,

- ci vogliono dei motivi e a parte l'impulso ostile, ci vuole il terreno sociale e culturale giusto.

Quando si aggredisce un medico o in modo legale o in modo illegale, costui smette di essere visto come un benefattore cioè come colui che fa il bene agli altri. Ma il passaggio dal benefattore al nemico non può avvenire solo segregando il fenomeno della violenza nell'ambito della psico-patologia o in quello ancor più semplificante dell'ignoranza o peggio ancora in quello sanzionatorio.

La figura del "benefattore" tramonta con la crisi della carità pubblica, del paternalismo sociale, con la nascita dei diritti, del welfare, con l'espandersi della cultura dell'auto determinazione, con Google, ma anche con uno Stato che per ragioni economiche non esita ad amministrare il medico, a impoverirlo professionalmente, a svalutarlo in ogni modo anche non rinnovandogli per anni il contratto, o pagandolo come un impiegato della pubblica amministrazione ben al di là del concetto di "onorario" e del valore sociale di quello che fa.

Fa impressione che professionisti che salvano la vita alla gente oggi siano trattati dallo Stato così male cioè in modo così ingrato e così palesemente indecoroso.

Mentre è cambiata la percezione sociale del medico, lo Stato per primo ha messo in dubbio la sua credibilità sociale sottraendogli autorità e poteri cioè riducendo in tutti i modi la sua irrinunciabile autonomia professionale senza la quale, si sappia, nessun malato può ritenersi davvero ben curato.

La violenza, prima di essere ostilità, è quindi anche sfiducia cioè inaffidabilità preconcepita, la stessa, non meno violenta nelle sue varie forme e non meno illegale, se pensiamo agli attacchi che quotidianamente subisce la deontologia, di uno Stato che ormai non delega più il medico (prestazione d'opera) a curare le persone ma pretende per ragioni economiche di dire al medico come curarle

LA PROFEZIA

Devo a un libro di Sandro Spinsanti (*Guarire tutto l'uomo. La medicina antropologica di Viktor von Weizsacker 1992*) la citazione che sto per proporvi. Essa appartiene ad un grande medico considerato il padre della medicina antropologica, morto nel

1957 che, personalmente, considero un precursore del discorso dell'umanizzazione della medicina, di quello della personalizzazione delle cure, e nello stesso tempo uno dei primi critici importanti della concezione positivista della medicina scientifica.

Ecco cosa ha scritto Weizsäcker a proposito della violenza contro i medici: *“Se si va avanti così per un certo tempo potrà succedere un giorno che una intera corporazione, la corporazione dei medici o degli scienziati, diventerà l'oggetto di una grave aggressione. Non mi meraviglierebbe se come la rivoluzione francese ha ucciso gli aristocratici e i preti, un giorno fossero uccisi i medici e i professionisti e non perché si sono irrigiditi mettendosi dietro alla scienza impersonale, bensì proprio per questo motivo”*

Weizsäcker con grande lungimiranza, nella prima metà del 900:

- pone il problema del conflitto sociale tra medicina e società accentuando quello tra la medicina impersonale e una società fatta tuttavia da persone,
- paragona i medici agli aristocratici e parla di rivoluzione come iperbole di conflitto.

Ma soprattutto Weizsäcker pone il problema che oggi si pone con il discorso della violenza: essa non è indipendente dalla sfiducia che la medicina scientifica incontra oggi nella nostra società, quasi a dirci che la qualità della relazione tra i medici e i cittadini dipende anche “come” si esercita la medicina.

Oggi la medicina scientifica come tutti sanno è ancora ampiamente impersonale per cui non ho alcun timore nell'affermare che: *la violenza sta alla medicina impersonale come una protesta sta ad una medicina e a un medico ritenuti inadeguati a priori.*

Questo in via di principio ma con una complicazione in più.

La gente non aggredisce i medici legalmente e illegalmente, per ragioni dottrinali ma perché per di più la medicina, quella criticata da Weizsäcker, oggi è agitata dentro un sistema sanitario sempre più atrofico e sempre più regrediente. Ad una medicina impersonale si aggiunge un sovrapprezzo quello dell'inadeguatezza del sistema.

Cioè un sistema sanitario dove al pronto soccorso si aspetta giorni, dove i malati sono curati con i tem-

pari, dove i medici sono stressati dagli straordinari, dove bisogna attenersi a standard di spesa, a procedure, a evidenze scientifiche impersonali e quindi fallaci, dove la necessità clinica è esasperata dalle disorganizzazioni, dalle inefficienze, dalle carenze. Shakespeare nel suo Amleto evocava la questione *“the insolence of office”*. Vale a dire il potere di ciò che non funziona mai come dovrebbe funzionare. Il potere comunque del servizio. Il potere della burocrazia (*the law's delay*). Contro questo potere oggi in tutti i modi possibili il cittadino si ribella.

Ma se questo è vero la violenza contro i medici si trova sempre immancabilmente a metà strada tra un atto individuale e qualcosa di extra-individuale.

ANOMIA E INSOLENZA DEL SERVIZIO

Durkheim (uno dei padri della sociologia moderna) sosteneva che fenomeni sociali come il suicidio, io aggiungo la violenza contro i medici, erano favoriti da quello che lui definiva *“anomia”* vale a dire la rottura di certi equilibri della società e lo sconvolgimento dei suoi valori. Per me la violenza, pur essendo, come il suicidio, un atto soggettivo, è comunque un fenomeno influenzato oltre il ruolo della *“dell'insolenza del servizio”* anche da profondi fattori sociali, contestuali, culturali.

La mia impressione è che oggi siamo ben oltre l'anomia cioè che siamo davvero in una società post moderna che ha cambiato le regole e che il divario tra medicina e società si sia accentuato al punto da diventare un suo tratto caratteristico. La violenza contro i medici cioè il conflitto rischia di diventare il connotato della post modernità. Cioè in sostanza viviamo nell'epoca in cui i malati denunciano e prendono a pugni i medici. Questo nella storia della medicina è accaduto solo quando i medici erano considerati dei ciarlatani. Cioè non avevano credibilità sociale.

La spiegazione della violenza quindi non può ridursi all'interpretazione di un comportamento individuale ma deve ammettere per forza una spiegazione sociale. Ma a tutt'oggi non ho visto nessuna spiegazione sociale in giro. Per cui tutte le soluzioni in circolazione partono da un presupposto sbagliato: la violenza è solo un atto individuale. Al contrario in nessun caso si può escludere una con-causalità sociale. Naturalmente questo non attenua la gravità del problema

ma pone ai fenomenisti la questione urgente di aggiornare il tipo di soluzioni sino ad ora indicate.

La violenza in sanità ha diverse forme agisce rispetto a diversi contesti e si manifesta in diverse contingenze:

- stupro che con la crisi della medicina non c'entra niente,
- esasperazione delle necessità,
- contesti sanitari disorganizzati,
- percezione di un pericolo,
- desiderio di rimediare alla propria condizione,
- ansie preoccupazione emergenze.

Colpisce, almeno secondo i dati, che il 90% delle aggressioni si verificano davanti a dei dinieghi del medico che evidentemente non reputa plausibile le necessità dichiarate dal cittadino.

Sempre Durkheim, sosteneva che rispetto ai fenomeni sociali non basta solo osservarli, ma che per comprenderli meglio è utile costruire dei *tipi sociali*. Un po' quello che sostiene l'omeopatia quando si serve dei biotipi per comprendere meglio i problemi di salute delle persone.

Che tipo di cittadino è quello che mette le mani addosso al medico? Non abbiamo ancora studi a tal riguardo, non sappiamo la scolarità dell'aggressore, non conosciamo la sua professione, il suo status sociale, il suo reddito, le sue preferenze culturali, se sia di destra o di sinistra, sappiamo però, da oltre 30 anni, grazie ad una analisi che fino ad ora nessuno ha contestato che:

- ontologicamente il paziente non c'è più e che al suo posto abbiamo l'esigente,
- che l'esigente vive in una società che alcuni definiscono post moderna, altri liquida, altri ancora individualista, altri informatica, globale, ecc,
- e che comunque si voglia chiamare questa società essa è molto diversa da quella, rispetto alla quale, è sorto il "tipo" di medico che abbiamo.

Ad un certo nuovo "tipo sociale" di malato oggi non vi è dubbio corrisponde ancora un vecchio "tipo sociale" di medico.

Questa asimmetria, secondo me, è alla radice del conflitto sociale tra medicina e sanità e che non si risolve "curando" il mondo cattivo ma "ripensando" il medico inadeguato.

Mi era stato chiesto "perché" la violenza contro i

medici? Spero di aver risposto, anche se rimane il problema, di "cosa fare".

Ma per questa altra domanda, rimandiamo ad un'altra occasione. Intanto vi consiglio di leggere la nuova deontologia messa a punto a Trento. In essa troverete una novità: *la deontologia sociale*. Ma nell'elenco delle possibili soluzioni al fenomeno della violenza contro i medici, essa non compare.

LA FUNGIBILITÀ DEL RUOLO MEDICO

Il grande secondo problema che ha il medico oggi è quello della fungibilità del suo ruolo cioè la sostituibilità di parte delle sue competenze in assenza di individualità specifica.

La condizione per far sì che il ruolo sia fungibile è la aspecificità di certe competenze. Se le competenze sono aspecifiche allora esse possono essere tolte al medico e date ad altre professioni soprattutto a quelle che costano meno.

La X Conferenza Fnopi sulle politiche della professione infermieristica ha dichiarato ufficialmente che la grande "*sfida che ci aspetta*", è il riconoscimento per legge della fungibilità del medico

Questa conferenza merita menzione perché fa comprendere che oltre a conflitti nuovi come la violenza, per il medico, esistono altri tipi di conflitti quelli che non solo contrappongono il medico alla società ma anche quelli che contrappongono la professione medica ad altre professioni in particolare a quella infermieristica.

Il concetto di "sfida", è sinonimo di provocazione e di competizione. Che esso sia usato dagli infermieri cioè da una categoria prima di ogni cosa pietrificata da politiche sbagliate e da rappresentanti che dire inadeguati è dire poco, è molto significativo.

Ma a chi è rivolta? Non certo:

- agli infermieri che dal 1999 sono prigionieri della post ausiliarità,
- alla Fnopi che ancora ci deve spiegare le ragioni per le quali la legge che ha superato il mansionario è stata sterilizzata,
- agli autori del comma 566 che hanno clamorosamente fallito,
- alla sanità sempre più regrediente non solo finanziariamente quindi al pensiero debole che sta spiazzando le professioni in tutti i modi.

La sfida, tanto per cambiare, è rivolta ai medici che in ragione di essa, diventano di nuovo il nemico di comodo per coprire le magagne strategiche di una classe dirigente che, in questi ultimi anni e ancora ora, tradisce tante velleità di potere, ma poche idee sensate e che ha bisogno, per legittimarsi, di avversari da combattere. I medici per questo scopo sono perfetti.

Ieri era il comma 566 oggi è lo skill mix.

A leggere gli atti della conferenza si coglie per intero il significato belligerante del concetto di sfida: nel linguaggio usato, nel tipo di esperti invitati e, ovviamente nelle tesi proposte.

Tutto puzza di guerra, di conflitto, di avversione, di ostilità, tutto parte dal presupposto che i sogni, non degli infermieri, ma di chi li rappresenta, sono ostacolati dai medici e che quindi i medici sono i nemici o per lo meno gli avversari degli infermieri, anche se sono solo gli avversari di chi li rappresenta.

Come se qualsiasi sogno fosse ammissibile e come se accettata la loro ammissibilità, la loro realizzazione, fosse possibile solo ed unicamente in un solo modo quello conflittuale.

In nessun intervento della X conferenza di Bologna, ho letto della possibilità di intraprendere, ai fini della ridefinizione della professione infermieristica, altre strade, oltre quella della sfida, altre modalità, altre tesi.

Da nessuna parte ho letto, della possibilità di negoziare con i medici, di discutere con loro, di trovare soluzioni insieme. Cioè di concordare un cambiamento possibile. Sembra che il comma 566 non ci abbia insegnato niente. Che tristezza.

La “sfida”, quindi, per la Fnopi rappresenta un campo semantico che esclude tutto quanto non sia imposizione legislativa, quindi qualsiasi cosa assomigli ad un negoziato consensuale, anche se ad ogni piè sospinto, la stessa Fnopi non fa altro che parlare di integrazione, di rispetto per i ruoli professionali, di multidisciplinarietà, di rispetto per le altre professioni giurando e spergiurando che i medici sono i medici e gli infermieri sono gli infermieri.

RISCATTARE L'INFERMIERE DAL MEDICO

La X conferenza della Fnopi, ripropone l'orrenda logica del passato che punta a “riscattare” l'infer-

miere dalla subalternità professionale del medico. Qualche perla delle tesi esposte:

- il sistema è un «campo di gioco» su cui costruire il futuro
- il mercato è un luogo che più facilmente potrà decretare il successo degli infermieri
- il problema di fondo che si deve risolvere è l'infungibilità del medico cioè di una professione che non consente la sua sostituzione con un'altra professione
- la soluzione è lo skill mix e le specializzazioni
- dobbiamo puntare a un nuovo modello fondato su una diversa distribuzione di competenze
- gli infermieri devono «saturare» un nuovo perimetro
- si tratta di uno spazio di allargamento della loro professionalità da generalizzare altrimenti la professione si indebolisce.
- il primo sforzo da fare è «allargare» il perimetro quello futuro sarà di saturarlo
- è necessario «sgranare» la professione, definire bene le specializzazioni e le loro implicazioni organizzative e contrattuali...

Per chi non l'avesse capito “sgranare” il profilo è il nuovo modo di definire quell'orrenda proposta di spacchettare il profilo dell'infermiere in sub e super profili.

Altre tesi:

- *una professione matura lo è quando inizia a “sgranarsi,” cioè occupare spazi e posizioni lontane tra loro e dalla zona di comfort della professione e diverse dal contesto disciplinare*
- *si chiama ‘posizione contendibile’ si legge ricostruzione di una serie di competenze e professionalità*
- *dobbiamo mettere i nostri infermieri in condizione di ‘contendere’ i ruoli.*

La grande tesi: *“I problemi sul tavolo sono quello della fungibilità, degli assetti organizzativi, della contendibilità delle posizioni sottintesa alla interdisciplinarietà e della partecipazione al governo strategico: mi aspetto nei prossimi dieci anni che nelle aziende almeno il 20% dei direttori generali siano di matrice infermieristica”.*

Il gioco è fatto e sulla testa degli infermieri si consuma attraverso la X conferenza della professione

una gigantesca presa per i fondelli destinata a fare la stessa fine che ha fatto il comma 566.

Vorrei suggerire alla Fnopi di leggere la parte del documento della deontologia di Trento dedicato ai rapporti tra professioni. Non solo, ma vorrei pregarla di divulgare presso la sua professione questo lavoro per favorire la discussione ma anche il confronto tra tesi diverse e contrapposte.

La sfida vera, per Trento, sa, cara la mia Fnopi, qual è? Non avere sfide. Se le professioni sono complementari non ha senso metterle in competizione ha più senso esaltarne la cooperazione. O come mi piace dire esaltarne la coevoluzione.

Immagino che, la Fnopi, che parla di “campo di gioco”, in quella conferenza, abbia spiegato, la differenza tra i giochi competitivi e quelli cooperativi e i vantaggi e gli svantaggi degli uni rispetto agli altri.

Al malato, se parliamo di cura, conviene di più il gioco cooperativo, quello competitivo rischia di pagarlo lui sulla propria pelle. All’infermiere il gioco competitivo, leggi comma 566, fino ad ora ha solo rotto le ossa e chi oggi lo chiama alla guerra contro i medici è un imbroglione e un irresponsabile.

DAL CONFLITTO SULLE COMPETENZE AL CONFLITTO SUI RUOLI

La Fnopi si dovrebbe preoccupare di trattare il profilo dell’infermiere, non come se fosse un cesto di fagioli freschi da “sgranare” ma di attuare la legge che definisce il ruolo degli infermieri e che a partire dalle responsabilità prima dell’Ipasvi ed ora Fnopi, fino ad ora è rimasta sulla carta. E’ solo colpa vostra, non dei medici, se oltre 400000 infermieri sono ancora, dopo quasi 20 anni, nella post ausiliarietà.

Poi dovrebbe chiamare la Fnomceo e dirgli: siccome i ruoli sono tali perché relativi ad altri ruoli, che ne dice se ci mettessimo d’accordo per chiarire tra noi le relazioni migliori? Che ne dice se insieme ci definissimo “autori” decidendo di mollare questo rotame concettuale delle “competenze” per passare ad una nuova idea di “impegno” e, su questa base, reinventassimo una organizzazione del lavoro dove, in luogo delle relazioni di ausiliarietà sperimentiamo relazioni tra autonomie? Cioè relazioni anche tra impegni? E non più solo tra compiti?

Ma per fare questo, cara Fnopi, ci vuole un pensiero che lei non ha, per cui capisco perché lei sia nella necessità di trasformare una conferenza della professione in una manfrina pur sapendo che quello che voi proponete non solo non è plausibile ma ha poche probabilità di passare.

Il tempo dei presidenti/senatori è finito e se il Pd ha perso tanti voti nella sanità è stato soprattutto a causa di quello che avete fatto sulle professioni tanto mediche che infermieristiche. Non siete riusciti a passare quando avevate i vostri rappresentanti in parlamento, come pensate di passare ora che le vostre insane politiche sono state sconfitte? Con i consigli della Bocconi?

La Fnopi con la copertura di esperti di comodo, vuol de-ruolizzare le professioni medico sanitarie, incurante delle conseguenze che questa decisione potrebbe avere sul malato e soprattutto sugli assetti clinici assistenziali della cura e al solo scopo di permettere all’infermiere di fare “shopping” a scapito degli altri ruoli. La Fnopi vuole togliere agli altri il ruolo solo perché non è ancora riuscita, pur con una normativa favorevole, a definire quello della sua professione. Ma vi pare sensato?

È come se si volesse abolire sia il ruolo del prete che dice messa sia quello del chierichetto che lo assiste, sostituendoli con uno skill mix, cioè ridefinendo come dice il Gergas Bocconi, il “perimetro delle loro competenze”. Ma vi sembra sensato?

È del tutto evidente che l’abolizione dei ruoli alla fine finisce per cambiare la messa, se è lecito, quale messa ci propone la Fnopi? Ed è proprio sicura che la sua messa sia la messa migliore che si possa offrire ad un cristiano? Insisto nella domanda e uscendo dalla metafora: fuori dai ruoli quale cura ci propone? Cioè quale medicina avete in testa?

Vorrei dire a quei medici, che per tanti motivi hanno difficoltà a cambiare per davvero, rendetevi conto che, dalle “competenze avanzate” siamo passati a “contendere i ruoli”.

Non fate l’errore di sottovalutare il problema. Certo che “contendere il ruolo” è una follia ma nello stesso tempo ridefinire il ruolo oggi è una necessità ma non perché la Fnopi spara cavolate ma perché è cambiato radicalmente il mondo e il vecchio ruolo fa acqua da tutte le parti.

È sul grado di regressività del ruolo che le teorie sullo skill mix potrebbero fare presa ma le stesse teorie sarebbero del tutto vane se il ruolo fosse ridefinito per renderlo pertinente al mondo complesso in cui viviamo.

Alla proposta di contendere il ruolo, come insegna Trento, non si può rispondere con l'invarianza del ruolo ma con una definizione più moderna della professione rinnovando le relazioni tra i ruoli.

La proposta di Trento, diversamente dalla Fnopi e dalla Bocconi, ha scelto, sulla base di una analisi rigorosa (pubblicata e quindi disponibile), di andare controcorrente e di definire, proprio sul ruolo, la nuova deontologia per la professione e quindi di ridefinire i rapporti con altre professioni quindi con altri ruoli

Ecco in sintesi la proposta di Trento:

Deontologia del ruolo. La deontologia medica disciplina lo status, l'identità e il ruolo della professione oltreché nei confronti della persona del cittadino e del malato, anche nei confronti di altri ruoli professionali, del datore di lavoro. (segue testo)

A questo proposito essa:

- prevede tre tipi diversi di doveri nei confronti delle altre professioni: cooperazione, collaborazione coordinazione
- definisce la complementarità reciproca,
- definisce i rapporti tra le prassi
- definisce l'interazione cooperativa e un sacco di altre cose

Il titolo sui rapporti con le altre professioni, si conclude con una proposta di coevoluzioni inter-professionale: *le professioni con rapporti di cooperazione e di collaborazione, con obblighi di coordinamento, hanno il dovere di trovare consensualmente delle soluzioni organizzative co-evolutive al fine di implementare la loro professionalità.*

DALLA GUERRA DELLE COMPETENZE ALLA GUERRA DEI RUOLI

Dopo l'istituzione di un tavolo di confronto permanente tra Fnomceo e Regioni (QS 24 novembre 2018) corredato da un "protocollo di intesa", a seguire viene quello tra Fnopi e Regioni, anche questo corredato da un protocollo di intesa (QS 20 dicem-

bre 2018) e da quel che qualcuno scrive, esultando per il "regalo di natale, sarebbe pronto quello con i tecnici di radiologia ed eventualmente un altro con le ostetriche. (QS 21 dicembre 2018).

Nel frattempo, il 15 gennaio, le "professioni dimenticate", davvero gli ultimi operatori della sanità, ai quali va interamente il mio sostegno e la mia solidarietà ideale, faranno sciopero:

"non possiamo continuare vedere queste categorie umiliate, mentre tutte le altre categorie sono convocate e ascoltate per sentire le loro istanze, instaurando rapporti e protocolli d'intesa. Noi OSS e altre categorie come gli infermieri generici, puericultrici, OSA-ASA continuiamo a rimanere non solo inascoltati, ma sconosciuti".

Queste professioni, perché pur sempre professioni sono, proprio perché sino ad ora non sono mai state considerate come tali, in primo luogo chiedono *pari dignità di esistenza* e in secondo luogo usano una parola terribile e drammatica che le altre professioni, non hanno mai usato che è "sfruttamento".

In questa parola ci sono certamente i problemi del lavoro usurante, dei carichi di lavoro, della sotto-retribuzione, ma soprattutto c'è la condizione insopportabile di tanti lavoratori fantasma, altrettanto fondamentali per la cura dei malati, che indipendentemente se lavorano nei servizi pubblici, in quelli privati o nel terzo settore, sono professioni ausiliare, abusate in funzione della loro ausiliarità, nei loro diritti fondamentali e quindi ricattabili nel loro stato di bisogno occupazionale, e alle quali si può imporre praticamente il sopruso come regola. L'iniziativa presa dalle Regioni di istituire tavoli permanenti di confronto con singole professioni prese ciascuna separatamente, fa il paio con il regionalismo differenziato che, sul lavoro, l'impiego delle professioni, la flessibilità delle competenze, le convenzioni e i contratti, la formazione, ambisce ad avere le mani libere e quindi a sostituirsi alla Stato centrale, liquidando una normativa nazionale vissuta evidentemente come eccessivamente vincolante.

Ma se per le Regioni i tavoli sono convocati al solo scopo di tagliare l'erba sotto i piedi al ministero della salute, per le professioni le ragioni sono molto diverse.

Per la Fnomceo il tavolo permanente è stato chiesto per due ragioni:

- risolvere la crisi dei rapporti tra ordine di Bologna e regione Emilia Romagna e quindi per scongiurare, attraverso un'intesa, la radiazione dell'assessore Venturi
- trovare soluzioni di compatibilità tra gli obblighi deontologici dei medici e le decisioni gestionali delle regioni, quindi facilitare le relazioni tra ordini e regioni

Purtroppo, nonostante il tavolo di confronto permanente, e lo sforzo di mediazione della Fnomceo, l'intesa tra l'ordine di Bologna e l'Emilia Romagna non c'è stata, nel senso che l'assessore Venturi ha tirato dritto per la sua strada confermando per intero le proprie delibere, per cui la deontologia è restata come prima contrapposta alla gestione, dimostrando che da parte della Regione Emilia Romagna la volontà politica di rispettarla, non c'è. Il tavolo serviva strumentalmente a tirare fuori dalle peste il proprio assessore nulla di più.

Per la Fnopi il tavolo è stato chiesto esattamente con lo spirito contrario, cioè difendere le politiche come quelle dell'Emilia Romagna, che basandosi sulla fungibilità del ruolo del medico, favoriscono la politica delle competenze avanzate.

Quindi il tavolo Fnopi è in aperto conflitto con il tavolo Fnomceo. La regione Emilia Romagna alla faccia delle terzietà, dell'imparzialità, del bene comune, intende servirsi della Fnopi per fare la festa alla Fnomceo e quindi ribadire la propria linea sulla fungibilità del ruolo medico.

Non è un caso se la Fnopi, a differenza della Fnomceo, non solo non ha detto una parola contro il regionalismo differenziato, ma ha sostenuto i provvedimenti che hanno costretto l'ordine di Bologna a radiare il dottor Venturi "anche" assessore alla sanità, semplicemente perché agli scopi corporativi della Fnopi conviene la linea contro i medici delle regioni.

Non si dimentichi che tre anni fa dietro il comma 566 c'erano le regioni.

La stessa Fnopi è quella che ha accettato il tavolo comune con la Fnomceo al quale non fa altro che parlare di integrazione, di multidisciplinarietà, di centralità del malato, di collaborazione, giurando e

spergiurando che gli infermieri vogliono fare solo gli infermieri.

REGIONALISMO DIFFERENZIATO E CORPORATIVISMO

Siamo quindi alla commedia degli equivoci per:

- i medici il conflitto riguarda i rapporti difficili tra deontologia e gestione quindi di difendere l'infungibilità del ruolo del medico,
- per gli infermieri al contrario il conflitto riguarda la fungibilità del ruolo del medico favorevoli che la gestione prenda il sopravvento sulla deontologia e reinterpreti localmente le regole universali
- per le regioni si tratta di approfittare dei conflitti tra le professioni ma per affermare la loro vera causa che è quella del regionalismo differenziato quindi di acquisire nuovi poteri amministrativi.

Con il tavolo Regioni Fnopi ci troviamo di fronte a due generi di conflitti di competenze:

- il primo è tra istituzioni e si colloca all'interno di questa follia definita regionalismo differenziato
- il secondo è quello sulle competenze avanzate quindi tra professioni.

Oggi con il tavolo regioni Fnopi questi due conflitti si sono alleati, cioè il regionalismo differenziato si è alleato con il peggior corporativismo, le Regioni sostenute dalla Fnopi stanno tentando, diversamente da tre anni fa, di aggirare l'ostacolo del ministero, quello che a suo tempo, per ragioni di "ordine pubblico" ha disattivato il comma 566, e insieme stanno tentando la sortita contro-riformatrice. Un'altra spallata. Un altro esempio di stupida violenta arrogante violenza istituzionale sugli altri.

A sostenerli incuranti del ridicolo gli stessi "mezze maniche" che per far dialogare le professioni hanno voluto che in questi anni si istituisse un osservatorio nazionale, una cabina di regia nazionale, una commissione paritetica nazionale (art 12 ccnl). Buffoni, ora vi accodate ai tavoli regionali ma che fine hanno fatto tutte queste cose tremendamente "nazionali"? Vediamo questi protocolli

Quello fatto con la Fnomceo mette al centro:

- da una parte la salvaguardia del ruolo professionale del medico nel pieno rispetto delle norme deontologiche,

- dall'altra il rispetto delle "prerogative amministrative di chi anche se medico svolge funzioni istituzionali "non correlati alla cura diretta di pazienti o all'esercizio professionale medico".

Seguono altre questioni secondarie come il fabbisogno del personale, la promozione della legalità, la trasparenza, la prevenzione della violenza, ecc un accenno alle "modalità di condivisione" delle tematiche con altri ordini.

Quello fatto con la Fnopi si apre con una premessa significativa dove si dice che le regioni devono fronteggiare nuove sfide, provvedere ad una revisione delle disposizioni nazionali che interessano le professioni infermieristiche, mediante la programmazione di un conforme percorso formativo e professionale e si conclude con precisi punti programmatici vale a dire:

- sviluppo di nuovi modelli organizzativo-assistenziali e di competenze esperte e specialistiche
- standard del personale infermieristico del SSR anche in considerazione della riduzione degli organici per il blocco del turn over;
- sviluppo professionale e di carriera, formazione ed aggiornamento del personale infermieristico
- ecc

Nessun accenno alla possibilità di condivisione delle tematiche del tavolo con altri ordini.

MA DI QUALE ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO PARLATE?

Se partiamo dalla semplice constatazione empirica che in tanti anni:

- la Fnopi ex Ipasvi non è riuscita, perché priva di un pensiero riformatore concreto, a ripensare seriamente le organizzazioni del lavoro nelle quali gli infermieri operano, quindi a cambiare nella sostanza la condizione di ausiliarietà di più di 400 mila persone
- le regioni non sono riuscite a proposito di organizzazione del lavoro a ripensare quelle storicamente invariante, per esempio quelle dell'ospedale, limitandosi a mutuare sempre vecchi modelli tayloristici come è il caso dei distretti e a stravolgere quelli più innovativi come ad esempio i dipartimenti

se ne deduce che sia la Fnopi che le Regioni, non

avendo un vero pensiero riformatore, stanno bleffando cioè non sono in grado di riformare per davvero un alcunché e che il richiamarsi alla organizzazione del lavoro sia niente più che un pretesto per giustificare ben altre operazioni, le stesse che, qualche anno fa, diedero luogo alla "guerra delle competenze" e che ora anziché chiamarsi "avanzate" sono definite "esperte" e che il segretario generale della Fials senza eufemismi chiama su questo giornale, "competenze avanzate", "nuovi incarichi professionali" "competenze avanzate come scelta strategica delle regioni" "sviluppo concreto di incarico professionale" ecc. (QS 22 dicembre 2018)

Nella impossibilità di inventare nuove organizzazioni del lavoro, tanto la Fnopi che le Regioni, possono solo tentare di contro-riformare gli ordinamenti in vigore. Cioè fare gli sfascia-carrozze. Ma questo ripropone la questione politica di un conflitto interprofessionale che qualsiasi istituzione pubblica responsabile, in modo particolare le regioni, dovrebbe, nell'interesse dei malati, cercare di scongiurare non di alimentare o peggio di servirsene per i propri tornaconti.

Ma che razza di regione è quella che mette zizzania tra gli operatori della sanità anziché creare le condizioni migliori per la loro cooperazione.

Siccome:

- ho proposto una "quarta riforma" e non vorrei passare per uno che non vuole cambiare niente
- mi batto da tempo perché gli infermieri diventino gli infermieri che ancora non sono, cioè sia risolto il primo vero demansionamento di massa della storia della sanità e che io definisco post ausiliarietà
- mi batto da tempo per risolvere la "questione medica" che sta mettendo a rischio le prerogative più elementari di questa importante professione, ma anche i più elementari diritti dei malati

io, quindi, con la sfida della riforma del lavoro, sono disposto a misurarmi ma non certo seguendo le logiche contro-rifformatrici della Fnopi e delle Regioni, ma al contrario immaginando un nuovo infermiere e un nuovo medico, dei rapporti tra loro rinnovati, e una nuova forma più avanzata di cooperazione interprofessionale. Il vero cambiamento non passa per le competenze ma per gli impegni e per prassi ripensate nei loro modi di essere.

Ribadisco ciò che ho sostenuto nella “quarta riforma”: 40 anni di riformismo sono contraddetti dalla più grande invarianza di tutte le invarianze, che è quella del lavoro.

Fino a quando il lavoro non sarà ripensato per davvero, la sanità:

- resterà culturalmente inadeguata nei confronti della società che cambia
- relativamente insostenibile nei confronti dei problemi dell’economia.

Oggi le prassi tanto degli infermieri che dei medici sono inadeguate al confronto con le inedite complessità culturali di questa società entrambi nascono da modi di essere della medicina ormai in crisi evidente di legittimità, per cui entrambi vanno ripensate e siccome sono indiscutibilmente interdipendenti vanno ripensate insieme e in modo consensuale e co-evolutivo.

Ma questa possibilità concreta è fuori dalla portata culturale tanto delle regioni che della Fnopi, quindi per loro, del tutto inconcepibile, roba da filosofi. Chi è incapace di costruire il nuovo che serve preferisce rubare galline nei pollai vicini e sfasciare carrozze.

COME POSSIAMO CAMBIARE TANTO IL MEDICO CHE L’INFERMIERE?

Per cominciare possiamo accordarci per

- adottare tutti il principio del malato quale “*archè*” assumendolo come principio primigenio e deducendo da esso un genere di lavoro che a lui conviene e che nello stesso convenga anche allo Stato
- inventare una nuova organizzazione del lavoro per prima cosa andando oltre gli schemi della logica mansionistica delle competenze, e quindi della logica tayloristica e fordista, perché, come dimostra il mondo manifatturiero, essa non conviene più a nessuno è un rottame di altri tempi quindi non conviene né ai bilanci né ai malati,
- adottare soluzioni integrate, mobili, flessibili, intercambiabili, più legate alle complessità da governare che non alle logiche divisionali delle strutture nelle quali si opera,
- riformare nel caso degli infermieri le loro tradizionali relazioni di ausiliarità con nuove relazioni di interazione cooperativa, di complementarità

reciproca dentro un progetto di coevoluzione professionale.

Chiedo tanto alla Fnopi che alle Regioni perché:

- dal momento che gli oss gli infermieri i medici devono lavorare insieme, anziché separare giustappponendole le professioni a canna d’organo e metterle in competizione, non ragioniamo di gruppi minimi integrati e di cooperazione?
- Non ridefiniamo gli organigrammi per gruppi minimi integrati anziché per singole professioni deducendole da parametri diversi dai posti letto o da altri parametri strutturali? Cioè perché non puntare su logiche funzionali e pragmatiche?
- Non abbandoniamo il principio *dell’ascription* perché ormai tutto il mondo lo considera troppo burocratico e non adottiamo quello *dell’achievement* molto più pragmatico?
- Perché alle competenze non preferire i risultati ripensando i sistemi retributivi?
- Non cambiamo lo status giuridico dei dipendenti siano essi oss infermieri e medici, cioè mettiamo in soffitta i “*compitieri*” e non scommettiamo su degli “*autori*” anche al fine di responsabilizzarli nella conduzione aziendale?

Tutto questo e molto altro significa ripensare le organizzazioni del lavoro non le stupidaggini che avete scritto nei vostri protocolli. Come fate a ridefinire le professioni senza prima ridefinire la nozione di servizio, quella di equipe, quella di prassi? Come fate ad accrescere l’aderenza delle prassi a questa società e a questa economia senza aggiornare i vostri vecchi paradigmi di riferimento al mondo che cambia?

All’ordine dei medici di Bologna vorrei:

- riconoscere il merito di aver sentito puzza di bruciato molto tempo prima che divampasse l’incendio della contendibilità e della fungibilità del ruolo medico
- dire che ha fatto bene a radiare il dottor Venturi, se avevamo dubbi sulla sua malafede e su quella della sua Regione oggi, non c’è più ragione di averli.

Costoro sono dei traditori di cui non è possibile fidarsi essi hanno praticamente disatteso l’accordo con la Fnomceo contrapponendogli quello con la Fnopi intendendo per traditori sia coloro che ven-

gono meno a impegni solenni, sia coloro che ci deludono con le loro incoerenze.

Il primo come medico nei confronti delle regole deontologiche della professione che ha arbitrariamente violato, il secondo come assessore, quindi come istituzione nei confronti degli ordinamenti nazionali sulle professioni, sui ruoli, sulla formazione, non saranno cambiati è tenuto come rappresentante dello Stato, a rispettare.

Per costoro vale quanto scritto da Dante *“che frutti infamia al traditor ch’i rodo”* (XXXIII canto inferno). Personalmente ho trovato poco politico e perfino impudente per non dire di pessimo gusto che l’assessore Venturi accettasse di presiedere il tavolo con gli infermieri per ridiscutere unilateralmente il ruolo del medico dopo che egli da medico, per questa ragione, è stato radiato dall’ordine. Dopo la “lista Venturi” le “petizioni” sollecitate contro l’ordine di Bologna, le firme raccolte dai direttori generali si badi bene di nomina regionale, questo è un altro sbaglio politico che il PD emiliano romagnolo rischia di pagare caro.

Tradimento quindi anche da parte del partito che governa l’Emilia Romagna, al quale appartiene l’assessore Venturi e il presidente Bonaccini, il PD, che evidentemente ha avallato gli atti politici di questa giunta compreso la rincorsa dietro alla lega per il regionalismo differenziato, tradendo, a parte la sua svolta neoliberaista a proposito di fondi integrativi, soprattutto gli ideali di universalità di solidarietà del sistema pubblico. Il Pd di questa regione sul piano politico già nelle precedenti elezioni ha pagato con l’astensionismo un prezzo di consenso molto alto, e in quell’occasione i rumors proprio in casa PD addebitarono all’assessore Venturi, cioè alle sue incapacità, la perdita di almeno 50000 voti, fino ad accarezzare l’idea, poi accantonata, di farlo fuori. Non credo che i tavoli di cui l’assessore Venturi è il primo fautore e il regionalismo differenziato, faranno riguadagnare i consensi perduti, credo invece il contrario e non escludo che alle prossime elezioni regionali il governo della regione Emilia Romagna passi la mano ad altri schieramenti politici. I medici votano come gli infermieri ma è noto che il loro impatto sul sociale è molto più alto.

PARAMEDICI, QUASI MEDICI E PEONES

La Fnopi, come le regioni, rientra a parer mio, nella categoria degli opportunisti, cioè di coloro che, scriveva Hume, ad un graffio del loro dito preferiscono il crollo del mondo. Di fronte al regionalismo differenziato si fregano le mani pensando agli affari che esso permetterà. A loro non interessa essere usati dalle Regioni per scopi discutibili e men che mai che le regioni mettano in pericolo i valori fondanti del sistema pubblico.

Eppure ci sono coerenze e valori che vanno oltre gli interessi corporativi e riguardano la credibilità e la serietà di una professione dentro un’impresa sociale che impone a tutti noi dei doveri verso gli altri.

Voi parlate ad ogni piè sospinto di fare l’interesse del malato ma per i vostri discutibili interessi, di quel malato, costi quel costi, se necessario fate strame. Che al malato convenga come si è detto alla X conferenza della professione infermieristica (QS 1 agosto 2018) “sgranare” il ruolo dell’infermiere, o contenere al medico le sue prerogative, o ancora sostituirlo in parte o in toto nelle sue competenze, ho i miei dubbi. Al malato conviene sempre ciò che lo garantisce di più nei rischi che corre e in ogni caso gli conviene tanto un bravo medico quanto un bravo infermiere e un bravo oss ma in grado di lavorare insieme. A quel tavolo con le Regioni non mi risulta che siano stati invitati i malati a dire la loro opinione.

Se per me si tratta di riformare il genere ausiliario di una intera categoria che passando dal diploma alla laurea non ha visto grandi cambiamenti, per la Fnopi si tratta di rubare qualche gallina nel pollaio dei medici, frammentare il profilo in tanti mansionari, usare le specializzazioni come se fossero competenze avanzate, fare emergere dei super infermieri “quasi medici” ma lasciando tutti gli altri nella più medioevale ausiliarità. Peones nulla di più. Braccianti a giornata.

Sono convinto da anni che questa società abbia bisogno sia di un nuovo infermiere che di un nuovo medico, ma più che mai oggi sono convinto che il loro ruolo debba essere universale per garantire tutti coloro che di loro avranno bisogno tanto al nord quanto al sud. Il venir meno dell’universalità dei ruoli, significa differenziare i trattamenti e a dise-

guaglianze aggiungere altre diseguaglianze. L'universalità di un ruolo professionale, di un modello di formazione, garantisce l'universalità del diritto. Mi auguro che il ministro Grillo accolga quanto prima la sacrosanta richiesta di incontro delle "professioni dimenticate" ma nello stesso tempo mi auguro che il ministro chiarisca con le regioni che:

- fino a quando la normativa sui ruoli professionali non sarà legittimamente cambiata essa non può essere stravolta da nessun assessore alla sanità e in nessun caso
- ridefinire i ruoli non può essere in nessun caso delegabile al livello regionale perché essi sono una garanzia di universalità dei trattamenti
- la ridefinizione dei ruoli in ragione della loro interdipendenza non può essere fatta né con logiche corporative né con logiche competitive ma solo con logiche coevolutive e cooperative
- la ridefinizione dei ruoli è prima di ogni altra cosa una questione deontologica e sociale in nessun caso è concesso di ridefinire i ruoli degli altri in aperto contrasto con le deontologie degli altri dal momento che tali deontologie sono prima di ogni cosa una garanzia per il cittadino
- la ridefinizione dei ruoli implica necessariamente una convenzione dei punti di vista professionali

quindi un procedimento consensuale, non sono ammessi colpi di mano

- la ridefinizione di un ruolo è un atto di riforma e come tale vale come riformare il sistema di valori che concorrono da punti diversi a definirne la complessità
- Il ruolo non è in alcun modo riducibile a compito il ruolo è un comportamento professionale atteso per sua natura complementare ad altri ruoli che prevede una coerenza delle prassi prima di ogni altra cosa con i bisogni di questa società. Quindi un'accettazione sociale.

Partendo dal presupposto che se c'è interdipendenza tra le professioni pur gerarchicamente organizzate, nessuna professione può essere definita senza definire contestualmente e consensualmente le relazioni con le altre professioni, si tratta, per il ministero della salute, di:

- prevenire nuove guerre tra professioni
- respingere con fermezza la pretesa irresponsabile delle regioni, di surrogare la funzione del ministero, in tema di ruoli professionali e di formazione, con tavoli arbitrari quanto abusivi
- convocare il tavolo che nessuno ha mai convocato che è quello che dovrà mettere insieme tutte le professioni interdipendenti

Capitolo 8

La medicina e il medico

È IN ATTO, NEL NOSTRO PAESE, un processo di ripensamento che non ha precedenti e che riguarda il medico ma anche la medicina.

Siccome non si può dare l'uno senza l'altro il ripensamento punta a colmare quel vuoto creato dall'aver presunto 40 anni fa che si potesse riformare la sanità senza riformare la medicina e quindi i medici.

Nei confronti di questo processo di ripensamento che si poggia sulla pubblicazione da parte della Fnomceo di 100 tesi e che ormai sta coinvolgendo l'intero sistema degli ordini dei medici, si registra la più totale indifferenza da parte del ministero della salute, ma quel che è peggio si intraveda la solita incompetenza quella che impedisce al ministro di comprendere il valore di quello che sta accadendo. Per questo ministro esiste solo la sanità e la medicina va data esattamente come si è fatto 40 anni fa invariante. Anche per questo ministro il medico è poco più di un costo in nessun modo può essere considerato altrimenti.

AUTONOMIA DEL MEDICO

Il medico sta subendo un processo di crescente riduzione della sua autonomia questo “*a condizioni non impedito*” è destinato ad accentuarsi:

- il malato rischia di essere curato sempre meno secondo necessità e sempre più secondo compatibilità e il medico di essere sempre più amministrato cioè un “*non medico*”,
 - la perdita di autonomia agisce direttamente sul ruolo e sull'identità della professione cioè è fattore primario di delegittimazione professionale,
 - ciò è potuto avvenire a causa di tante cose ma anche grazie ad un passaggio storico: la professione liberale diventa professione dipendente (unica vera eccezione gli odontoiatri) quindi una professione sempre più ad autonomia condizionata,
 - cioè la dipendenza è non la *causa necessaria* e meno che mai quella *sufficiente*, ma la *condizione strumentale* che oggi consente di ridurre in tanti modi diversi l'autonomia della professione,
 - fino a quando la sanità era in fase espansiva la dipendenza non è stata un problema per l'autonomia ma da quando la sanità è in fase recessiva (da circa 30 anni) dipendenza e autonomia sono diventate antinomiche (oggi le forme varie di medicina amministrata spinte dal de-finanziamento sono espressione di questa antinomia),
- Oggi per tante ragioni dobbiamo, nell'interesse primario del malato, ricostruire l'autonomia del medico ma senza per questo tornare alla professione liberale e men che mai senza compromettere la natura pubblica del sistema sanitario e facendo seriamente i conti con il problema delle risorse.

La mia proposta di riflettere sul rapporto dipendenza/autonomia è stata da taluni interpretata come la riproposizione di una vecchia battaglia persa quella della “*categoria speciale*”. Ma la mia idea è un'altra. La categoria speciale è stata una battaglia sbagliata perché era un modo per sottrarre una professione giuridicamente invariante ai limiti del contratto unico del pubblico impiego quindi un modo per non subire delle restrizioni salariali.

A noi serve una soluzione che per rendere compositibile l'autonomia della professione con la natura pubblica del sistema riformi l'idea di dipendenza. Cioè a noi serve non una “*professione speciale*” ma un altro “*genere di professione*”.

Ricapitoliamo... a noi serve:

- un altro genere di medico e di medicina perché è cambiato il mondo,
- un medico autonomo perché se non lo fosse avremmo la medicina amministrata,
- un medico ridefinito giuridicamente con un altro genere di regole perché la sua autonomia non può essere antinomica con la natura pubblica del sistema, con il diritto alla salute del cittadino e con i problemi finanziari della sanità.

IL PROBLEMA DELLA DIPENDENZA

Per tutte queste ragioni per me la forma attuale della dipendenza è uno snodo cruciale. Ma cosa si intende per “dipendenza”? Per me la dipendenza è:

- una obbligazione cioè un vincolo giuridico della professione nei confronti dello Stato (datore di lavoro),
- “*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 per me 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.

L'idea di *assoggettamento* è utile per comprendere come sono nati i problemi di autonomia professionale:

- 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 professionale in ordine alle prestazioni da assicurare,
- poi 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.

La medicina amministrata, cioè l'idea di poter amministrare l'autonomia del medico, nasce quindi perché nel tempo cambiano 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 il medico avrebbe 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 la professione non è amministrabile. Ma oggi la professione, se non vuole essere amministrata, a parte protestare deve rivendicare uno status giuridico che le permetta di autogovernarsi cioè di andare oltre le forme dell'assoggettamento e quindi oltre le forme della dipendenza.

LA MEDICINA AMMINISTRATA

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 del medico e facendo ciò tende a proporsi non più come intermediario tra cittadini e medici (terzo pagante) ma co-

me proprietario abusivo (primo pagante) tanto del capitale sociale i diritti dei malati che di quello professionale.

La revoca della fiducia 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.

Questo significa che:

- la fiducia nei confronti del medico si trasforma nel suo opposto cioè diffidenza e avversione;
- l'opera intellettuale in una opera esecutiva;
- l'autonomia professionale non è più un valore ma un problema.

Quando lo Stato sulla base di una doppia espropriazione revoca alla professione medica la sua fiducia si ha la "questione medica":

- il medico sfiduciato è espropriato della sua autonomia professionale;
- il cittadino espropriato del suo diritto ad essere curato secondo necessità a sua volta sfiducia il medico.

Con la revoca del rapporto fiduciario si arriva dritti dritti alla medicina amministrata cioè al corto circuito:

- la sfiducia da parte dello Stato nei confronti del medico pregiudica la sua identità professionale e il suo 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 il medico resta interamente fiduciario e incondizionato.

Ancora non si è riflettuto abbastanza sulle implicazioni che ha la medicina amministrata in tutte le sue forme sulla tenuta e la credibilità della medicina pubblica nei confronti di quella privata.

L'idea che, a mio parere potrebbe condurci oltre l'assoggettamento della professione e oltre la medicina amministrata è quella nota di *autore*. Essa, per riprendere, il paragrafo precedente dovrebbe:

- ripensare l'*obbligazione* cioè il genere divincolo 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* è quindi quella che ci permetterebbe di tornare ad una situazione nella quale lo Stato concorda con il medico i risultati attesi ma lasciando decidere al medico come raggiungerli

LA RIVOLTA DEI MINOTAURI

Tutto questo senza tornare alla professione liberale senza compromettere la natura pubblica della sanità e senza ignorare i problemi della sostenibilità. La proposta di "*autore*" lo dico per correttezza storico-bibliografica è stata formulata nei suoi presupposti e postulati la prima volta nel 1995 e via via perfezionata.

Questo per dire che 21 anni fa i problemi di fondo dei medici non erano diversi da quelli oggi in discussione. Anche allora il lavoro professionale era considerato un costo e non una risorsa, non la soluzione ai problemi della sanità ma il principale problema della sanità da risolvere. Anche allora c'era il problema della "medicina amministrata" e quindi dei medici senza autonomia anche se le metafore usate erano altre (labirinti e minotauri).

L'idea di "*autore*" non viene fuori come un *coup de foudre* cioè all'improvviso e in modo inaspettato, ma è il risultato di un lungo percorso di riflessione che inizia a ridosso dell'approvazione della riforma sanitaria quindi i primi anni 80 con lo scopo di fare del ripensamento anche giuridico del lavoro professionale un mezzo di attuazione effettiva della riforma.

Continuo a ritenere che senza ripensare il lavoro della sanità si riforma ben poco e che il lavoro ripensato è un mezzo indispensabile per il cambiamento.

L'autore implica un passaggio di fondo senza il quale per i medici 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 ma non le condizioni per il suo raggiungimento. Nel primo caso l'autonomia è condizionata nel secondo caso no.

L'idea di autore non nasce originariamente per porre riparo ai problemi dell'autonomia professionale o arginare la medicina amministrata, ma nasce da un intento riformatore quello di sviluppare il lavoro professionale ripensando la dipendenza. In sanità le logiche burocratiche del pubblico impiego non hanno mai funzionato.

Oggi la dipendenza ai medici non conviene come è loro convenuta fino a qualche anno fa in parte perché è malpagata in parte perché ai medici costa troppo in termini di ruolo e identità professionale in parte perché i rischi professionali aumentano. Oggi i medici non vedono l'ora di andare in pensione e di riciclarsi nel privato. Ieri era il contrario.

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 la professione dipendente dai rischi di essere amministrata. La libera professione rende certamente la professione più redditizia ma non è in grado di compensare la perdita di autonomia professionale nella dipendenza.

La libera professione nella dipendenza è la dimostrazione che l'autonomia è funzione di chi paga perché essa di fatto ammette due regimi assistenziali:

- uno ad autonomia piena senza limiti di appropriatezza perché chi paga è il cittadino
- uno ad autonomia limitata con limiti di appropriatezza perché chi paga è lo Stato.

Analogo discorso vale per i convenzionati. 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.

Insomma a me pare che oltre al problema dell'autonomia tante sono le ragioni che dovrebbero spingere i medici a cambiare formula.

RAPPORTI PROPRIETARI

Nel paragrafo precedente ho sostenuto la tesi che l'idea di "*medico-autore*" potrebbe aiutarci a rimuovere la contraddizione tra autonomia professionale e dipendenza contrattuale. Si tratterebbe di riformare il tipo di obbligazione che oggi "*obbliga*" per l'appunto il medico nei confronti del suo datore di lavoro.

Se l'autonomia professionale è un valore allora essa in nessuna forma di obbligazione potrà essere sacrificata:

- ogni prestazione va garantita dal medico secondo necessità;
- il giudizio sullo stato di necessità del malato non può che essere una prerogativa professionale.

Ma vuol dire anche che l'autonomia deve accettare il vincolo morale della responsabilità. Senza responsabilità l'autonomia sarebbe deregolata 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.

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);
- i medici restano i proprietari dei loro doveri (capitale professionale).

Quindi il vero proprietario del lavoro professionale non è lo Stato che si avvale del medico 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.

Questo vuol dire che:

- il contratto d'opera intellettuale del medico ha una natura strettamente *fiduciaria* cioè si fonda sul rapporto di fiducia che intercorre tra medico azienda e il malato;
- l'esistenza di questo legame fiduciario 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 dai medici e i medici 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.

IL PRESTATORE D'OPERA

Riassumiamo oggi il medico deve assicurare risultati morali epidemiologici e finanziari. Come? Le teorie dell'impresa sostengono che i diritti di proprietà si fanno derivare dalla specificità dei fattori per cui il medico 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 chiede allo Stato di essere considerato un capitale da rivalutare rivalutando tanto il valore della sua professione che il prezzo della sua opera. In quanto capitale il medico per forza dovrà dipendere dalla sua auto imprenditorialità dal momento che il più adatto a valorizzare il proprio capitale è il suo proprietario. L'autore si configura così come *shareholder* cioè come un azionista dell'azienda sanitaria proprietario del proprio capitale professionale.

Siccome in futuro sarà sempre peggio, cioè il defianziamento della sanità pubblica proseguirà, è meglio che i medici si diano una regolata e non si illudano che con un po' di *slow medicine* e di *choosing wisely* passi la paura. Sono in atto tali e tanti cambiamenti strutturali che i pannicelli caldi spacciati per rivoluzionari fanno solo sorridere.

Io credo che ai medici oggi convenga diventare autori, anche se per certe generazioni è difficile solo concepire un simile cambiamento ma sono quelle che andrebbero considerate ad esaurimento. Se il medico giovane restasse uguale al vecchio per lui e per noi sono cavoli amari. I vecchi sono egoisti e pensano solo a proteggere l'unica cosa che conoscono ovvero lo status quo cioè il loro mondo che è stato e non sarà.

Ormai questo processo di svalutazione professionale va avanti anche per responsabilità dei medici oggi pensionati o vicini alla pensione da decenni e niente è stato fatto di significativo per bloccarlo. Se non si inverte la tendenza presto arriveremo ai "*mediconzoli*" cioè "*infimi ordinis medicus*".

La condizione per aprire un discorso nuovo sul medico è tutta e solo politica: sta a chi rappresenta la professione avanzare una proposta e mettere in piedi un movimento vero per cambiare, non per conservare come è stato fatto fino ad ora. Ma quale? E perché sino ad ora nessuna proposta?

Ma si può voltare pagina o, come sostiene qualche archiatra di lungo corso, un altro medico è utopia dal momento che i medici non sono in nessun modo idealizzabili?

L'idea di *autore* vuole impedire questo corto circuito e ridare credibilità alla medicina pubblica e si basa essenzialmente sul rinnovo del rapporto fi-

duciario 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 i medici:

- non è possibile ricostruire i rapporti fiduciari con i malati e con lo Stato;
- restituire alla prestazione d'opera la sua natura intellettuale;
- restare medici ippocratici.

Se i medici vogliono restare medici evitando di essere amministrati devono rinnovare i loro rapporti di fiducia con la società e con lo Stato e l'unico modo per farlo è diventare autori per produrre dei risultati di salute. Gli autori non si valutano sulla base delle prestazioni o dei compiti da svolgere come dei dipendenti classici ma sulla base dei risultati che le loro conoscenze e le loro capacità ottengono dentro contesti di lavoro ben determinati.

DALLE COMPETENZE AL RISULTATO

Il passaggio dalle competenze al risultato comporta alcune conseguenze significative:

- perde quota il discorso classico sulla *professionalità medica* che come è noto si riferisce ai connotati giuridici e normativi del ruolo medico
- L'attenzione si sposta dal lavoro formale al lavoro reale e concreto quindi dalla professionalità all'operatività.
- Si tratta di pagare un medico 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 medico ad auto organizzare il proprio lavoro rispetto ad una domanda per definizione complessa.
- L'operatività quindi diventa l'abilità del medico ad organizzare autonomamente le condizioni migliori per raggiungere dei risultati;
- l'auto organizzazione della prassi medica è funzione prima di ogni altra cosa della sua capacità a colmare uno scarto tra la teoria (evidenze scien-

tifiche) 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 medico fa. Si crede di sapere che una prestazione medica vale se è appropriata a certe regole e conforme a certe evidenze in realtà una prestazione medica vale soprattutto se produce risultati di salute quindi sostenibilità;
- cambia l'idea di sostenibilità che non è quella che pensa il governo e suoi supporters (compatibilità) ma è 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 medico 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, 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 medico 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 medico. 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. Trovo francamente discutibile di fronte ad un “caso” dire ad un medico 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.

- Si configura una nuova identità operativa: quello che il medico fa diventa la base della sua identità. Il medico è tale se fa il medico non se ha solo la laurea in medicina. Emerge il carattere di fondo della sua operatività quello di produrre un risultato di autore;
- Autoprodurre un risultato di autore vuol dire produzione di se usando un repertorio di conoscenze possibili. Ogni medico è sempre il risultato di tutte le possibilità di uso del proprio repertorio;
- Il medico nell’interrogare tutti i mezzi che ha disponibili è costretto a comprendere di volta in volta ciò che ognuno di essi può significare in quel momento per quel problema in quel contesto. Tutti i mezzi del repertorio di un medico (cassetta degli attrezzi) hanno quindi una serie di possibilità combinatorie anche se non illimitate. Sta alla capacità del medico combinarle per avere un qualche risultato;
- Ogni scelta clinica diventa di fatto una riorganizzazione del repertorio di conoscenze. Il medico autore è una valvola che apre l’insieme dei dati su cui lavora cioè è un riorganizzatore permanente di se stesso e delle sue conoscenze. Le sue conoscenze e le sue esperienze sono quelle che sono ma davanti ad un “caso” sono tutte permutabili cioè da esse l’autore ricava se ne ha bisogno tutte le trasformazioni che gli servono. Questo vale come estensione delle proprie conoscenze.

Il discorso continua...è arrivato il momento di parlare di capitale e di redditività della professione. Ma come retribuire un autore. E di questi tempi conviene o no essere un autore?

RIPENSARE IL MEDICO È UNA UTOPIA O UNA COSA POSSIBILE?

Antonio Panti ritiene che la medicina amministrata sia inevitabile, che i medici “non sono idonei” alle mie proposte di cambiamento e di conseguenza che il mio sia un “ragionamento utopico”.

Di contro pochi giorni fa (4 giugno) a Pescara ho

partecipato al primo congresso interregionale dello Snamì introdotto da una bella relazione che, dopo aver esaminato i problemi della professione, concludeva auspicando addirittura la necessità di una “rivoluzione”.

Tra questi due estremi vi è l’enorme varietà del mondo medico che per brevità non descrivo.

Pur avendo parlato io per primo delle costanti antropologiche comuni alla maggior parte dei medici, il mondo dei medici non è uno yogurt compatto e il medico “inidoneo all’utopia”, cioè resistente al cambiamento, al quale si riferisce Panti, ho l’impressione che sia quello che gli somiglia di più come generazione, come ruolo, come cultura e anche altro. Il cambiamento agli architetti piace poco perché è vissuto come una critica agli architetti. Gli stessi che hanno fatto ben poco per evitare che la professione negli anni scadesse in disgrazia.

Oggi le costanti antropologiche del “medico tipo” sono sparigliate dai suoi problemi che sono strutturalmente comuni ma anche sovrastrutturalmente molto diversificati. Cioè il medico è sempre meno descrivibile con una tipologia universale. Al tempo di Panti non era così.

Le obiezioni di Panti rispetto alla professione appaiono come quelle di un conservatore travestito da progressista, tuttavia sono preziose perché pongono proprio la questione che a me “utopista mio malgrado” sta molto a cuore: il rapporto tra *modernismo* e *reformismo*.

Chiariamo i termini:

- il *modernismo* è la propensione all’adeguazione o alla conciliazione con il cambiamento, quello che più terra terra chiamo “bricolage delle scorcioie” per cambiare il meno possibile perché cambiare è prima di tutto difficile e “deconsolidante” rispetto a ciò che è proverbialmente “consolidato” vale a dire gli interessi, le abitudini, gli stili, le conoscenze, le modalità ecc;
- il *reformismo* è la propensione a modificare un ordinamento dato attraverso graduali riforme. Il *modernismo* è sostanzialmente una forma di atteggiamento moderatamente conservatore che si limita a marginali aggiustamenti senza modificare le strutture. Il *reformismo* invece punta a cambiare modelli, ruoli, modi di essere, prassi.

IL MODERNISMO E IL MODERNISTA

Secondo Panti sarebbe moderno un medico semi amministrato con *choosing wisely* (visto il favore che lui ha dichiarato verso questa ultima moda) e quindi sarebbe utopistico un autore, cioè un altro genere di medico che non ha bisogno di essere amministrato. Ma *choosing wisely* non mette in discussione Panti si limita ad amministrarlo.

Vediamo le differenze:

- nel primo caso il limite limita, il medico resta a paradigma invariato ma accetta di correggere “*modernamente*” i suoi comportamenti sacrificando un pezzo di autonomia;
- nel secondo caso il limite diventa possibilità il medico riforma se stesso quindi le sue prassi ma sviluppando in modo riformatorio la sua autonomia.

Il modernismo quindi:

- è bricolage per restare a galla;
- di buon grado aderisce alle mode (medicina narrativa, *choosing wisely*, medicina di precisione, medical humanities, health technology assessment, ecc.) o a riforme sanitarie regionali molto discutibili;
- è disponibile alle competenze avanzate quindi ad aggiustare i conflitti tra professioni;
- è pronto a mediare “responsabilmente” sul decreto per l’appropriatezza.

In sintesi il modernista è colui che sotto un plafond cognitivo è disponibile ad essere “ragionevole” sulla professione ma proprio perché è in difficoltà ad immaginarne una diversa e migliore. Cioè altra.

Per un modernista uno come me è necessariamente un utopista. A volte ho l’impressione che per il modernista diventi utopico anche andare dal giornalista a comprare il giornale e che qualsiasi normale difesa dei valori fondanti la professione, come l’autonomia, rischi di apparirgli utopica. Calarsi le brache... ma solo fino al ginocchio... (penso alla medicina amministrata per Panti inevitabile) sarebbe quindi segno di buon senso e di realismo. Tuttavia vi sono valori costitutivi della professione che non sono negoziabili pena lo snaturamento della professione stessa. Questa non è utopia ma difesa di una identità valoriale. Cioè vi sono valori che si possono solo crescere altrimenti qualsiasi forma di negoziabilità li svaluterebbe. I diritti universali ad esempio non sono ne-

goziabili esattamente come i doveri deontologici di una professione.

I medici disposti a mediare sulla loro autonomia professionale hanno già perso la partita perché ciò facendo sono loro per primi che aprono le porte ad un negoziato al ribasso che con i tempi che corrono non potrà che essere progressivo. Fino ad ora i medici hanno mediato sulla loro autonomia e la conseguenza è essere caduti in disgrazia.

È la storia della pulzella traviata cara a certa letteratura di appendice che di fronte al satiro sporcaccione a mano a mano perde le virtù trovandosi per strada a battere il marciapiede. Tutto sta a cominciare. Per certi valori e l’autonomia è uno di questi, per forza si deve essere intransigenti.

Alla fine però, utopia o no, il doppio quesito al quale Panti e tutti i presidenti di ordine come lui, e la Fnomceo intera hanno il dovere di rispondere resta: quale professione è impossibile, cioè non negoziabile, e quale professione è possibile, cioè negoziabile.

UTOPICO E DECIDIBILE

I medici sostiene, Panti, non sono idonei al cambiamento quindi la mia proposta di cambiamento (autore) è utopica. Cosa vuol dire? È una scusa per non cambiare e per accontentarsi di un po’ di modernismo? O è uno stimolo per rendere idoneo ciò che non lo è? E quindi per rendere non utopica la difesa della professione e della sua autonomia dal momento che le sue virtù non sono negoziabili?

Per rispondere adeguatamente devo introdurre e spiegare una differenza fondamentale quella tra *utopico* e *decidibile*:

- *utopica* è una proposta impossibile quindi non suscettibile di realizzazione pratica;
- *decidibile* è una proposta possibile ma organizzando le condizioni per la sua realizzazione.

L’autore che io propongo è una idea utopica o indecidibile? Panti con grande onestà intellettuale non dice che la mia idea di autore sia *utopica* in quanto tale, ma solo che non è *decidibile* perché a causa di “*medici inidonei*” mancherebbero le condizioni per attuarla.

Se le virtù della professione non sono negoziabili, se il modernismo rischia di mandare il medico a bat-

tere il marciapiede, allora quello che dice Panti vuol dire che:

- l'autore sarebbe una idea decidibile quindi tutt'altro che utopica se esistessero dei medici in grado di crederci;
- se i medici sono inidonei bisognerebbe spostare l'attenzione dall'idea di autore alle condizioni per l'attuazione di questa idea
- se i medici fossero idonei alla mia idea di autore la professione sarebbe salvaguardata.

Ma perché i medici sono/sarebbero inidonei? Chi sono i medici inidonei? Come sono inidonei? In cosa consiste l'inidoneità? Ho appena detto che i medici non sono uno yogurt compatto e quindi che è possibile che nella grande varietà delle loro situazioni professionali vi siano diversi gradi di apertura o chiusura al cambiamento.

Ciò indebolisce lo scetticismo universale di Panti ammettendone tuttavia la plausibilità ma solo limitatamente ad una certa tipologia di medici. Quindi da qualche parte dell'universo medico c'è sicuramente qualcuno che non la pensa come Panti perché, per tante ragioni, non può pensarla come Panti.

Sono quindi costretto per capire il problema posto da Panti a trascendere le differenze reali tra medici, trasferendo l'analisi sull'unico terreno in cui esse possono essere in qualche modo unificate cioè quello della *rappresentanza*.

Secondo la regola transitiva se tutti i medici sono rappresentati da chi li rappresenta allora chi li rappresenta, compreso Panti, decide se la mia proposta è decidibile o utopistica, realistica o irrealistica.

È quindi Panti in quanto presidente di ordine che decide l'indecidibile perché egli suppone che la sua "inidoneità" rappresenti quella dei suoi associati.

Io non credo che Panti sia idoneo e i suoi colleghi no. Sono più incline a pensare il contrario e comunque in questo caso vale il paradosso del mentitore: Panti dice che tutti i medici sono inidonei, Panti è un medico, Panti è idoneo o no?

CHI RAPPRESENTA CHI?

La questione è di capire se la rappresentanza che in nessun caso può essere postulata a interessi perso-

nali zero è o no la fedele rappresentazione dei problemi dei medici. Cioè se Panti e i suoi colleghi rappresentano davvero i medici inidonei. Se non li rappresentassero Panti e colleghi potrebbe credere che la mia proposta sia indecidibile anche se una quota imprecisata di medici, che loro pensano di rappresentare, potrebbe pensarla in modo completamente diverso.

Personalmente credo che il divario tra rappresentanza e medici sarà in ragione di una crescente frammentazione degli interessi, in futuro un problema sempre più acuto sul quale soprattutto la Fnomceo farebbe bene a riflettere.

Ho già detto tante volte che nella questione medica c'è il problema crescente della scollatura tra medici e rappresentanza. Basta riflettere sulla difficoltà crescente dei medici ad aderire a scioperi e a manifestazioni, sulla loro disillusione crescente nei confronti dell'ordinistica, sul grado di autoreferenzialità dei loro interessi, ecc.

Per riassumere e per esser più chiaro sulla differenza tra *utopico/decidibile* vi propongo il seguente esercizio logico:

- supponiamo di avere una nave (la professione) che trasporta un carico prezioso (l'autonomia professionale);
- nel corso del viaggio incontra una grande bufera (medicina amministrata) rischiando di naufragare e di perdere il suo carico prezioso;
- il capitano (rappresentanza) si rivela alla bisogna "inidoneo" ad affrontare la bufera a tal punto che è "utopistico" pensare di sopravvivervi per cui l'unica soluzione è mettere mano a delle scialuppe di salvataggio (modernismo) cercando almeno di salvare la pelle.

Queste le implicazioni logiche:

- se il capitano (rappresentanza) fosse "idoneo" il salvataggio sarebbe *decidibile* e evitare il naufragio non sarebbe una *utopia*;
- se al contrario il capitano (rappresentanza) restasse inidoneo il salvataggio sarebbe una *utopia*, il naufragio una certezza, e le scialuppe di salvataggio l'unico mezzo per salvare la vita ma il carico prezioso sarebbe inevitabilmente perso.

Queste le implicazioni politiche:

- se il naufragio fosse ineluttabile non sarebbe per-

ché lo sarebbe naturalmente ma solo perché le incapacità del capitano lo renderebbero tale;

- se la bufera non fosse più un problema naturale allora essa sarebbe un problema politico;
- se la bufera fosse un problema politico allora i medici diventerebbero la prima causa dei problemi dei medici; in questo caso la loro rappresentanza sarebbe il vero problema da risolvere
- se il cambiamento del medico è considerato *utopistico* vuol dire che la professione si deve rassegnare al suo declino e che al massimo in modo modernista si possono limitare i danni;
- se il cambiamento è considerato *decidibile* vuol dire che la professione reagisce al declino assicurandosi delle buone proposte ma soprattutto le condizioni organizzative e culturali per la loro decidibilità.

Cercheremo di capire come la rappresentanza rende indecidibile qualsiasi buona proposta di cambiamento condannandola all'utopia.

UNA MOZIONE RIVOLUZIONARIA: LA QUESTIONE MEDICA

Il 13 gennaio 2018 il consiglio nazionale della Fnomceo ha approvato una mozione che rappresenta, rispetto al passato, soprattutto recente, un importante discontinuità strategica.

Con questa mozione per la prima volta viene riconosciuta ufficialmente dalla Fnomceo l'esistenza di una "*questione medica*".

Fino a quel momento si è parlato in modo generico di problemi della professione, quindi di decadimento, di espropriazione, di professione sotto assedio, ecc., ma senza mai stringere su una *definizione cogente* finendo così per ristagnare tra sociologismi, visioni ideologiche, nostalgie per il passato, letture senza respiro strategico, ma soprattutto reiterando stancamente un atteggiamento tanto apologetico quanto sterile cioè inconcludente e senza proposte. Puramente rivendicativo.

Il valore vero della mozione, a questo proposito, a parte la discontinuità strategica, è che, ammettere l'esistenza di una "questione medica", cambia radicalmente il genere di relazione tra Fnomceo e le sue controparti i suoi interlocutori i suoi alleati. Cioè

cambia la sua relazione con il mondo dei fatti. Credetemi non è cosa da poco.

Da una relazione, nella quale, la Fnomceo, rispetto ai tanti fatti della professione, era passiva remissiva cedevole, tutto sommato accondiscendente, perché sostanzialmente subalterna alle politiche dei governi in carica, si passa, ammettendo la "questione medica", ad una relazione tra autonomie, dialettica, propositiva e progettuale anche conflittuale se il caso, assumendo come Fnomceo:

- nei confronti dei governi il ruolo di *istituzione contraente* disposta a ripensare le sue vecchie deontologie, a ripensarsi quale professione perfino a reinventarsi, cioè a svolgere un ruolo attivo ma senza rinunciare ai suoi postulati professionali di fondo, con una propria progettualità e una propria mobilitazione di idee, quindi con una propria proposta culturale,
- nei confronti della società (cittadini e malati) il ruolo che le spetta vale a dire ridefinire la professione, nei contesti dati, quale prima garanzia per il cittadino rifiutando così la trappola creata dalle politiche di questi anni di contrapporre di fatto la professione alla società. Cioè i doveri ai diritti.

La professione, dice la mozione, non può essere, in luogo dei governi, la controparte dei cittadini ma attraverso i doveri, quindi la deontologia, essa è una estensione dei loro diritti. L'estensione dei doveri nei diritti e dei diritti nei doveri sta ad indicare che i medici e i cittadini appartengono ad un comune concetto di cura, di medicina, di bene, di deontologia.

Cioè essi non possono non condividere gli stessi valori. I doveri e i diritti sono *valori correlati* cioè parti dello stesso discorso che esprimono come è giusto che sia, *una relazione di dipendenza reciproca*. Vedere ai doveri dei medici e ai diritti dei cittadini quali valori correlati è l'unico modo di descrivere tanto la medicina che la professione.

Quindi siano i governi, le regioni, le aziende, assumendosi le responsabilità delle loro politiche, le controparti legittime dei cittadini. Non i medici. I medici devono, cioè hanno il dovere, di stare dalla parte dei cittadini così dice la loro deontologia. E così ribadisce la mozione.

IL PREZZO DELLA NEGAZIONE

Nei fatti, in questi anni, la Fnomceo, in buona compagnia (sindacati, società scientifiche, associazionismo, diversi commentatori, ecc) negando l'esistenza della "questione medica" ha praticato una *negazione*.

Negare non è solo ignorare, far finta di niente, snobbare, rubacchiare qualche idea, ma è la trasformazione di una "questione" nel suo contraddittorio cioè in una "non questione".

Se i problemi della professione sono ad esempio descritti come:

- congiunturali e non epocali, come immanenti e non trans-generazionali come contrattuali o giuridici, e non paradigmatici in vario modo,
- risolvibili con qualche aggiustamento, con qualche sciopero e non con un progetto, allora in questi casi non esiste la "questione medica" quindi la "questione medica" è falsa.

L'esempio più eclatante di questa forma irresponsabile di negazione, è stata la *terza conferenza nazionale della professione* (maggio 2016) che, per negare le verità che in essa erano emerse, a proposito di "questione medica" ha preferito concludersi senza una documento di linea conclusivo. In quella circostanza nelle relazioni introduttive si parlò davvero di altro ma non di "questione medica"

La mozione, interviene, quindi a ristabilire la verità sulla *condizione reale della professione*, sui determinanti che l'hanno causata, sulle complessità in gioco e ribalta lo schema: la "non questione" finalmente diventa "questione".

In questi anni nel negare la "questione medica", la Fnomceo (e non solo), è come se avesse *derogato* ai suoi obblighi statutari cioè è come se avesse sospeso, mettendola tra parentesi, la propria autonomia e quindi la propria funzione di rappresentanza, danneggiando profondamente i suoi primari obblighi deontologici.

Il codice del 2014 è, come ricorderete, un codice che ha spaccato la Fnomceo in due (alcuni ordini si sono persino rifiutati di applicarlo) e che ha avuto (a partire da me) molte critiche sulla sua impostazione regressiva (QS, 26, 29, 31 maggio 2014) perché esso è nato proprio all'insegna della negazione della "questione medica".

In questi anni la "questione medica" soprattutto a causa del de-finanziamento progressivo si è accentuata, incattivita.

Oggi questa operazione di negazione finisce, e, la massima espressione della rappresentanza professionale, la dichiara come la questione per antonomasia.

Oggi la Fnomceo a partire dalla "questione medica" ha promosso una discussione nella professione attraverso la pubblicazione di 100 tesi sulla necessità di ridefinire il medico del futuro al fine di dare luogo, unica iniziativa nella storia della medicina occidentale, agli stati generali della professione.

UNA DEFINIZIONE COGENTE DEI PROBLEMI DELLA PROFESSIONE

Prima ho sostenuto che la "mozione" di fatto per la prima volta introduce con la questione medica una *definizione cogente* dei problemi della professione. Cosa vuol dire? Di che si tratta?

Per *definizione* intendiamo:

- il chiarimento dei termini della questione professionale quindi le sue determinazioni e i suoi confini,
- la spiegazione del significato dei problemi che connotano la professione medica in una crisi epocale,
- l'esplicitazione delle soluzioni possibili (piattaforma).

Per *cogente* intendiamo una definizione che costringe, che obbliga, che ha una funzione coattiva e quindi inderogabile.

Il valore politico della mozione certamente è aver ammesso l'esistenza della "questione medica" ma anche di averlo fatto in *modo operativo* dal momento che essa, proprio perché cogente, obbliga il nuovo quadro dirigente della Fnomceo ad essere conseguente e coerente con essa nella linea politica nelle proposte e negli atti concreti. A partire dal presidente che l'ha sottoscritta.

La mozione propone una nuova analisi dei problemi della professione.

Questi i punti principali:

- il venire meno del *ruolo del medico* quale garante della salute del cittadino,

- l'inesigibilità dei *doveri professionali* cioè i condizionamenti alle prassi mediche che non garantiscono più (come prima) la correttezza e adeguatezza delle cure,
- la critica al concetto di *appropriatezza* fraintesa e ridotta a compatibilità della professione quindi della deontologia con le risorse disponibili,
- la critica ad un concetto di *sostenibilità* che considera un ostacolo alla buona gestione della sanità: la coscienza professionale di medici, la loro autonomia di giudizio, i doveri morali, l'integrità scientifica, ecc.,
- la denuncia della rottura del *patto di fiducia* tra medici e cittadini,
- la denuncia della "*medicina amministrata*" cioè una medicina senza etica, declinata tutta attraverso delle procedure.

A partire da questa analisi la svolta, ovvero, la "*questione medica*":

- non è riducibile a singoli problemi della professione, cioè a parti di essa ma è una *questione complessa* definita allo stesso tempo "*questione politica*" e "*questione sociale*" di primaria grandezza,
- necessita di una *piattaforma di cambiamento* che rilanci i postulati che sono da sempre alla base della professione ridefinendo la professione,
- la promozione di un movimento di idee rivolto a medici e cittadini per sensibilizzarli ai problemi che li legano e rinsaldare la loro storica alleanza,
- la necessità non rinviabile di riformulare il Codice Deontologico rendendolo più aderente ai contesti nuovi, alle sfide della complessità, a quelle legate ai mutamenti in corso, ecc..

CAMBIAMENTO NELLA CONTINUITÀ

La frase che, nella mozione, sintetizza la "*questione medica*" quale strategia è la seguente:

"i medici possono diventare migliori di quello che sono e persino diventare altro da quello che sono sempre stati, ma per fare questo devono necessariamente restare medici".

La linea è chiara:

- cambiamento nella continuità, ridefinizione della professione senza sacrificarne la natura ippocratica, sua ri-contestualizzazione e complessifica-

zione ridefinizione del ruolo non già della sua banalizzazione (trivial machine),

- centralità del codice deontologico quale norma di autogoverno con al centro della "riformulazione" non più le condotte professionali come da tradizione fin dal tempo dei galatei, ma con al centro i problemi del conduttore, quindi quelli dell'identità del ruolo da ridefinire.

D'un sol colpo, con questa mozione, sono superate le teorie superficiali sul decadimento e sull'espropriazione e le sconcertanti teorie passatiste sulla deontologia. Essa propone un'altra lettura.

La "questione medica":

- non è la causa prima dei problemi professionali, ma è l'effetto, la conseguenza, di tanti mutamenti che, nel loro insieme, da quasi mezzo secolo in modo sinergico sollecitano la professione a ridefinirsi nel suo proprio tempo,
- co-emerge dalle mutate condizioni del proprio tempo nel senso che essa in una certa misura è inevitabile, ne fa parte, come tutto quanto caratterizza questo tempo.

Quindi oltre alla globalizzazione, alla precarietà, al mutamento climatico, alla post modernità, alla crisi della politica, al populismo, ecc., c'è anche la "questione medica".

Con questa "mozione", la professione prende finalmente atto della sua reale condizione e decide di assumersi la responsabilità in prima persona del proprio destino.

La pallina nel flipper per la prima volta comincia a rendersi conto del flipper e a giocare la sua partita. Alla mozione è seguita una svolta davvero importante: la questione medica viene accettata ufficialmente dalla Fnomceo che decide di indire gli stati generali della professione.

Da quello che capisco lo scopo della Fnomceo è questa volta:

- mettere al centro degli stati generali la "*questione medica*",
- definire una strategia politica ad ogni livello,
- ricavarne una piattaforma per la professione da presentare materialmente al futuro governo.

Quando la Fnomceo dice ufficialmente, basta con le "*kermesse*", allude a ben tre conferenze nazionali per la professione che non hanno neanche partorito

il proverbiale topolino proprio perché in questi anni la Fnomceo faceva scena solo per tenere i medici a cuccia.

Al fine di avviare un dibattito nella professione a livello di ogni ordine provinciale la Fnomceo decide di mettere a disposizione di tutti i medici 100 tesi per discutere.

Questa volta si fa sul serio l'obiettivo è ripensare per davvero questo medico ippocratico e positivista che abbiamo ereditato nel momento in cui è nata poco più di un secolo fa, la medicina scientifica.

L'IMPRESA IMPOSSIBILE

Il mio amico Panti dice che io sono hegeliano (per me è un grande complimento e oltretutto credo che lui me lo dica con affetto) ma nello stesso tempo ogni tanto mi ricorda realisticamente che i medici sono tutt'altro. Panti i medici li conosce bene e la sua perplessità mi ricorda quella di Marx quando proprio a Hegel faceva osservare che ragione e realtà non coincidevano perché la realtà era piena di contraddizioni.

Più o meno Panti in questi anni mi ha detto la stessa cosa: ragione e medici non coincidono perché i medici sono medici quindi "irragionevoli".

Dopo la grande svolta della Fnomceo che ha deciso di indire gli stati generali sulla questione medica, mi sono fatto una domanda: con i medici che dice Panti possiamo definire una "ragione" dei medici tale da risolvere la "questione medica"?

La mia risposta è la seguente:

- sì per la semplice ragione che non abbiamo altro. Il significato politico filosofico dei medici oggi è equivalente a quello della contraddizione da rimuovere,
- sì perché la rimozione delle contraddizioni implica sempre un pensiero riformatore.
- se non cambi ciò che crea le contraddizioni non rimuovi niente
- sì perché è la "forza delle contraddizioni" che alla fine cambia il mondo come dimostra la storia del 900, le recenti elezioni politiche e speriamo gli stati generali sulla professione della Fnomceo.

Oggi la contraddizione principale alla base della "questione medica" e che emerge dalla svolta della Fnomceo è semplice: *medico/non medico*. Delle due una. Quale?

A quali condizioni, si chiede la Fnomceo, oggi nei contesti dati è possibile essere dei medici che siano effettivamente medici? La risposta, che condivido, è inequivocabile: *cambiando il medico e mediando con i contesti*.

Giriamo la frittata: e se non cambiassimo niente cosa succederebbe sapendo come ha scritto Panti che il medico è morto? (QS 5 gennaio 2018)

Personalmente lo dico agli scettici disincantati, non penso che sia facile. Magari lo fosse. Mi chiedo anche cosa sia facile oggi in sanità? So anche io che esistono i medici. Ma mi dite per favore quali altre alternative sono possibili?

Capitolo 9

Il conflitto crescente tra deontologia e gestione

LA DEONTOLOGIA OGGI è diventata suo malgrado l'unico vero ostacolo che si contrappone alle discutibili operazioni delle regioni volte ad accrescere la flessibilità del lavoro in sanità, a risparmiare sull'impiego corretto delle professioni, a organizzare il lavoro nei servizi pasticciando con i ruoli professionali, a inter-cambiare le competenze professionali per spendere di meno. Oggi la deontologia è regolarmente in conflitto non solo con le politiche di de-finanziamento del governo ma soprattutto con le politiche di risparmio delle regioni come dimostra il clamoroso caso dell'ordine di Bologna che ha radiato, come medico, l'assessore alla sanità dell'Emilia Romagna reo di aver adottato deliberazioni nelle quali il ruolo del medico era considerato fungibile con altre professioni.

Questo governo è chiamato a redimere un conflitto nuovo impensabile fino a pochi anni fa, che se non governato rischia di fare danni incalcolabili. Rammento che il ministero della salute è l'autorità alla quale tutti gli ordini sono sottoposti ma sui conflitti in corso manca del tutto una iniziativa politica adeguata. Ma niente è stato fatto a questo riguardo.

L'OSTACOLO DELLA DEONTOLOGIA

Le Regioni tutte hanno gli stessi problemi, in genere finanziari, organizzativi, di riordino, gestionali, per cui spesso non sanno come mettere insieme il pranzo con la cena. Nessuna di esse ha in testa un pensiero riformatore capace di rendere composibile (non compatibile) la deontologia con la gestione della sanità.

Per le loro *politiche di deregulation*, la deontologia finisce per essere un ostacolo, quindi un problema, che alcuni pensano di risolvere mettendo gli ordini sotto il controllo informale degli assessori, quindi riducendoli a semplici estensioni istituzionali, convinti che tra istituzioni comunque pubbliche, debbano esserci delle complicità e delle collaborazioni. Solo l'idea che le Regioni con le loro liste di comodo

o con i loro regolamenti possano controllare gli ordini mi fa orrore come mi fa orrore, sia chiaro, che vi siano medici che si prestino a questo genere di soprusi. E vi assicuro che ve ne sono.

Per un ordine essere un ente sussidiario dello Stato non vuol dire essere un ente banalmente dipendente dalle Regioni come pretendono certi assessori disinvolti. L'ordine proprio perché è un ente sussidiario persegue fini propri assegnategli con piena autonomia da un altro ente pubblico al quale è legato da vincoli di soggezione istituzionale.

Sono i fini assegnati all'ordine che ne definiscono l'autonomia nel senso che sulla deontologia l'ordine, pur nella sua sussidiarietà, è del tutto sovrano, anche se assoggettato istituzionalmente per via gerarchica ad un altro ente pubblico.

Ma se è così la contraddizione a ben vedere riguarda il sistema pubblico in quanto tale, di cui fa parte l'ordinistica e riguarda, al suo interno, i rapporti tra gli scopi (teleologia) e i programmi (teleonomia). Non ha senso che lo Stato deleghi gli ordini a sovrintendere agli scopi della deontologia e poi lo stesso Stato li contraddica con altri scopi perché l'autonomia di questi ultimi sono incuranti della autonomia dei primi.

Per me non sono gli scopi degli ordini che debbono adeguarsi a quelli delle regioni ma il contrario, vale a dire le regioni devono trovare il modo per rendere le loro politiche compatibili con essi.

L'unico modo per rendere compatibili scopi diversi è concordare un programma i cui esiti finali siano quelli che co-emergano dai loro rapporti di compatibilità.

Se le regioni non sono capaci di fare compatibilità non possono pretendere di eliminare i presidenti "sco" e meno che mai di fare strame della deontologia.

DEONTOLOGIA QUALE INTERFACCIA TRA VALORI DIVERSI

Quindi, non è il presidente Rossi che si deve adeguare alla riforma della Lombardia e men che mai il presidente Pizza all'organizzazione del 118 della sua Regione e ancor meno, il presidente Anelli, ai regolamenti della regione Puglia. Insisto: sono le Regioni che nel momento di definire le loro politiche debbono trovare soluzioni che garantiscano il rispetto della deontologia quale norma sovrana. Perché la deontologia è una garanzia sociale per tutti. Se le politiche entrano in conflitto con la deontologia si può essere sicuri che le loro proposte di fatto sono inaccettabili. Se le politiche delle regioni sono anti-deontologiche si può essere certi che esse sono immancabilmente anti-sociali. Punto. Su questo non si discute.

Vorrei ribadire, a questo proposito, che la deontologia funziona come un meccanismo di interfaccia per l'informatica, nel senso che il dovere di una professione è garanzia del diritto del cittadino. Essa quindi è l'unico dispositivo normativo di collegamento in grado di assicurare la comunicazione tra due sistemi di valori quelli dei cittadini e quelli delle professioni e quindi dei servizi.

Insomma la superiorità della norma deontologica non è quella *ideologica* che considera in modo categorico l'etica più importante di qualsiasi altra cosa, ma è quella *pragmatica* legata alla sua efficienza nel senso di essere l'unica norma a tenere insieme valori diversi e a garantirli nello stesso tempo.

Le politiche sanitarie delle Regioni entrano in contraddizione con le deontologie perché esse, condizionate soprattutto dai limiti finanziari, molto raramente sono un'interfaccia tra sistemi valoriali diversi dal momento che il più delle volte (come dimostra la riforma della Lombardia, l'organizzazione del 118 in Emilia, il regolamento sui farmaci in Puglia, ma anche le vicende del Veneto e di altre regioni) esse sono l'affermazione di certi valori a discapito di altri.

Quando il criterio del risparmio diventa teoria della sopravvivenza in ragione della quale tutto il resto deve diventare automaticamente subveniente, ci si rimette tutti a partire dal cittadino.

Quindi care Regioni invece di fare *stalking*, cioè di tormentare gli ordini con comportamenti persecutori ripetuti e intrusivi, come minacce, dichiarazioni stampa, molestie politiche o attenzioni indesiderate, datevi da fare per aggiornare il vostro pensiero che, fatevelo dire, è terribilmente inadeguato.

DISSONANZA

Definisco *autonomia* la posizione giuridica di un ordine che si governa di fronte alle altre istituzioni con le proprie deontologie e nella cui sfera di attività non è consentita nessun tipo di ingerenza. Essa è la facoltà riconosciuta dallo Stato alla professione medica di dare a se stessa la propria regola. Guai se la professione, come vorrebbero certi assessori, negoziasse o rinunciasse a tale facoltà.

Definisco *dissonanza* la divergenza che esiste tra ciò che non è "sco" (come ad esempio il diffuso consociativismo tra ordini e regioni) e ciò che è "sco" come i tre presidenti dei quali ho raccontato le disavventure.

In questi anni, da convinto assertore della "questione medica", non ho fatto altro che descrivere in tutti i modi possibili il problema della *dissonanza* ad ogni livello. Non ripeterò quindi esempi a tutti noti.

Le vicende che ho qui richiamato sono solo la piccola

parte di una grande crisi della professione ma che dimostrano due cose:

- il suo crescente grado di compromissione,
- la crescita dell'arroganza da parte di una politica spregiudicata che non si ferma davanti a niente.

La “questione medica” i problemi di delegittimazione che hanno gli ordini, il tentativo continuo di prevaricare le deontologie da parte delle regioni, sono tutti “fatti” che ci dicono che è arrivato il momento di cambiare passo.

Per cambiare passo bisogna togliere di mezzo la dissonanza cioè fare in modo che la federazione sia “sco” almeno quanto i presidenti di ordine che la rappresentano in prima linea. Cioè che agisca semplicemente la sua autonomia. Altrimenti la vedo nera.

A DIFESA DEL RUOLO

A Bologna la “questione del 118” è stata la causa di una lunga polemica, ma soprattutto di uno scontro tra istituzioni pubbliche, l'ordine dei medici di Bologna da una parte e la Regione Emilia Romagna, dall'altra.

A questa lunga polemica non ho mai voluto partecipare, ma solo perché in barba alle vere e profonde questioni sul tappeto, essa era dai suoi animatori, inusitatamente ridotta a questioni tecniche, a rivalità tra professioni stupidamente considerate concorrenti (medici/infermieri), addirittura a problemi caratteriali riconducibili al suo ideatore e promotore.

Oggi invece, dopo che la “commissione centrale esercenti le professioni sanitarie” (CCEPS) si è pronunciata sulla questione restituendole per intero la dignità che meritava, intendo dire la mia.

Intanto ricordiamo sommariamente, al di là dei tecnicismi, il senso di fondo della questione 118: l'ordine dei medici di Bologna ha contestato i protocolli operativi che in Emilia Romagna hanno organizzato il 118 ravvedendo in essi delle violazioni al proprio codice deontologico, violazioni che riguardavano non solo il confine di demarcazione tra le competenze del medico e quelle dell'infermiere ma addirittura la fungibilità del ruolo medico con altre professioni vicarianti. Non riuscendo a convincere la regione a cambiare i protocolli, l'ordine ha disposto come era in suo potere delle misure disciplinari contro i medici che rispetto a quei protocolli anziché rifiutarsi di avallare

quelle violazioni le hanno accettate supinamente.

Una mossa impopolare che fece grande scalpore imbarazzando mezzo mondo ma davvero, a bocce ferme e a giudicare dai risultati, una mossa intelligente ma soprattutto l'unica che considerando tutto, poteva essere agita.

Anzi a meglio guardare questa mossa è alla fine un prezioso suggerimento metodologico che vale per tutti cioè per tutte quelle professioni che a causa di disinvolute e spesso arbitrarie organizzazioni dei servizi, si trovano abusate in qualche modo. Essa sembra dirci: *usate la deontologia perché gli abusi sulle professioni prima di essere un problema di organizzazione sono prima di ogni altra cosa un abuso della deontologia.* La CCEPS nel riconoscere fondati e coerenti i provvedimenti disciplinari assunti dall'ordine di Bologna nei confronti dei medici sanzionati, di fatto ha riconosciuto fondate le obiezioni dell'ordine di Bologna nei confronti dei protocolli organizzativi decisi dalla regione.

Ma nel fare ciò ha sancito un paio di cosette che i più hanno dimostrato di non aver capito:

- in primo luogo è stata sancito un valore fondamentale valido per tutte le deontologie senza nessuna distinzione, vale a dire la piena autonomia del codice deontologico soprattutto nei confronti dei provvedimenti amministrativi e gestionali e organizzativi delle regioni e delle aziende. Cioè nessuna delibera per nessuna ragione anche giustificata da ragioni tecniche può violare le norme deontologiche in particolari quelle norme che definiscono le identità delle professioni,
- in secondo luogo è del tutto ininfluyente rispetto al codice deontologico la cogenza del rapporto di lavoro di qualsiasi operatore, nel senso che l'operatore non è costretto per essere un dipendente ad accettare disposizioni che violano la sua deontologia perché per una professione la deontologia viene prima di tutto,
- in terzo luogo è stato sancito il valore più sacro per una deontologia vale a dire l'autonomia dell'ordine nei confronti di altre istituzioni quindi l'autonomia di qualsiasi codice deontologico nei confronti di una qualsiasi norma,
- in quarto luogo si è sottolineato che un provvedimento qualsiasi di una regione qualsiasi, può essere legale cioè approvato con tutte le regole

formali, e nello stesso tempo immorale se quel provvedimento non tiene conto degli obblighi deontologici perché vale il principio che è la norma amministrativa che deve tenere conto della norma deontologica non il contrario perché eticamente la norma deontologica è una norma di qualità superiore. Si parla ovviamente non di qualità giuridica ma di qualità morale,

- in quinto luogo rispetto alla sostanza della questione bolognese (competenze professionali del medico non delegabili ad altre professioni) in barba a qualsiasi comma 566 a qualsiasi velleità di flessibilità del lavoro e di reinterpretazione dei ruoli professionali da parte delle regioni, ognuno deve fare il suo mestiere, cioè le regioni devono rispettare o non reinterpretare le norme che definiscono le professioni le loro prerogative le loro autonomia e le loro responsabilità. Il senso è che si può cambiare tutto quello che si vuole, ma nelle sedi giuste, nei modi giusti, con i soggetti giusti ma in nessuno modo sono accettabili misure arbitrarie di deregulation delle professioni.

L'INETTITUDINE DELLA POLITICA

E da ultimo gli atteggiamenti durante questo lungo periodo di polemica e di cui direttamente sono stato testimone.

L'ho già detto una volta e lo ripeto: a suo tempo non ci sarebbe stata nessuna questione 118 a Bologna se la Fnomceo avesse garantito ai suoi ordini provinciali, con chiarezza cioè senza ambiguità la gestione trasparente della questione riconducibile al comma 566. L'iniziativa dell'ordine di Bologna prima ancora di essere stata decisa contro la regione Emilia Romagna è stata un atto di protesta nei confronti della Fnomceo di quella che ha preceduto l'attuale gruppo dirigente, per contrastare all'epoca i suoi rapporti "informali" soprattutto con quei senatori già presidenti delle due principali federazioni professionali e che oggi risultano i principali fautori del comma 566.

L'ambiguità della Fnomceo del tempo è certamente corresponsabile dell'intera vicenda che in tutta e per tutta la sua durata ha visto la federazione assente, muta, senza alcun ruolo, trattando l'ordine di Bologna come un ordine eretico.

Io penso che oggi dopo il pronunciamento della

CCEPS l'ordine di Bologna meriti delle scuse da parte prima di tutto della sua federazione nazionale. Per quanto riguarda l'Ipasvi abbiamo assistito ad interventi sconcertanti e paradossali che, nello spirito delle competenze avanzate, cioè di mantenere certe prerogative agli infermieri a scapito di quelle dei medici, nonostante le deontologie in campo, ha fatto esattamente il contrario di quello che ha fatto l'ordine di Bologna: ha negato l'autonomia della deontologia, ha colluso con i provvedimenti anti-deontologici della regione, ha di fatto accettato di subordinare i valori deontologici ai provvedimenti amministrativi, ha accettato di subordinare la moralità del provvedimento alla sua legalità formale e tutto perché gli infermieri avessero qualche competenza in più rispetto ai medici. Cioè ha svenduto il valore della deontologia per il classico piatto di lenticchie. Infine a "*Cesare quello che è di Cesare*" per cui chiudo con un aneddoto che conosco solo io e pochissimi altri e che ce la dice lunga sulle capacità della politica di governare i problemi. Quando a un certo punto la questione sembrava incancrenirsi mi capitò di incontrare il presidente Pizza ad un convegno e gli dissi che ero stupito di tanta indisponibilità a trovare soluzioni su un problema risolvibile da parte della regione e del ministero. Chiesi al presidente Pizza se fosse disposto a trovare una mediazioni accettabile e lui con senso di responsabilità mi rispose " *purchè qualcuno mi chiami*".

Presi quindi contatto con l'onorevole Vito De Filippo allora sottosegretario alla sanità e mio caro amico da sempre, con la delega alle professioni dicendogli che vi erano le condizioni per risolvere bene la vicenda del 118.

Lui ovviamente da persona intelligente quale era si dichiarò disponibile riservandosi tuttavia di sentire i suoi consulenti. Ma i suoi consulenti con i quali parlai anche io, si opposero a trovare una soluzione perché consideravano la faccenda una "pazzia" e la faccenda del 118 marcì inutilmente perché la politica si rivelò del tutto subalterna ai burocrati.

Oggi il CCEEPS rende giustizia ad un ordine che ha fatto una battaglia generale che vale per l'intera deontologia e per tutte le professioni e che sancisce la superiorità e l'autonomia della norma deontologica sul resto. Quindi *chapeau* all'ordine di Bologna.

LA DISCIPLINA DEONTOLOGICA COME NUOVA FORMA DI PROTESTA

L'ordine di Bologna come è noto ha deciso di aprire un procedimento disciplinare nei confronti (non contro) del dottor Venturi *“anche”* assessore alla sanità della regione Emilia Romagna, che nel doppio ruolo di medico e di assessore, avrebbe adottato delle deliberazioni deontologicamente lesive del ruolo del medico.

Una contestazione, quella dell'ordine di Bologna, per altro come abbiamo detto prima avvalorata da un parere ufficiale della CCEPS, la massima autorità in tema di controversie ordinistiche che ricordo è un organismo di giurisdizione speciale istituito presso il ministero della sanità che ha come scopo l'esame di quei problemi quali ricorsi, provvedimenti, sanzioni disciplinari, albi professionali, ed altro.

A mio parere abbiamo a che fare con una controversia deontologica inedita, quale espressione di un conflitto sociale profondo, tra professione e istituzioni di governo, che, nel tempo, ad ogni livello, e ovunque nel paese, si è sempre più accentuato e che, per ovvie ragioni, propone con una certa urgenza la necessità di una regolazione normativa più avanzata.

L'ordine di Bologna, esattamente come ha fatto, a suo tempo, quello di Bari e se non sbaglio nessun altro, avrebbe potuto portare in piazza i suoi medici per protesta contro le politiche della Regione Emilia Romagna, ma ha scelto un'altra strada, quella del provvedimento disciplinare a carico di un medico *anche* assessore, reo ma come medico di essere venuto meno ai propri obblighi deontologici.

Si tratta, non c'è dubbio, di una forma di protesta senza precedenti quindi alquanto originale, e a giudicare dal clamore che sta suscitando, decisamente efficace, ma il cui significato conflittuale è fondamentalmente lo stesso di una manifestazione di piazza o di uno sciopero.

In questi anni, soprattutto in Emilia Romagna e, soprattutto, grazie all'ordine di Bologna, la deontologia spesso è stata l'unico argine contro un disinibito economicismo dell'amministrazione e quindi una politica troppo auto-riferita ai suoi problemi di bilancio per essere condivisa.

Anche recentemente la decisione, da parte dell'Emi-

lia Romagna, di accedere al regionalismo differenziato ha visto l'esclusione degli ordini professionali anche se è indubbio che, trattasi di una scelta che avrà pesanti ricadute sul piano della deontologia.

Per comprendere davvero il senso dell'iniziativa dell'ordine di Bologna, al di là delle fin troppo facili interpretazioni riduttive (comunicato dell'assessore Venturi), bisogna collocarla dentro un preciso contesto generale nel quale la professione medica non se la passa proprio benissimo:

- siamo in un periodo che dura da parecchio, in cui, per tante ragioni, non si discute più sulle competenze da togliere al medico ma apertamente sul suo ruolo e sulla sua fungibilità,
- l'Emilia Romagna, proprio partendo dal presupposto che il ruolo del medico è fungibile, rispetto ad altre professioni, ha adottato, nei confronti dei medici, provvedimenti amministrativi apertamente anti-deontologici (non entro nei dettagli della delibera sul 118).

A partire da questo contesto, il significato rilevante, dell'iniziativa di Bologna è uno solo: quello di una deontologia, quindi di una professione stanca di subire le svalutanti priorità amministrative di chi governa la sanità, e che rivendica, prima di tutto dalle istituzioni, considerazione, rispetto, osservanza, buona educazione, senso dell'etica.

ALLE DIPENDENZE DEL GOVERNO

L'ordine di Bologna, in fin dei conti, pone il problema della definizione, una volta per tutte, dei rapporti tra deontologia amministrazione e politica quindi il problema dei confini, a partire da un postulato che, per questo ordine in particolare, è inalienabile e cioè che la deontologia è prima di ogni cosa una garanzia per i cittadini e i malati. Costoro sono convinti che chi non rispetta la deontologia non rispetta i malati.

Ma per comprendere, ancora meglio, l'iniziativa dell'ordine di Bologna e quindi evitare l'errore che fanno alcuni di isolarla da un pregresso, come un fatto puntiforme, è necessario collocarla dentro un doloroso travaglio che riguarda proprio i rapporti difficili a livello alto tra deontologie e politica.

Prima del *“cambio di passo”*, della Fnomceo (cambio che non smetterò mai di apprezzare per la sua

importanza storica) quindi prima dell'attuale gruppo dirigente, quindi fino a non molto tempo fa, i rapporti tra deontologia e politica erano, ai livelli più alti, molto compromessi confusi e promiscui.

È il periodo (dalle elezioni del 2013 in poi) nel quale la Fnomceo, suo malgrado finisce con il sacrificare, di fatto, la propria autonomia sull'altare della politica nell'illusione che avere in parlamento dei propri tutori gli procurasse dei vantaggi.

In realtà le cose non sono andate per il verso giusto. I deputati, che avrebbero dovuto fare gli interessi della Fnomceo, coinvolti nei meccanismi parlamentari finirono per negare se stessi, accettando le logiche di partito e quelle di governo, e di conseguenza le loro politiche, fino a cooperare per disciplina di parte, con provvedimenti legislativi con fortissime implicazioni anti-deontologiche.

Rammento fra tutti quella che in realtà è stata una vera e propria "*conventio ad excludendum*" a danno dei medici, il famoso comma 566, cioè la norma che ha supposto di poter togliere ai medici delle competenze per darle agli infermieri e che ricordo, si chiama "comma", perché era parte di una legge finanziaria quindi una norma super imperativa super perentoria.

Ovviamente a quel tempo la Fnomceo, diversamente dall'ordine di Bologna, non aprì nessun provvedimento disciplinare a carico di chi l'avrebbe dovuta tutelare in Parlamento, ma in ogni caso, si creò il precedente, vale a dire, una situazione, nella quale, un medico in altri ruoli, in questo caso *anche* parlamentare, si trovava, pur essendo medico, ad avallare delle politiche con un pessimo impatto deontologico.

Come testimone storico devo ribadire, che oggi l'orientamento tutt'altro che arrendevole, dell'ordine di Bologna, viene da lontano.

Rammento che l'ultima riedizione del codice (2014) fu bocciata dall'ordine di Bologna che si rifiutò di applicarlo perché ritenuto eccessivamente subalterno alle politiche deontologicamente devastanti, del governo allora in carica governo sostenuto più tardi dagli stessi parlamentari che promossero il comma 566. Quindi, per favore, niente visioni riduttive. Se a suo tempo i rapporti tra deontologia e politica fossero stati diversi, molto probabilmente non si sarebbero fatti atti amministrativi sulla fungibilità del ruolo

medico e nessun medico *anche* assessore sarebbe incorso in un qualche provvedimento disciplinare. Ma si sa che il ragionamento controfattuale lascia il tempo che trova.

PASSARE IL SEGNO

Nel comunicato stampa con il quale il dottor Venturi *anche* assessore, ha dato notizia del provvedimento disciplinare, si sostiene la tesi del presidente Pizza che, questa volta, "*avrebbe passato il segno*".

Chiedo: qual è il segno da non oltrepassare? Cioè dove passa il confine tra deontologia amministrazione e politica? Chi ha passato il segno? L'assessore che con certi provvedimenti ha violato, suo malgrado, alcune norme fondamentali della deontologia? O la deontologia che ha tentato come poteva di difendersi dalle violazioni?

Credo che, per dire, che un "*segno*" sia stato superato sia necessario, prima di ogni cosa, stabilire in cosa consiste il "*segno*" e, se è un confine stabile, capire con chiarezza il suo tracciato.

Ecco la novità vera. Questo "*segno*" sino ad ora non è mai stato definito. Se l'ordine di Bologna ha un merito è quello, certamente a modo suo, di aver posto finalmente il problema.

Mi risulta che, venendo a conoscenza della possibilità di un provvedimento disciplinare a suo carico, il dottor Venturi *anche* assessore, anziché chiarire senza frapporte ostacoli la propria posizione, abbia tentato di trasferirsi ad altro ordine precisamente a quello di Parma, evidentemente da lui ritenuto più tollerante e più ospitale, ma senza successo, dal momento che con un procedimento disciplinare in corso, i trasferimenti da un ordine all'altro non sono permessi. Un gesto che vale, come se l'assessore, cercasse rifugio in un paese senza estradizione. E questo a mio parere non è politicamente elegante. L'assessore Venturi nel suo comunicato sostiene tre tesi:

- che il provvedimento preso a suo carico è "*infondato*" e "*illegittimo*" perché quello che lui fa, come assessore, rientra in un genere di atti "*politico-amministrativi*" che non hanno nulla a che fare con "*l'esercizio della professione*". Su quello che fa l'assessore "*l'ordine non avrebbe nessuna competenza*",

- *“la delibera regionale è un “atto collegiale” per cui parlare di una violazione deontologica, significa censurare l’operato della intera Giunta regionale. E questo non è tollerabile”,*
- l’assessore che esercita *“pubbliche funzioni nell’interesse generale”,* si trova *“in una posizione costituzionalmente tutelata da ingerenze indebite”.*

Queste tesi si fondano su due postulati:

- la possibilità di distinguere il medico dall’assessore,
- l’indipendenza degli atti amministrativi dall’esercizio della professione.

Il provvedimento assunto dall’ordine di Bologna si fonda invece su postulati contrari:

- l’impossibilità di distinguere il medico dall’assessore,
- l’interdipendenza degli atti amministrativi con l’esercizio della professione.

UN MEDICO ANCHE ALTRO

Sul piano semplicemente empirico è difficile dare torto all’ordine di Bologna dal momento che, la sua iniziativa disciplinare, si sarebbe resa necessaria proprio perché si è constatato, in ragione di una forte interdipendenza degli atti amministrativi con l’esercizio della professione, un ridimensionamento del ruolo medico.

È in ragione di tale constatazione empirica che sorge il problema ontologico *dell’anche*, cioè se un medico *anche* assessore siano distinguibili o no.

Ricordo che *“anche”*, nella nostra grammatica, è una *coniunzione coordinante* che rafforza il rapporto copulativo con l’elemento precedente espresso o sottinteso. In ragione di ciò, dire che un medico è *anche* qualcosa di altro significa sottolineare il legame indissolubile tra i due ruoli.

Può un medico *anche* assessore della sanità (non del turismo o dell’agricoltura) definire atti contro la propria professione? Questo è il problema che pone l’ordine di Bologna. Se la professione dipende di fatto dagli atti amministrativi della regione, la distinzione medico assessore può essere data o no?

Rammento il giuramento, che ogni medico, compreso il dottor Venturi, presta nella sede del proprio ordine, prima di esercitare la professione:

- nella versione antica, impone al medico di *“custodire l’arte”*,

- nella versione moderna impone al medico di *“evitare, anche al di fuori dell’esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il prestigio e la dignità della professione”.*

Nel caso dell’ordine di Bologna gli atti amministrativi del medico *anche* assessore evidentemente non hanno né custodito l’arte e meno che mai hanno difeso la dignità della professione.

Quando si sostiene, come il dottor Venturi, la distinzione tra medico e assessore si dà della professione una *definizione riduttiva* nel senso di confinarla all’esercizio dei suoi atti.

Quando si sostiene il contrario, come fa l’ordine di Bologna, si dà della professione una *definizione estensiva*, nel senso di allargare il suo significato oltre gli atti professionali a tutto quanto concorre alla sua definizione, alla sua organizzazione e alla sua implementazione.

È impossibile definire praticamente la professione medica senza una adeguata contestualizzazione perché, lo ricordo, nel servizio pubblico, trattasi di una professione dipendente. La professione medica dipende dalla possibilità di far coesistere gli adempimenti deontologici quindi i doveri professionali con gli atti amministrativi che la definiscono come prassi.

Oggi abbiamo un forte problema di *“medicina amministrata”*, cioè abbiamo, nelle politiche sanitarie in essere, una visione riduttiva della professione che lede profondamente i postulati di base della sua deontologia, quali l’autonomia del giudizio, il dovere di essere adeguato alle necessità del malato, ecc.

Il genere di atti amministrativi, contestati dall’ordine dei medici di Bologna, rientra in questa visione amministrativistica.

Ma qual è il punto? Il punto è che, per tante ragioni, la professione del medico non è ontologicamente riducibile perché, nel momento in cui, essa viene ridotta per esempio con degli atti amministrativi, con limiti economici irragionevoli, con organizzazioni lacunose, essa perde la sua natura di professione intellettuale autonoma. Danneggiando l’interesse primario del malato.

IL MEDICO IN ALTRI RUOLI

Ma se la professione è, come io credo da anni, ontologicamente irriducibile ne derivano due conseguenze:

- non ha senso distinguere una “*definizione riduttiva*” da una “*definizione estensiva*”,
- la definizione ontologica della professione medica è naturalmente *estensiva*.

Sul piano pratico, tornando alla *vexata quaestio*, la conseguenza logica è che l'assessore, rispetto al medico, è null'altro che una sua estensione che in quanto tale ha il dovere deontologico di non essere in contraddizione con la propria deontologia professionale.

In conclusione, l'ordine di Bologna, ha ritenuto di procedere nei riguardi dell'assessore Venturi:

- certamente perché non è ontologicamente possibile distinguere il medico dall'assessore,
- ma soprattutto perché il medico *anche* assessore fa dell'assessore una estensione del medico per cui i suoi atti amministrativi non dovrebbero essere in contraddizione con i suoi doveri professionali cioè con le regole della propria deontologia.

Che la questione di definire i rapporti tra deontologia amministrazione e politica sia vecchia e quindi anteriore ai fatti di Bologna, lo dimostra la riforma della deontologia messa in campo dall'ordine di Trento che con molta lungimiranza ha proposto una formulazione che riguarda “*il medico in altri ruoli*” a mio parere interessante, *incompatibilità deontologica*:

- *non esiste nessuna incompatibilità giuridica tra il ruolo del medico e la possibilità per lui di ricoprire altri ruoli politici, amministrativi, gestionali.*
- *Tuttavia, al medico, che ricopre incarichi pubblici di natura parlamentare e di natura istituzionale, nonché incarichi amministrativi e gestionali, è fatto divieto di proporre, concorrere, avallare, condividere decisioni in evidente contrasto con i principi della buona cura, della buona medicina e l'esercizio della professione medica.*
- *Nei casi ove il medico in altri ruoli, si trovasse a dover proporre o a dover assecondare decisioni politiche, normative, proposte organizzative, in evidente contrasto con le norme deontologiche che disciplinano la professione, ha il dovere di dissociarsi pubblicamente e di astenersi da ogni atto di approvazione.*

Nei casi ciò non avvenisse il medico in altri ruoli

va pubblicamente biasimato dagli ordini competenti e dalla federazione nazionale.

Per comprendere fino in fondo il senso di questa proposta è necessario inserirla dentro un contesto teorico dove è prevista *l'inseparabilità dei valori, la disobbedienza deontologica, la responsabilità morale del medico ecc.*

Cioè dentro un contesto di “*deontologia forte*” con un alto valore performativo.

La necessità di una “*deontologia forte*” nasce semplicemente dal fatto che oggettivamente esiste una “*questione medica*”.

Nel comunicato del dottor Venturi vi sono affermazioni che mi lasciano molto perplesso come quelle che tendono ad immiserire il problema a fatti personali o a conflitti politici o a caricare il peso dell'iniziativa sul presidente Pizza quando si tratta di una iniziativa sostenuta da tutti gli organismi dirigenti dell'ordine, con una sua storia, come abbiamo visto, e una sua intrinseca coerenza.

Mentre mi dichiaro esterrefatto dalla lettera inviata al ministro Grillo con la quale, due deputati del Pd, evidentemente sollecitati da qualche emiliano, membri della commissione Affari sociali della Camera, tra i quali un mio amico al quale, nonostante la lettera, rinnovo la mia stima (Vito De Filippo che peraltro da ex sottosegretario alla sanità conosce la questione di Bologna), chiedono il commissariamento dell'ordine di Bologna. Cioè pensano, per usare una metafora storica, di ricorrere ai carri armati per poter reprimere la primavera di Praga.

Secondo me non vi rendete conto di cosa state proponendo, cioè non vi rendete conto di cosa voglia dire commissariare un ordine, e usando oltretutto da parte vostra un linguaggio a dir poco inqualificabile, non vi rendete conto che state interferendo con un ente sussidiario dello Stato che sta applicando, come è suo dovere, alla lettera le procedure previste per legge.

Cioè non vi rendete conto che state facendo un atto di grave intimidazione nei confronti:

- di una istituzione pubblica,
- della deontologia.

È come se chiedeste il commissariamento di un tribunale nell'esercizio pieno delle sue funzioni solo perché uno dei “*vostr*” è sotto accusa.

Questo modo di ragionare ricorda quella brutta roba che non voglio nominare ma non il rispetto delle regole democratiche.

IL PROBLEMA ESISTE

Secondo me come PD non vi rendete conto che battere la strada dell'intimidazione e quindi dei carri armati, i consensi elettorali che avete perduto in sanità, non li recupererete mai.

Il punto è che il problema di definire i rapporti tra deontologia amministrazione e politica esiste e da molti anni. Questo problema va risolto. E i carri armati non sono una soluzione e nemmeno, come dice la lettera, stabilire il primato delle norme amministrative su quelle deontologiche.

La parola magica che non conoscete è "*compossibilità*" si tratta di trovare il modo di far coesistere norme di genere diverso rimuovendo le contraddizioni che esistono tra di esse.

Le domande che dobbiamo farci sono due:

- quali contraddizioni esistono tra amministrazione e deontologia?
- come si rimuovono?

Vi ricordo che le norme deontologiche che, il Pd, da sempre nella sua anima irriducibilmente gestionista, vorrebbe subordinare a quelle amministrative, sono pur sempre norme morali e etiche. Dico al PD attenzione a subordinare la morale ai problemi amministrativi della sanità. Punto. Pensateci.

All'onorevole De Filippo dico amichevolmente, i voti su questo piano, in sanità si perdono e basta. Questo paese ha le scatole piene di subordinare i doveri e i diritti delle persone alla realpolitik, di obbligare e costringere il mondo a subire le conseguenze di un pragmatismo amministrativo senza anima.

Ma è così impossibile trovare il modo per far cooperare la gestione con la deontologia? Si può gestire anche con la deontologia la cosa pubblica? O l'unica strada è che la morale si adatti alla gestione? Che ne pensate se la gestione fosse una estensione *anche* della deontologia?

Niente carri armati, nessuna vendetta, cerchiamo di ragionare e di costruire una intesa. Sono sicuro che l'ordine di Bologna non voglia condannare nessuno ma risolvere il problema sì.

Per costruire una intesa, in primo luogo, serve interrompere il procedimento disciplinare in corso, e immagino che l'unico modo per farlo sia prendere atto da parte dell'assessore Venturi del parere della CCEPS relativo alla delibera contestata, sospendere tale delibera, ma giammai per revocarla ma solo per perfezionarla acquisendo consensualmente il parere dell'ordine di Bologna al fine di rieditarla.

Ma fatto ciò si tratta di usare l'incidente per creare le giuste condizioni allo scopo di definire un regolamento che disciplini i rapporti tra deontologia amministrazione e politica. È possibile che alla prossima delibera il problema si riproporrà. Ricordavo prima la decisione della regione Emilia Romagna di aderire al regionalismo differenziato senza aver acquisito il parere degli ordini professionali.

Auspicherei quindi una intesa anche perché, alla fine a ben vedere, tanto Pizza che Venturi, sono due medici "*estesi*" in due ruoli diversi con in comune la stessa deontologia e anche le stesse contraddizioni. Quindi "*compossibilità*" cioè cerchiamo di rimuovere con il buon senso e la ragionevolezza necessaria, le contraddizioni che riguardano il medico *anche* in altri ruoli.

È noto che l'intesa non è stata fatta che le posizioni hanno finito per irrigidirsi, quando sarebbe bastato poco per evitare il peggio, che l'assessore si dichiarasse disponibile a sospendere momentaneamente la delibera contestata, che convocasse l'ordine di Bologna ad un tavolo di negoziazione.

Tutto questo non si è voluto fare, lo scontro è stato cercato, e alla fine l'assessore Venturi è stato radiato dall'ordine di Bologna considerato un traditore della professione. Il suo è un reato deontologico il più grave tra i vari reati possibili, aver tradito il valore dell'infungibilità della professione.

Capitolo 10

Un nuovo pensiero deontologico per governare i difficili rapporti tra sanità e società, tra operatori e operatori, tra lavoro e gestione

A TUTT'OGGI IL LAVORO PIÙ IMPORTANTE culturalmente di ridefinizione della deontologia è stato quello messo a punto dall'ordine dei medici di Trento. Esso rappresenta un pensiero nuovo, un vero breakthrough, destinato ad essere il punto di riferimento il più avanzato per la ridefinizione in futuro di tutti i nuovi codici deontologici quindi dei nuovi modi di lavorare in sanità delle tante professioni. Quando questo lavoro fu presentato pubblicamente con un convegno organizzato a Trento il ministro Grillo fu invitato a sovrintenderlo, ma il ministro decise di non andare, dimostrando così di non comprendere la portata culturale dell'iniziativa e di non rendersi conto di perdere una occasione politica per il suo movimento senza precedente e quindi irripetibile.

Se ci si occupa solo di "ordinario" come ha dichiarato l'attuale ministro della salute, non c'è nessun modo di avere una visione strategica e men che mai di governare le grandi complessità del sistema.

Se il ministro della salute avesse avuto una visione davvero di governo rispetto ai gravi problemi del lavoro professionale, dei cittadini avrebbe dovuto appropriarsi di questo nuovo pensiero o quanto meno avrebbe dovuto sostenerlo, per fare il governo, cioè il proprio mestiere, cioè redimere i conflitti crescenti tra ordini e regioni, redimere i conflitti tra professioni, redimere il crescente conflitto tra sanità e società fatto da violenza, contenzioso legale e comportamenti opportunistici, ricostruire le condizioni di fiducia per poter permettere alle professioni di lavorare al meglio delle loro possibilità.

LA RIFORMA DELLA DEONTOLOGIA MEDICA

A Trento, per mezzo di un convegno organizzato dall'ordine dei medici e dalla fondazione Kessler, alla presenza di molte persone, tra le quali presidenti di ordini e il presidente, il vicepresidente e il direttore generale della Fnomceo, è stata illustrata ufficialmente una proposta di riforma della deontologia medica. La proposta è nata sulla base di un progetto, da me presentato mesi fa all'ordine dei medici di Trento, e, per il quale, l'ordine ha messo in piedi un

qualificatissimo gruppo di lavoro multidisciplinare, affidandomene la direzione.

Per far conoscere, non solo la proposta conclusiva ma, passo dopo passo, l'intero percorso elaborativo fatto dal gruppo, quindi la metodologia seguita, è stato pubblicato il libro (distribuito al convegno) *"Riformare la deontologia medica, proposte per un nuovo codice deontologico"* (edizioni Dedalo). Questo libro, al quale rimando, mi esime dal descrivere in dettaglio la proposta di Trento e, quindi, di limitarmi, nei paragrafi successivi al "succo" del discorso.

Il termine “breakthrough” letteralmente significa “sfondamento” e viene usato spesso per indicare una svolta, o una importante scoperta, o uno strategico passo in avanti. La proposta di Trento, se riferita a circa un secolo di deontologia medica, è decisamente un “breakthrough”. Essa ridiscute alle fondamenta il modello tradizionale di deontologia medica sino ad ora adottato con lo scopo, non solo di definire un nuovo medico, ma di ridefinire, per l'appunto, le fondamenta della deontologia stessa. Cioè le nuove regole del gioco.

Trento ci propone una deontologia per il terzo millennio dedotta e ricavata dalle complessità del terzo millennio. La necessità e, per certi versi l'inevitabilità, di questo “sfondamento”, si spiega alla luce, certo della crisi della professione medica, ma soprattutto con una crisi più profonda, che paradossalmente sfugge ai più, e che ha a che fare, nostro malgrado, con i fondamentali della nostra gloriosa medicina scientifica.

Oggi lo “sfondamento” non avviene alla luce del trionfo della ragione che, finalmente, apre disincantata gli occhi sul mondo che cambia, ma avviene, per forza della disperazione di una professione che per salvare il salvabile non sa più, a chi santo votarsi.

Oggi il rischio che corriamo da una parte, è la morte di una certa idea di medico e di medicina ippocratica e, dall'altra, la nascita di una medicina anti o post ippocratica che non promette niente di buono e il cui simbolo, per certi versi è, in Inghilterra, rappresentato da Babylon, cioè la sostituzione dei medici reali con medici virtuali, in Italia dalla “medicina amministrata”, in balia di un massacrante contenzioso legale. Trento, con la sua proposta, di ripensamento, anche valutando il dibattito a livello internazionale, è il primo tentativo serio di opporsi alla deriva del medico ippocratico.

A Trento si è deciso di prendere il toro per le corna, di assumere la crisi della professione, come una evidenza irrefutabile e di ricavarne, non ipotesi ausiliarie, al mantenimento di un modello di deontologia ormai anacronistico, ma un suo profondo ripensamento. Chi altro, se non la deontologia, può affrontare una crisi identitaria della professione medica? È talmente una ovvietà che sorprende, che nessuno,

da nessuna parte del mondo occidentale, meno che mai in Italia, sino ad ora ci abbia pensato.

In questi anni abbiamo visto saltar fuori, dalla mattina alla sera, tante “mode” salva medicina ma tutte sempre rigorosamente a deontologia invariante. Non sorprende quindi se, nonostante tutto, il processo di crisi, tanto della medicina che del medico, sia cresciuto inesorabilmente.

Quindi, Trento, rispetto alla deontologia, dice finalmente una cosa nuova: basta con le solite politiche dell'aggiornamento dei codici, basta far finta di cambiare, basta negare e nascondere la testa sotto la sabbia. Si affronti a viso aperto la crisi e la sfida del cambiamento, altrimenti della deontologia medica e della medicina ippocratica, resterà solo un ricordo storico.

LE SCELTE STRATEGICHE DI TRENTO

Il gruppo, nel suo lavoro, è partito facendo finta di fare un viaggio nella crisi del medico, quindi tappa dopo tappa, sviscerando in ogni dettaglio la “questione medica” in ogni sua parte componente. Tuttavia due sono stati i grandi fattori che sono stati studiati e che alla fine restano alla base della crisi del nostro ippocratismo:

- il cambiamento sociale
- il limite economico

Rispetto al primo, Trento, ci propone di assumere il cittadino come “archè” cioè come un principio primigenio con un forte carattere ordinatore accettando tutte le conseguenze che derivano da questa decisione che rispetto al paradigma sono tutt'altro che marginali.

Per gli antichi greci l'archè è:

- il principio primigenio da cui tutto nasce
- un principio unitario che spiega la complessità del mondo

A Trento, assumere deontologicamente l'essere, la persona, il cittadino, il malato come un tutt'uno e in quanto tale come un archè ha avuto un effetto dirompente perché ha cambiato letteralmente la natura della classica deontologia e quindi le sue regole.

Il medico di oggi è quello nato all'incontro, avvenuto circa un secolo fa tra ippocratismo e positivismo, e riassumibile nell'espressione “scienza e coscienza”.

Secondo questo principio, è il medico che, per conto del cittadino, decide la cura in base alle sue conoscenze scientifiche e alle sue regole morali. Il famoso e tanto vituperato paternalismo. Fino a prima di Trento è il medico che ha sempre deciso come fare il medico. L'assunzione del malato quale "archè", cambia tutto. Saltano le definizioni ricorsive del medico e della medicina e per la medicina non è più possibile auto-riferirsi a se stessa.

La novità che introduce Trento, con il malato archè, è quella quindi di andare oltre il solito discorso sul rispetto della dignità del paziente, o sul primario interesse del malato, accettando di assumere la complessità di costui come un principio organizzatore e riorganizzatore a tutti i livelli.

Che senso ha soprattutto oggi rispettare la dignità del malato e rappresentarne l'interesse primario, ma trattarlo scientificamente come un "oggetto", curarlo come una biologia deviata, studiarlo solo come sostanza vivente, sottoporlo a evidenze nomotetiche improbabili e organizzare i servizi e le prassi professionali, quindi la sua tutela sanitaria, come se egli fosse un organismo frazionabile, spersonalizzabile, privo di alcuna singolarità e di una sua propria unità o peggio uno standard di malattia? Cioè privo di una sua "co-no-scienza" e di una sua "co-scienza".

Che senso ha battersi per abolire i tickets, accorciare le liste di attesa, assicurare i lea, (tutte cose sacrosante ovviamente) ma senza mai mettere in discussione le regole di una tutela che nonostante ben tre riforme sanitarie resta platealmente fuori dal tempo e per questo ampiamente regressiva, sfacciatamente inadeguata e spudoratamente costosa. Che senso ha che il cittadino paghi qualche euro di meno, costretto comunque a restare quello che non è più ormai da tanti anni?

Oggi il malato vuole, più di ieri, ovviamente essere rispettato e pagare meno tickets, non avere liste di attesa, ma nello stesso tempo spera, con la forza di tutti i suoi diritti di contare qualcosa, come decisore e di partecipare alle scelte di cura che lo riguardano e trasformare una medicina che per i suoi gusti si rivela troppo scienziata per essere davvero apprezzata.

Trento ci ha detto con chiarezza che "episteme" e

"doxa" (verità scientifiche e opinioni personali) debbono, costi quel che costi, trovare un accordo.

Fino ad ora il medico ha chiesto al malato di fidarsi della sua scienza e della sua coscienza quindi di adeguarsi alle sue scelte e alle sue decisioni. Oggi, ci dice Trento, la scienza resta tale, anche se in medicina molto deve fare per ridefinirsi nei confronti di nuove complessità, ma non è più l'auto-riferimento che è stata per più di un secolo. Cioè la fiducia del malato nei confronti del medico non è più incondizionata come è stata fino ad ora ma è condizionata da tante cose ma soprattutto dalla relazione che il medico riesce ad avere con il malato.

Ciò ha delle conseguenze profonde soprattutto sulla medicina. Essa da impresa solo scientifica e morale diventa una impresa anche culturale e sociale e, attraverso la deontologia, diventa di fatto inevitabilmente l'oggetto di un contratto sociale con i cittadini. La medicina diventa una scienza della complessità per cui il paradigma ippocratico positivista per sua natura riduzionista in tutti i sensi, cioè per nulla complesso, che è alla base della medicina, diventa inadeguato. Davanti a tutte queste implicazioni si comprende che la cosa che si dovrebbe abbassare a parte i tickets, è il grado di sfiducia che oggi esiste tra la medicina e la società. Ma la sfiducia che tanti problemi crea, compreso quelli economici, non è una questione di soldi ma di riforme e di coraggio culturale.

Trento ci propone una deontologia quale terreno sul quale definire la relazione fiduciaria e affidataria tra medicina e società. Questa è una vera novità. Il vecchio contratto fiduciario che su base affidataria ha funzionato per un secolo tra il medico e il paziente per un mucchio di ragioni, ben riassunte nella "questione medica", è saltato, oggi bisogna farne uno nuovo. Questo compito spetta alla deontologia.

LA CRISI FIDUCIARIA

Lo sforzo riformatore che fa Trento è di creare quindi condizioni deontologiche, per costruire una nuova relazione fiduciaria tra episteme e doxa tra il medico e il cittadino, tra medicina e società.

Perché, cari signori, questo è il nodo. Oggi Babylon, la medicina amministrata, la medicina algoritmica,

il proceduralismo, l'economicismo che di tutte queste cose si serve, sferrano la loro offensiva al medico ippocratico proprio sul terreno della fiducia, del rigore logico, dell'infallibilità, della super razionalità, della super giustizia, del facile accesso, della massima fruibilità, proponendosi di fatto come una "trivial medicine" "semplicemente" più affidabile di quella esercitata dal medico.

Trento con il suo prezioso e coraggioso lavoro, ci dice non solo che questa è una pretesa folle e una mistificazione di proporzioni gigantesche, praticamente una truffa, ma rimboccandosi le maniche, accetta il terreno della fiducia quale terreno dello scontro, rispondendo al super razionalismo della medicina virtuale e amministrata con un nuovo medico capace di essere allo stesso tempo, razionale, ragionevole, relazionale, pragmatico.

Alla base della crisi fiduciaria dice Trento non c'è, come si pensa banalmente, un problema di credibilità dei medici ma c'è un problema di incommensurabilità cioè un conflitto tra differenti visioni culturali del mondo. Dietro alla sfiducia sociale più che un giudizio etico sui medici vi sono dei "malintesi" delle "contraddizioni", delle "incomprensioni" culturali, dei dissensi sociali e culturali, delle divergenze di opinioni, tutte cose che nascono nel momento in cui il paziente si dissolve nella propria storia finendo suo malgrado come malato con il non riconoscersi più nel proprio medico.

Ma si può avere fiducia nei confronti di qualcuno del quale si dubita del suo modo di pensare e di fare? Il rispecchiamento del malato nel proprio medico non avviene più perché il medico, per come è fatto, non riesce, nonostante i suoi sforzi, a rispecchiare la realtà complessa del malato. Muro grande pannello grande. Quindi Trento ci dice che il problema è ingrandire lo specchio non rimpicciolire il malato. Se la fiducia, dice Trento, è un problema di malintesi culturali allora esso si risolve concordando con questa società possibilmente in modo condiviso, una nuova idea di medicina e di medico.

Ma nell'assumere il cittadino come archè Trento ci propone un altro strappo, questa volta nei confronti del "malatismo" cioè nei confronti di quell'orientamento che in nome e per conto del malato rivendica, solo ed unicamente diritti. Se il cittadino di-

venta un coautore della propria cura, allora non può solo avere diritti ma deve avere anche dei doveri, quelli che vanno dalla salute, al buon uso dei servizi, all'obbligo di rispettare le prescrizioni del medico, di non sprecare le risorse, di adottare condotte ragionevoli, di non aggredire i medici ne legalmente ne fisicamente.

Non è, quindi, solo il malato che deve avere fiducia nelle possibilità del medico ma è anche il medico che deve avere fiducia nelle possibilità del malato. Il medico e il malato, per Trento, sono due possibilità che devono cooperare.

I doveri ai quali pensa Trento, ovviamente, sono da considerarsi come degli obblighi morali che per questo non possono essere imposti con legge. Si tratta quindi di doveri che per loro natura sono oggetto di pattuizione sociale, di relazioni consensuali, di un lavoro di sensibilizzazione, di formazione, di promozione. Trento ci propone un capitolo nuovo di zecca sull'ospitalità, quale intesa sociale di natura consensuale tra due comunità, quella dei medici e quella dei cittadini su base fiduciaria. In questo modo Trento apre a livello di deontologia un capitolo totalmente inedito che è quello della deontologia sociale. Se episteme e doxa debbono accordarsi, se si tratta di costruire una nuova cultura della fiducia tanto vale provvedere a definire le regole per una inedita pattuizione sociale.

Malgrado anni di medical humanities a tutt'oggi non siamo riusciti ancora a risolvere il problema della fiducia. È del tutto evidente che chi pensa che si possa cambiare il medico a medicina costante o a deontologia costante si prende in giro da solo. Se vogliamo la fiducia del malato e della società dobbiamo dice Trento proporre ben altro che sciocche e ingannevoli umanizzazioni. Dobbiamo pensare un'altra deontologia

IL CONDIZIONAMENTO ECONOMICO DELLA AUTONOMIA PROFESSIONALE

L'altra questione, oltre il cambiamento sociale, che dal punto di vista deontologico ha drammaticamente investito la professione medica, sicuramente è stata il forte condizionamento economico della sua autonomia, ma direi della sua più complessiva natura ippocratica. Il limite economico ha la pretesa di cam-

biare il modo di ragionare di un medico non solo di limitarne l'autonomia.

La nuova deontologia che Trento ci propone, a questo proposito, mette in campo una svolta significativa e nello stesso tempo, sul rapporto medicina ed economia, apre un nuovo capitolo per definire nuove regole e nuove condizioni.

Sino ad ora la deontologia si è limitata, specialmente negli ultimi anni, a farsi influenzare da un malcelato economicismo quello che si nascondeva dietro i concetti di "appropriatezza" di "proporzionalità" di "ottimalità".

Nel frattempo però l'economicismo, spinto dalle politiche di de-finanziamento, ha aumentato le sue pretese egemoniche, e, come dimostrano le vicende che vedono sempre più pronunciata la contrapposizione deontologia/economia, forte è la tentazione, da parte di chi gestisce la sanità pubblica, ma anche del legislatore, più in generale, di subordinare tout court la deontologia alle esigenze di bilancio. Di contro forte è stata la reazione a ciò, soprattutto da parte di alcuni ordini.

La questione è molto delicata: si tratta di accordarsi con un limite senza che questo sia deontologicamente dannoso sapendo bene che il limite per sua natura tende ad avere una propensione nettamente dispotica e dogmatica. Il limite economico tende per ragioni pratiche ad essere irragionevole e ad esprimersi in modo nettamente anti-deontologico. Ma come si fa a rendere ragionevole il limite economico? Questo è il problema che si è posto Trento. Ecco le soluzioni che ci ha proposto.

Trento, con molta nettezza, inizia il suo ragionamento stabilendo tre criteri di partenza che non sono altro che la riproposizione di alcuni fondamentali principi della medicina ippocratica:

- la cura è relativamente incondizionabile dall'economia
- il primo dovere del medico è curare il malato
- in nessun caso la deontologia può accettare di subordinarsi all'economia

A questi principi ne fa seguire altri che traduce come "doveri" e che potrebbero essere interpretati come una responsabilizzazione dell'ippocratismo nei confronti dei problemi economici, cioè come il prendere atto dell'esistenza innegabile del problema dei limiti:

- è dovere del medico evitare sprechi, diseconomie, anti-economie
- il medico deve includere nei giudizi clinici le valutazioni che riguardano gli esiti economici delle sue decisioni quindi preferire scelte ad necessitatem
- è al medico che spetta di giudicare se le questioni economiche danneggiano le prerogative della cura

Quindi la mediazione che propone Trento è tripla:

- includere la valutazione economica nel giudizio clinico
- affidare al medico la responsabilità della decisione dal momento che in ogni caso prima dell'economia viene sempre il primario interesse del malato e per evitare che essa danneggi il grado di adeguatezza della scelta di cura,
- l'unico abilitato a valutare l'influenza del limite economico sulla clinica non è l'economista ma il medico.

A tutta prima sembra un ragionamento molto lineare: la medicina accetta di dialogare con l'economia ma alle sue condizioni dettate dalla propria deontologia perché per principio è inaccettabile che la deontologia sia subalterna all'economia e che "scienza e coscienza" del medico diventino delle variabili di bilancio.

Tuttavia Trento ci dice che, per fare questo apparentamento, tra medicina e economia, non bastano le buone intenzioni, al contrario, è necessario, cambiare alcuni presupposti che se non chiariti rischiano di rendere promiscuo il rapporto insidioso tra clinica e economia.

LE CONDIZIONI DELLA DEONTOLOGIA

Trento sostanzialmente propone tre tipi diversi di discontinuità:

La prima è, ridefinire di sana pianta la logica della sostenibilità. Essa per consentire un dialogo proficuo tra clinica e economia non può essere considerata come una economia dei costi consentiti e possibili. Cioè non può essere considerata solo un limite tout court cioè solo come un problema di spesa. La sostenibilità prima di ogni altra cosa è un'idea legata allo sviluppo cioè ad una idea di crescita che per es-

sere sostenibile non deve danneggiare nessun valore importante, quindi è produzione di ricchezza e produrre salute vale come produrre ricchezza sapendo che, la ricchezza diversa da quella economica, non è in antitesi con il pil.

Quindi Trento nell'accettare il terreno di confronto tra medicina e economia non solo propone di cambiare letteralmente il presupposto da cui fino ad ora si è mossa l'economia, che è quello del valore assoluto del limite, ma mette in discussione il teorema che è stato alla base delle politiche di de-finanziamento e con grande chiarezza sostiene che:

- la salute è una ricchezza sociale e che in quanto tale non può essere in antitesi con la ricchezza economica
- se la ricchezza economica cioè il pil danneggia quella sociale cioè definanzia il valore della salute non è sostenibilità ma è depauperamento
- il limite è relativo ai valori che produce a ai valori che nega quindi è interpretabile

La seconda, è uscire dalla logica della compatibilità perché in questa logica chi comanda in modo dispotico è solo il limite economico che chiede alla deontologia di adattarsi ad esso. La medicina, per ovvie ragioni deontologiche, può adattarsi al limite economico fino a un certo punto oltre il quale non può andare. Cioè in medicina esistono delle soglie di tolleranza oltre le quali, adattare la clinica al limite economico, significa unicamente danneggiare il malato. La deontologia non può danneggiare il malato la sua natura è di difendere il malato da chi lo vuole danneggiare.

In luogo della compatibilità Trento ci propone una logica di ricambio che è quella della compossibilità. Il problema non è pretendere che la medicina sia compatibile con l'economia ma è creare tra di loro delle condizioni di coesistenza. Ciò è possibile rimuovendo tutte le contraddizioni che esistono tra medicina ed economia, che sono tantissime e che in quanto tali rappresentano enormi costi sociali e enormi costi economici.

Che senso ha tagliare il numero dei posti letto per ragioni di compatibilità e tenere in piedi un ospedale anacronistico in tutti i suoi fondamentali organizzativi? L'ospedale compossibile è quello che risolve i suoi problemi di diseconomia senza per questo es-

sere ospedalectomizzato. Quindi trasformandosi. Che senso ha ridurre i finanziamenti al sistema sanitario e mantenere in vita organizzazioni dei servizi anacronistiche e antieconomiche cioè diseconomiche? Che senso ha tagliare l'autonomia al medico con mille limiti prescrittivi e metterlo alla mercè del malato che se non fa la risonanza che desidera va da qualcun altro? Che senso ha amministrare il medico con delle procedure vincolanti e non fare nulla per arrestare la crescita del contenzioso legale tra medici e cittadini?

La terza è: mettere in condizioni il medico di trasformare un limite in una possibilità, cioè di governare il limite non di subirlo e basta. Se i soldi o altro, sono pochi si deve dare la possibilità al medico di intervenire su altri fattori, di compensare in altro modo, di trovare degli escamotage, di "arrangiarsi" in qualche modo al fine di trasformare il potenziale di una situazione o di una contingenza in un qualche vantaggio per il malato in cura.

Nell'interesse del malato non può essere data al medico nessun tipo di alternativa secca: o mangi questa minestra o ti butti dalla finestra, o rispetti il limite che ti imponiamo o sarai punito, o sei appropriato o no, o se non sei appropriato sarai sanzionato. Al contrario al medico nel processo di cura deve essergli riconosciuto un margine di interpretazione di azione una possibilità di iniziativa.

AUTONOMIA PLUS E DOVERE DI DISOBBEDIRE

Quindi riassumendo: si tratta di ridefinire il concetto di sostenibilità, di uscire dalla logica della compatibilità e di ragionare di compossibilità.

Quindi tutto risolto? Neanche per idea. Trento aggiunge un paio di cosette che dimostrano come il suo ragionamento sia molto con i piedi per terra e come la relazione medicina/economia non sia proprio una faccenda da prendere a cuor leggero.

Per tutte queste cose, dice Trento, ci sono tre condizioni senza le quale non si fa niente:

- accrescere l'autonomia del medico cioè estenderla oltre il tradizionale ambito clinico verso l'organizzazione, le prassi, le contingenze, i rapporti con gli altri. Per un medico fare compossibilità vuol dire più non meno autonomia cioè accrescere

le sue possibilità di intervento. A questo fine, dice Trento, si tratta di allargare l'ambito delle cose legalmente possibili (fare solo ciò che è formalmente concesso di fare) con le cose lecitamente possibili (dare la libertà al medico di fare le cose non espressamente vietate vincolandolo a delle garanzie da assicurare)

- subordinare le scelte di compossibilità al consenso informato. La compossibilità va condivisa con il malato al fine di corresponsabilizzarlo nel senso che la compossibilità non è esterna alla cura ma è parte della cura. Decidere per ragioni di compossibilità un farmaco anziché un altro, o di fare degli esami o di non farli, o di ricorrere a certi trattamenti, non è per niente estraneo al processo di cura. La cura nelle condizioni date è sempre entro certi margini una cura compossibile nel senso che è la cura possibile a certe condizioni. Per cui la compossibilità nei confronti del modo di gestire un limite economico è una questione da consenso informato.

- riconoscere al medico il diritto alla disobbedienza deontologica da intendersi come una facoltà molto diversa da quella dell'obiezione di coscienza prevista per esempio per l'IVG

La proposta di Trento è chiara e netta: il medico (limite o non limite), ha il dovere di cercare sempre le migliori condizioni operative cioè di scegliere ciò che per il malato, fatte salve le contingenze date, è sempre più vantaggioso. Nei casi questo sia oggettivamente impossibile per cause organizzative, il medico ha il dovere:

- di disobbedire e per prima cosa denunciare ai responsabili della gestione e dell'organizzazione dei servizi, le condizioni di lavoro avverse
- di informare il proprio ordine di riferimento e quindi il malato o il cittadino delle sue difficoltà professionali
- di rifiutarsi di prestare la propria opera ma solo nel caso di una situazione evidentemente dannosa per il malato

Il dovere di disobbedire contro le condizioni di servizio che impediscono, in modo significativo, al medico di compiere il proprio dovere si riferisce all'obbligo, da parte del medico, di rispondere delle conseguenze, derivanti al malato in cura, dalla pro-

pria condotta professionale posta in essere in violazione di una norma deontologica. Quindi, vale come responsabilità morale, in cui ad essere infranti sono gli imperativi etico-morali della propria deontologia.

Trento tuttavia precisa che nel caso, in cui, il medico fosse costretto, per evidenti violazioni al suo codice deontologico, a disobbedire, resta inteso che, l'obiezione, non può voler dire, abbandono del malato. Il medico ha, comunque, il dovere di occuparsi, in ogni situazione, del malato, per quello che ragionevolmente può fare. La disobbedienza vale come obiezione morale, volta a salvaguardare la propria professionalità e la coerenza nei confronti della propria deontologia.

QUALE DEONTOLOGIA?

Se, come Trento, assumessimo il cittadino come *archè*, se con la compossibilità governassimo i difficili rapporti con l'economia, se partissimo dal postulato della complessità, se dovessimo ridefinire l'identità del medico, se il paradigma ippocratico-positivista venisse sottoposto a revisione, se la "crisi del medico" fosse una possibilità evolutiva, quale deontologia?

Assumere il malato quale *archè* è una *scelta politica* e significa considerare il cittadino come il secondo soggetto, cioè un socio di maggioranza, che oltre il medico, è titolato deontologicamente a definire cosa sia la medicina e come deve essere esercitata. Punto. La discontinuità è tutta qua. Tutto il resto è consequenzialità.

La deontologia diventa così ciò che non è mai stata cioè una norma decisa non più solo dal medico ma anche dal suo socio di maggioranza, che non si occupa solo dei comportamenti professionali ma anche di definire delle *relazioni dialogiche* ad ogni livello tra il medico e il malato, tra la comunità dei medici e la comunità dei cittadini, al fine di garantire qualsiasi tipo di condivisione, comportamenti compresi, sia medici che dei cittadini, cioè decisioni e scelte. Trento quindi ci propone una "*deontologia delle relazioni*" con la quale si supera quella delle giustapposizioni cioè quelle particolari "non relazioni" di conoscenza basate sulla divisione e sulla separazione (tra osservatore e osservato, tra scientifico

e personale, tra medico e malato, tra naturale e culturale ecc.

Se le tante giustapposizioni che esistono in medicina le consideriamo, per quelle che sono, cioè delle *dicotomie*, la deontologia che ci propone Trento, è interamente *anti-dicotomica*.

Del resto, signori cari, quale relazione è possibile, di qualunque tipo essa sia, se prevalgono le dicotomie? Come si fa a dialogare, integrare, condividere, con delle dicotomie? O a integrare servizi e operatori? Hai voglia a predicare le integrazioni socio-sanitarie, ospedale territorio, la multidisciplinarietà!! La rimozione delle dicotomie significa un grande processo di ricomposizione e di riunificazione di quel “*tutt’uno*” fatto a pezzi dal paradigma positivista.

Con Trento dal “tagliare in due” (*dico*) si passa al rimettere “insieme” (*con*) quindi una deontologia del *con-senso*, della *con-divisione*, della *co-decisione*, della *con-sapevolezza*, della *cono-scienza*, della *con-proprietà*, della *co-struzione*.

La medicina che vuole questa società ormai è innegabilmente “*co*”, cioè non è più solo dei medici ma è anche dei malati. Rassegnatevi, la *co*-medicina sicuramente è la strada per riavere la fiducia delle persone. No “*co*” no fiducia, chiaro?

La caduta delle dicotomie per forza fa esplodere il discorso della complessità. Se rimetti insieme tutti i pezzi dell’orologio si scopre che l’orologio è complesso.

Le dicotomie sino ad ora sono servite, nel paradigma positivista, per semplificare la realtà. Il malato doveva essere ridotto alla sua malattia e la malattia alla biologia, perché così era più facile “conoscere” e più facile voleva dire più “scientifico” quindi più “controllabile”, “verificabile” “misurabile”.

Il riduzionismo che sostiene che, qualcosa di complesso, “*non sia altro*” che qualcosa di semplice, è possibile solo grazie alle dicotomie o meglio alle “*poli-tomie*”. Cari signori mettetelo in testa, oggi, per questa società, distruggere l’orologio, cioè dividere ciò che è unito, per conoscere, non ha senso.

Il cittadino unito vuole tornare a essere unito. Di conseguenza, la *dico-medicina* appare inaccettabile. Se voi orologiai volete sapere “che ora è” dovrete rimettere insieme l’orologio, se continueranno a farlo

a pezzi, “che ora è”, non lo saprete mai. Eppoi, scusate, se l’orologiaio non è in grado di dire “che ora è” ma che orologiaio è?

LA DE-BANALIZZAZIONE DELLA PROFESSIONE

Il recupero della complessità ha messo in condizioni Trento di combattere a suon di “*doveri*”, il grande problema della banalizzazione prima della medicina poi della professione. Banalizzare vale come semplificare cioè de-complessificazione.

Per ridurre un medico ad un algoritmo bisogna pensare che la medicina sia riducibile ad un algoritmo. La riducibilità presuppone la semplificazione. Ma per ridurre/semplificare il medico a algoritmo si usa o meglio si abusa del riduzionismo metodologico del paradigma positivista. Per un medico il paradigma positivista è un manuale del riduzionista perfetto.

Un medico si può banalizzare a *trivial machine* solo se c’è un metodo che consente di banalizzarlo. Trento, sul metodo avanza una critica del tutto inedita, sapendo bene che una scienza senza un metodo non è una scienza.

Se davvero vogliamo che il medico sia tale è necessario ri-complessificare tutto cioè tutto quello che è stato inopinatamente ridotto e semplificato da un metodo. La medicina amministrata è l’uso del metodo contro il medico. Ci avete mai pensato? Lo sanno bene *Babylon* e i “*lineaguidari*” cioè i proceduralisti che si propongono come i tutori di medici irrimediabilmente irrazionali e antieconomici. Fare il medico è “difficile” “complicato” e “complesso” perché la medicina, con buona pace del positivismo, è per definizione complessità come del resto è sempre stata prima che diventasse “scientifico”.

Per essere medici bisogna fare ragionamenti complessi non meccanici, come fa il metodo, il computer, la medicina amministrata, e come prevede a tutt’oggi la deontologia ufficiale, a proposito di appropriatezza.

Per debanalizzare la professione, Trento, è quindi costretta a ridimensionare ciò che nel paradigma positivista è una vera e propria metafisica: *il dogmatismo delle semplificazioni*, quello che definisce procedure, standard, ragionamenti mono valenti,

evidenze dogmatiche, e spiana la strada finalmente ad una medicina più reale.

Trento obbliga il ragionamento convenzionale a fare i conti con il reale. Troppo comodo essere solo razionali! Basta seguire le istruzioni. Ma che succede quando la realtà non è prepensata nelle istruzioni? Cioè quando arriva il momento di essere ragionevoli, avere buon senso, essere pragmatici. Al malato non interessa la metafisica della razionalità ma la pratica dei risultati. A questa società le contraddizioni tra razionale e reale stanno molto sulle scatole. Alla fine se la prende immancabilmente con chi si è sentito in dovere di essere razionale. È così che funziona ormai!

In generale, dice Trento il medico, ha l'obbligo di adottare nei confronti del malato dei *ragionamenti discreti*, cioè capaci di discernere le singolarità e le peculiarità di una persona e di un malato, le sue situazioni. I ragionamenti discreti sono il contrario di quelli indifferenziati. Essi sono, in grado di discernere le differenze e le singolarità nei confronti di standard, di modelli, di procedure, di verità convenzionali. In questo senso, i ragionamenti discreti del medico sono per loro natura *ad personam*, quindi discontinui, vale a dire non standardizzabili, cioè applicabili allo stesso modo a tutti i malati solo perché hanno lo stesso genere di malattia.

Ragionare in modo discreto per un medico vale come essere adeguato alla complessità. Cioè ragionevole. La complessità, in quanto tale, non tollera le generalizzazioni, le congetture induttive, le analogie per verisimiglianza, i modelli definiti a priori. La complessità è in un certo senso un navigare, un dialogo stretto tra medico e realtà, tra ipotesi e mezzi, tra scopi e strumenti. Ma complessità società realtà sono la stessa cosa. Pensateci!

LA DEONTOLOGIA DELLE MODALITÀ

Tutto questo e altro per Trento, significa ammettere una deontologia di straordinario interesse e che definirei quella dei *“modi di essere”*, delle *“modalità”*, cioè una deontologia anti-metafisica, che ammette la flessibilità della conoscenza, cioè la varietà del suo uso ma senza essere per questo eretica.

Ciò implica un cambiamento senza precedenti: dalla deontologia *dell'essere medico* si passa alla de-

ontologia del *modo di essere medico*. Il comportamento del medico non è uno standard razionale ma è il modo di essere ragionevole più adeguato al malato.

In fin dei conti abbiamo scoperto l'acqua calda: le condotte professionali sono dei modi di essere del medico verso qualcuno e qualcosa in certi contesti. Ammettetelo: in un secolo di deontologia non ve ne eravate accorti. Avete definito condotte senza rendervi conto che fossero modalità. Ammettere la *deontologia dei modi di essere*, ahinoi, mette in discussione l'idea standard di un medico ad una sola modalità. Quella razionale unica prevista dal paradigma. Ma il vecchio medico nel suo pragmatismo sa bene che la razionalità è solo una modalità tra tante.

Un esempio di modalità razionale è l'appropriatezza a varianti.

A parte il fatto che, l'ultimo codice, aderisce passivamente ed incautamente ad una idea di appropriatezza molto economicistica ma, il problema è, che se oggi, il medico, vuole la fiducia della società, egli non ha solo il dovere di essere appropriato ma anche quello di essere adeguato alla complessità e di essere pragmatico e pertinente nei confronti degli scopi da raggiungere comunque in ogni situazione data. Cioè ha il dovere alle multi-modalità.

Appropriatezza adeguatezza pertinenza sono modalità che obbediscono a principi logici diversi:

- appropriato è il medico che *corrisponde* alle evidenze scientifiche e economiche,
- adeguato è il medico che è *coerente* alla complessità del malato e ai problemi della composibilità,
- pertinente è il medico pragmatico *teso a raggiungere* in certe situazioni comunque dei risultati.

“Corrispondere” alle evidenze essere “coerente” con una complessità essere “pragmatico” rispetto agli scopi da raggiungere sono, epistemicamente, tre diverse teorie della verità. Con la vecchia deontologia l'unica verità che contava era quella dell'appropriatezza con la nuova deontologia le verità si moltiplicano in ordine alla complessità. Come la mettiamo? Il decreto sull'appropriatezza, quello che ha dato un bel colpo all'autonomia del medico, non era esecrabile solo perché imponeva al medico degli obblighi

discutibili, ma soprattutto perché gli imponeva l'esercizio della professione ad una sola modalità. Anche a questo non avevate pensate, vero? Il medico, dice Trento, ha il dovere sia di essere appropriato che adeguato che pertinente cioè di conciliare diverse verità e di scegliere autonomamente quella più giusta. La verità più giusta non è quella razionale conforme al modello ma quella che funziona meglio, il meglio, è quella che funziona non quella razionale.

Accettare l'esistenza di diverse modalità epistemiche significa per la deontologia correggere il paradigma cioè accettare la multi-modalità, la ragionevolezza, il senso pratico.

La società oggi nei confronti della malattia è fortemente pragmatica il medico ha il dovere di essere pragmatico cioè pieno di buon senso. Rifletteteci, è sul terreno del buon senso che si recuperare la fiducia perduta.

DEONTOLOGIA DEL COMPORTEMENTO ATTESO E DELLA COEVOLUZIONE

Se il medico deve regolarsi con la complessità, decidere sul campo i suoi modi di essere, scegliere la verità che funziona meglio, e, se oltretutto deve mettersi d'accordo con il proprio "socio di maggioranza", ma come è possibile definire deontologicamente "a priori" le condotte del medico?

La risposta di Trento, è che le condotte non si possono definire a priori, come è stato fatto sino ad ora, quello che si può ragionevolmente fare, è descrivere le condizioni che probabilmente favoriscono ciò che si auspica sia fatto al meglio.

Queste condizioni sono racchiuse in due concetti tra loro strettamente interdipendenti: *ruolo* e *comportamento atteso*.

Quindi, *deontologia del ruolo* (non più delle condotte) e del *comportamento atteso* (non più del comportamento pre-definibile).

Passare dalle condotte tout court, al ruolo, dal comportamento prescritto a quello atteso, secondo complessità, ha delle vistose conseguenze, eccole:

- se è il ruolo che decide le condotte allora l'atto non può essere definibile a prescindere dall'agente. Si tratta per la deontologia di definire l'agente

e di mettergli dentro quella complessità e quella realtà che fino ad ora il suo razionalismo non ha avuto mai,

- oggi, rispetto al socio di maggioranza' il ruolo cioè l'agente deve per forza essere definito su base fiduciaria. Mettetelo bene in testa: il tempo in cui il medico se la cantava e se la suonava è finito. Il ruolo in questa società, attraverso un ideale contratto sociale tra un cittadino fiduciante e un medico fiduciario, è ormai una co-definizione per il semplice fatto che la medicina è una co-medicina,
- come si comporta un medico dipende certo dalla sua deontologia ma da un mucchio di altre cose, cioè i comportamenti professionali non sono più scontati al massimo sono probabili, auspicabili, essi non sono più ortogonalmente deducibili dalle razionalità prepensate a tavolino sulla malattia, ma se la devono vedere con la singolarità del malato, della situazione, del contesto, dei limiti economici, delle fisiologiche disorganizzazioni.

Dall'idea cardine della deontologia classica che la professione deve essere solo "esercitata", con Trento, si passa ad una idea dove la professione deve essere costantemente implementata, auto-organizzata, reinterpretata, in certi casi reinventata. Rassegnatevi: la professione non si esercita e basta perché essa non è l'automatica applicazione di uno schema comportamentale, ma è una costante reinterpretazione di fini e mezzi, di possibilità e di limiti, in rapporto al socio di maggioranza del medico e alle condizioni nelle quali la loro relazione agisce e decide. Dalla deontologia indifferente alle situazioni si passa alla *deontologia delle situazioni delle contingenze*. Il comportamento atteso, passa per il governo delle situazioni complesse. È la realtà che detta le sue condizioni alla razionalità non il contrario. Lo scopo è assicurare ad un malato singolare un medico multimodale. Se oggi non si è in grado di rispondere alla realtà reale del malato, con il buon senso, niente fiducia e per voi medici sono cavoli amari.

Si dice che chi si è scottato con l'acqua calda ha paura di quella fredda. Ma non è il caso di Trento che, nonostante sappia bene che gli infermieri abbiano tentato di rubare delle competenze mediche, che la propria professione è erosa costantemente da nuove

professioni, nonostante assista a continui tentativi di task shifting, ecc, offre alle altre professioni la deontologia quale terreno di confronto e di incontro. Mai successo prima d'ora.

Cosa dice Trento:

- Il principio dell'archè deve valere per tutte le professioni e le organizzazioni del lavoro si devono ispirare ad esso,
- nessuna professione a partire da quella medica per evidente ragioni può auto-riferirsi a se stessa,
- tutte le professioni hanno il dovere alla *complementarietà reciproca*.

Trento propone addirittura una *deontologia della condivisione*. Se la medicina è "co" come fanno le professioni a continuare a vivere nelle loro dicotomie? Nelle loro giustapposizioni? Cioè senza nuove relazioni? Superiamo quindi le giustapposizioni "contro professionali" le vecchie divisioni del lavoro, le vecchie forme di cooperazione contro-professionale, e ripensiamo le organizzazioni del lavoro dicotomiche della dico-medicina, quindi pensiamo a organizzazioni con-divise, una co-medicina comune, intanto a parte l'archè, condividendo:

- la deontologia del ruolo,
- il valore del comportamento atteso
- l'idea delle prassi integrate.

Trento propone tre idee precise:

- *cooperazione* (dovere di concorrere di ogni professione al lavoro di servizio),
- *collaborazione* (dovere di partecipare per ogni professione attivamente ad un lavoro comune),
- *coordinazione* (dovere delle professioni ad agire relazioni inter professionali).

Co-evoluzione quindi, ma, precisa Trento, nella chiarezza dei ruoli, nel rispetto delle specificità e delle esclusività. A ognuno il suo. Basta con i giochetti.

QUALE MEDICO?

IL DOVERE DI ESSERE MEDICO

L'identità dice Trento, è diversa dall'idoneità. Essa è il complesso dei dati professionali, sociali, culturali, dei modi di essere, delle capacità intellettuali, delle condotte praticate, caratteristici e fondamentali, nello stesso tempo delle facoltà, dei ruoli, delle funzioni e dei poteri, che consentono l'individuazione

e il riconoscimento del medico, garantendone l'autenticità, l'esclusività, l'unicità.

L'insieme, di tutte queste caratteristiche, secondo Trento rende la professione medica unica e inconfondibile, quindi, diversa nei confronti delle altre professioni. A tutte queste caratteristiche Trento ha dato il nome di *autore e di opera*:

- il medico è *autore* della propria *opera*, e *l'opera* non è riducibile alla competenza, alla tecnica, all'atto. Cioè non è semplificabile. Egli pensa, conosce decide sempre in una relazione sociale con il suo socio di maggioranza e sempre difronte ad una complessità irriducibile,
- nei confronti dei problemi economici non è un compatibilista ma un compossibilista cioè non si adatta passivamente ai limiti che ha ma interagisce con essi per tentare di governarli e raggiungere comunque un risultato,
- resta deontologicamente un medico ippocratico ma sul piano scientifico è fondamentalmente un pragmatista che ripensa il proprio paradigma razionalista non già per negarlo ma per renderlo più adeguato alla realtà cioè più efficace,
- è un medico sicuramente molto più realista di quello che per essere realista secondo paradigma si limita a osservare i fatti. Fuori dei fatti della malattia per lui ci sono altri fatti e altri fatti ancora dal momento che la realtà non è solo quella naturale della malattia ma è quella sociale e culturale del malato.

Signori, fatevene una ragione, il mondo che avete sempre pensato come uni-verso in realtà è poli-verso, quindi a molti mondi.

Il cuore della proposta di Trento è davvero paradossale ed è riassunto in un *dovere* che in un secolo di deontologia a nessuno mai è venuto in mente di scrivere, perché ritenuto, almeno fino ad ora, inutile tautologico e pleonastico

Questo dovere, nel terzo millennio, è ontologico ed è quello "*di essere medico*". Oggi per un mucchio di ragioni "*essere medico*" non si sa più cosa voglia dire.

La deontologia "*deve*" chiarire l'ontologia. Se non chiarisce, il medico non sarà più medico ma diventerà un'altra cosa. Cioè sarà probabilmente un "*non medico*" cioè la negazione semplicemente di ciò che

è stato sino ad ora. Per il cittadino davvero una bella fregatura. Quando mai diventerà archè?

Trento, per ridefinire l'identità del medico mette le mani laddove nessuno mai ha osato metterle, cioè nella sua matrice paradigmatica. Non si cambia il medico a paradigma medico invariante. Né si cambia a formazione invariante e meno che mai a prassi invariante, a organizzazioni invariante, a contratti invariante. Nell'invarianza, miei cari benpensanti, non si cambia un tubo.

Oggi mentre tutto muta e continua a mutare, il medico rischia di morire per invarianza. Tutti coloro che si dichiarano pronti a cambiare il medico ma senza mai riformare niente non sono null'altro che dei chiacchieroni, nulla di più. "Mastica brodo" li avrebbe definiti mio nonno con un sogghigno.

Ma in cosa consiste il "dovere di essere medico" oggi? *"Ogni medico, nei confronti della persona, del cittadino e del malato, è se stesso ed ha il dovere di essere ciò che è e deve essere, per cui, non può essere qualcosa di altro e di diverso.*

Se, per varie ragioni, il medico è, suo malgrado, qualcosa di altro e di diverso, egli è, rispetto alla sua identità, deontologicamente difforme, e, in quanto tale, professionalmente contraddetto.

È vietata qualsiasi tipo di alterazione all'identità professionale e qualsiasi tipo di travisamento delle sue prerogative facoltà doveri e obblighi, considerando tali alterazioni e travisamenti, a partire dall'interesse primario della persona, del cittadino, e del malato, moralmente, scientificamente e socialmente inaccettabile".*

* Ivan Cavicchi Ordine dei medici di Trento
Riformare la deontologia medica, proposte per un nuovo codice deontologico
Edizioni Dedalo

Capitolo 11

Riforme a metà

DOBBIAMO AMMETTERE che l'intero processo riformatore iniziato 40 anni fa non è andato come si sperava dovesse andare, in parte è stato attuato in parte no, ma soprattutto esso non è riuscito, almeno sino ad ora, a dare due risposte soddisfacenti:

- all'economia fornendo soluzioni efficaci al problema della sostenibilità del sistema
- alla società offrendo un'altra idea di tutela quindi diversa da quella del passato, più adeguata alla complessità dei suoi particolari bisogni.

Abbiamo dato luogo ad un riformismo a metà, molto ordinamentale e gestionale ma culturalmente regressivo cioè incagliato in culture come quelle giusnaturalistiche, mutualistiche, efficientistiche che al contrario avremmo dovuto ripensare.

Ma l'idea di completare un processo di riforma e di recuperare le distorsioni che si sono registrate con le riforme del passato resta inaccessibile al nostro ministro dell'ordinario. Eppure limitarsi al piccolo cabotaggio rispetto alla sanità è quanto di più sbagliato si possa immaginare.

INCONSEGUENZA DAVVERO UN BEL PROBLEMA

Definisco "sanità" tutto quanto, in modo correlativo, la costituisce e tutto quanto in modo consecutivo la fa essere, nel bene e nel male, quella che è.

Essa, non vi è dubbio, è una grande complessità cioè un mondo fatto da tantissimi mondi di natura diversa culturali, scientifici, etici, amministrativi, sociali, tecnici politici, finanziari ecc.

Affermo in modo perentorio che questa grande complessità è inconsequente: tra quello che dice e quello che fa non c'è nessuna connessione logica, nessuna coerenza.

Oggi non c'è un solo angolo del sistema sanitario, un solo settore, un solo operatore, un solo cittadino, una sola istituzione che:

- non lamenti qualcosa che non va
- non rivendichi un qualche cambiamento piccolo o grande che sia

Dopo 40 anni di sanità pubblica tutti sembrano avere dei problemi e tutti sono alla ricerca di soluzioni come in una gigantesca caccia al tesoro, tutti chiedono e tutti dicono che vorrebbero cambiare qualcosa ma a nessuno di loro viene in mente che per cambiare tante cose servirebbe intanto una "scatola" dentro cui mettere tutti i problemi le tante idee e le tante proposte, sparse da per tutto, non fosse altro che per portare tutte queste cose nei luoghi giusti. Tutti sembrano ignorare che le idee esattamente come i biscotti, il caffè, la marmellata, la pasta, i fagioli, per essere usate e distribuite andrebbero "confezionate" che ne so sotto forma di

legge, di progetto, di piattaforma, di programma o addirittura di riforma.

Esiste quindi un problema di “*package*”.

Ma la sanità:

- non pensa a confezionare né i suoi problemi e meno che mai le sue soluzioni. Le sue lamentele come le sue idee sono sfuse fino a disperdersi proprio per inconseguenza come polvere nel vento
- si giustifica in mille modi, con mille pretesti, con mille scuse, e tira a campare portandosi dietro la sua irriducibile indolenza.

Per la sanità tutto va male ma tutto dovrebbe essere risolto restando come si è. Oltre la teoria del miglioramento marginale sembra che sia impossibile andare. La sua condizione è quella che in biologia si definirebbe “omeostasi” cioè conservare comunque questa sanità anche di fronte al mondo che cambia attraverso quei particolari meccanismi di autoregolazione che riguardano tutti i tipi di istituzioni servizi e professioni compresi e che in alcuni casi si chiamano interessi, in altri ruoli, in altri ancora funzioni, compiti, poteri ecc.

Ho capito la sanità non è incline a cambiare:

- in sanità tutti fanno esattamente quello che possono e riescono a fare;
- le persone hanno dei plafond cognitivi e culturali per cui è inutile rinfacciare loro di non fare abbastanza
- tutti corrono dietro alle loro “cure quotidiane”
- non si può rinfacciare a costoro di perseguire i loro legittimi interessi
- così va il mondo

Ho capito tutto vero:

- i plafond però sono molto al di sotto di quello di cui la sanità ha realmente bisogno cioè i problemi esistono per davvero
- per come siamo ridotti è necessario trovare un modo per uscire dall’omeostasi perché i meccanismi regolatori non funzionano più;
- bisognerebbe che qualcuno intanto confezioni almeno, un ragionamento riformatore che ci aiuti a organizzare i problemi in modo diverso dal solito mettendo insieme intanto quelli più importanti
- un pensiero riformatore che valga come un “pacchetto” per l’appunto di idee quindi qualcosa che assomigli ad una riforma.

Ho capito che è difficile:

- ma se non ci inventiamo qualcosa le cose si metteranno male per tutti;
- se i meccanismi dell’omeostasi dopo 40 anni non funzionano più, tanto vale, suggerisce Darwin, cambiarli cioè evolvere in un altro tipo di sanità.

IL RUOLO DELLE CONDIZIONI INIZIALI

Questa sanità ha inizio 40 anni fa con una legge di riforma. Questa legge di riforma costituisce le sue condizioni iniziali. Per la fisica l’effetto farfalla è una locuzione che racchiude in sé la nozione maggiormente tecnica di “*dipendenza sensibile alle condizioni iniziali*”, presente nella teoria del caos. L’idea è che piccole variazioni nelle condizioni iniziali producano grandi variazioni nel comportamento a lungo termine di un sistema.

Se esagerando consideriamo i problemi della sanità come un grado di caos allora possiamo dire che questo grado di caos dipende anche dalle condizioni iniziali cioè dalla legge di riforma di 40 anni.

È dalle condizioni iniziali della legge di riforma, cioè dalle sue carenze, che sono nate ad esempio le due riforme sanitarie successive. Dalle stesse condizioni iniziali sono nate nel tempo la “questione medica”, ma anche un certo modo di intendere la prevenzione, e ancora i grandi problemi di invarianza che riguardano lavoro servizi e professioni e le infinite questioni della governance.

Per comprendere il “grado di caos” non dobbiamo fermarci come fanno tutti all’estremità della canna da pesca cioè alle sue manifestazioni finali ma bisogna risalire la canna da pesca e ritornare alle “condizioni iniziali” dalle quali è partita questa sanità. Cioè al pescatore che intende pescare.

Non si comprende nessun “effetto farfalla” cioè i problemi attuali della sanità, senza conoscere in primo luogo le “condizioni iniziali” dalla quale essa è nata.

Nel quarantennale della riforma sanitaria abbiamo avuto solo inutili e in qualche caso costose, commemorazioni, perché nessuno ha pensato di comprendere i rapporti che pur esistono tra “condizioni iniziali” e “problemi finali”.

Ma se è vero tutto questo allora vuol dire che:

- i problemi di oggi (il grado di caos) riconducibili

alle condizioni iniziali (aporie, contraddizioni, errori, inadeguatezze della legge di riforma), si risolvono riformando le condizioni iniziali, cioè correggendo la legge di riforma;

- che le susseguenti leggi di riforma non hanno recuperato i problemi legati alle condizioni iniziali della riforma madre
- non possiamo risolvere i nostri problemi di oggi con delle amnesie collettive come se il presente fosse senza un passato.

Ma se, come hanno fatto le commemorazioni per il quarantennale, le condizioni iniziali della sanità sono idealizzate, storicizzate in una sorta di epoca d'oro, di primordialità dalla quale tutto nasce e tutto ha origine quindi se la legge di riforma è considerata un archè sacro e inviolabile, è difficile ripensare le condizioni iniziali, cioè entrare nella logica che il primo problema per la sanità sia la legge di riforma cioè la “mamma” dalla quale essa è nata. Come si fa a parlare male della nostra “mamma” o peggio a pensare di modificarla perché quello che è venuto fuori da essa suo malgrado ha sofferto di alcune anomalie inaspettate e non augurabili?

So che non è facile (per me non lo è stato) ma è indubbio che esiste un rapporto tra il patrimonio genetico della legge di riforma e il fenotipo di sanità che ne è venuto fuori.

Cioè è indubbio che l'insieme delle caratteristiche morfologiche e funzionali della nostra sanità sono l'espressione almeno di due cose:

- del suo genotipo normativo cioè della legge dalla quale è nata
- delle influenze ambientali, economiche, culturali e sociali.

L'EFFETTO PESANTE DELLE RETROAZIONI

La retroazione ha due significati:

- quello del linguaggio scientifico cioè il risultato dall'azione di un sistema si riflette sul sistema stesso per correggerne o modificarne il comportamento. (feedback)
- quello politico che rimanda ad una serie di interventi normativi appropriati per recuperare gli effetti di una situazione trascorsa e superata.

Cambiare le condizioni iniziali di un processo bio-

logico conclamato è tecnicamente impossibile nel senso che non è possibile rimettere il dentifricio dentro il tubetto (irreversibilità), ma cambiare le condizioni iniziali di un processo politico-culturale conclamato è possibile nel senso che è possibile attraverso feed back riformare ex post le sue condizioni di partenza.

Cioè cambiare ex post il tubetto di dentifricio difettoso con un nuovo tubetto di dentifricio (reversibilità).

Non c'è nulla che ci impedisca, alla luce dei problemi concreti della sanità, di modificare la legge madre dopo 40 anni di esperienze. Non solo è concepibile ma è anche possibile oltre ad essere tecnicamente necessario, ma alla sola condizione di volerlo fare cioè di esserne convinti.

Il problema è che per la sanità rimediare ai problemi della legge madre sembra quasi violare un tabù. Cioè apparentemente una operazione contro natura. In realtà a parte il tabù la gente normale non ha idee e non sa come fare. Solo la politica, cioè il parlamento, il governo, o altre istituzioni pubbliche, potrebbero, in ragione del bene comune o di una necessità superiore, decidere di violare un tabù simile. Ma volendo anche una bella massa di persone. Se per esempio tutti i sindacati, tutti gli ordini, tutte le società scientifiche, o tutte le regioni decidessero di proporre dei cambiamenti riformatori, la politica sarebbe costretta a farsene carico.

Ma questa eventualità è talmente eventuale cioè talmente incerta e improbabile che la sanità sguazza da anni nell'eterna risacca dell'inconcludenza e dell'indeterminazione.

Ma nel momento in cui il senso comune, arriva a considerare la legge madre un tabù fatalmente si commette un gravissimo errore: quello di assumere questa legge come una verità perfetta e per ciò stesso immodificabile come se fosse una verità sacra.

Ma qualsiasi legge umana è fatta dagli uomini e gli uomini che hanno fatto la riforma 40 anni fa hanno fatto una grande cosa ma anche in condizioni culturali arretrate, senza vere idee originali, copiando molto dagli altri, e reiterando modelli e teorie che avrebbero dovuto cambiare, omettendo cose che avrebbero dovuto fare, quindi stabilendo, nonostante la loro buona volontà e la loro forte idealità, condi-

zioni iniziali comunque lacunose e contraddittorie. In sintesi in questi 40 anni mi sono convinto che:

- per risolvere i gravi problemi della sanità serva una sua *riforma profonda*
- non si possa vedere al “grado di caos” come se le condizioni iniziali del sistema, i nodi mai sciolti, le sue contraddizioni storiche, le sue lacune, non avessero avuto un ruolo.

UN PO' DI ONESTÀ INTELLETTUALE

Basta quindi con le finzioni, le amnesie, le rimozioni, gli inganni le disonestà intellettuali. Se davvero vogliamo salvare la sanità pubblica, farla rinascere, rinnovarla, dobbiamo prenderci delle responsabilità politiche, storiche ma soprattutto, culturali.

Personalmente come è noto non credo che la sanità possa continuare a vivere nell'omeostasi, come ci propongono costoro, ma nello stesso tempo, non sono disposto a credere che i problemi della sanità siano senza responsabilità della sanità e dei legislatori che sulla sanità hanno messo le mani a partire da 40 anni fa.

Ammettere questa responsabilità è una questione meramente di onestà intellettuale.

Per me quindi ribadisco per l'ennesima volta ci vuole una riforma, una “quarta riforma”, che:

- chiuda un ciclo (quello inaugurato dalla riforma del 78) per aprirne un altro;
- riparta dall'inizio cioè riformi anche radicalmente se necessario, le condizioni iniziali, che fino ad ora sono state alla base del nostro sistema deformato e non poco.

Una siffatta riforma va vista come una operazione che cambia il programma di base (le condizioni iniziali) del sistema contando sul fatto che cambiando il programma base si cambia “l'effetto farfalla” cioè si cambiano gli effetti del sistema in termini di modelli, comportamenti, costi, utilità sul mondo ecc. Oggi personalmente credo che dobbiamo occuparci delle “omissioni” cioè riformare prima di tutto culturalmente tutto ciò che le riforme sino ad oggi non hanno mai riformato.

La mia idea non è, come ha scritto qualcuno, “*riformare la riforma*” ma “*riformare quello che la riforma non ha mai riformato*” ma “*avrebbe dovuto riformare*”.

Vorrei far notare che lo “*scopo dello scopo*” alla base della legge madre è sempre stato duplice:

- rispondere ai nuovi bisogni di salute della società
- risolvere i problemi di sostenibilità lasciateci in eredità dal precedente fallimentare sistema mutualistico.

A 40 anni i problemi di fondo non sono cambiati, sono sempre gli stessi, solo questo basterebbe a far venire dei dubbi e ad aprire una riflessione.

Oggi sento continuamente dire che la sanità si dovrebbe adeguare alle nuove sfide epidemiologiche, a quelle della cronicità, dell'invecchiamento ecc, dimenticando che tutto questo e molto altro (cambiamento sociale del paziente, immissione massicce di tecnologie, invecchiamento popolazione, rivoluzione informatica, sviluppo dei diritti, cambi culturali, sviluppo dell'innovazione ecc) è stato alla base della riforma del 78.

Cioè quello che si dice che dovrebbe essere fatto oggi avremmo dovuto farlo 40 anni fa perché quello che vediamo ora sono gli epigoni di processi che certamente non sono iniziati ieri. Noi oggi siamo nel bel mezzo di processi lunghi.

La riforma non è stata fatta per cambiare aria è stata fatta per dare una risposta a tutti questi problemi. Se questi problemi dopo 40 anni sono ancora da risolvere allora non si può far finta di niente: bisogna ammettere che qualcosa non ha funzionato

RIFORME A METÀ

Ci troviamo nei guai perché in questi 40 anni non abbiamo riformato quello che avremmo dovuto riformare. Questa è la verità. È inutile negarlo. Come riformatori non abbiamo dato una gran prova di noi stessi. Basta vedere i grandi modelli che corrispondono alle grandi funzioni del sistema: ospedalità, medicina generale, medicina ambulatoriale specialistica, persino la prevenzione, la farmaceutica, la veterinaria, per comprendere che a parte l'immissione di un po' di appropriatezza di razionalizzazione e di efficientismo, essi dal punto di vista culturale, epistemico, operativo, sociale, relazionale, metodologico, in questi 40 anni non sono cambiati di molto anche se tante cose nella realtà di lavoro sono cambiate a cominciare dalla figura del paziente, dalla

qualità della domanda, dal ruolo della spesa, dall'ingresso prepotente della complessità, dall'avvento delle aziende.

Per non parlare delle prassi quindi del lavoro nei servizi sanitari che dobbiamo essere sinceri non è cambiato un gran che. A parte le eterne questioni giuridiche- contrattuali, i problemi di inquadramento, quelli per la definizione dei compiti, in ospedale, in ambulatorio, nei distretti, sia le prassi professionali che quelle convenzionali dei servizi, sono più o meno quelle ai tempi delle mutue.

E poi la grande questione della organizzazione del lavoro, tra accorpamenti, scorpori, chiacchiere sull'integrazioni, dipartimentalità equivoche, sostanzialmente siamo ancora fermi ad un modello tayloristico diffuso che per certi versi si è persino accentuato con la distinzione, dopo la 229, di unità semplici e unità complesse.

Oggi spacciamo le case per la salute come una grande novità organizzativa sapendo che esse non sono null'altro che modelli di poli-ambulatorialità copiati pari pari dalle mutue.

Oggi dobbiamo riprendere il processo riformare non fatto non solo per completarlo quindi ma per attuarlo.

Questa è la mia tesi una tesi difficilmente confutabile ma che fa scappare a gambe levate tutti coloro che non riescono a confrontarsi onestamente con essa. Ho spiegato più volte la differenza tra attuazione e applicazione ma vale la pena ribadirla:

- la prima è un atto di esplicazione cioè di creazione si tratta di tirare fuori dalla norma quindi di inventare ciò che la mette in condizione di essere realizzata, cioè di diventare realtà,
- la seconda è un atto di conformità quindi un obbligo, ma che dipende dalle risorse disponibili, da chi deve applicare, cioè dalle sue conoscenze, dai contesti ecc

Ma perché non abbiamo riformato quando avremmo dovuto e potuto farlo? Di chi è la colpa? Quali le responsabilità? Come mai non siamo riusciti neanche a cambiare la cosa più semplice di tutte ad esempio la visita medica, l'atto di prescrivere un farmaco, il ricovero in ospedale,

Forse non è il caso di parlare di "colpe" ma di:

- limiti storici politici e culturali,

- di impossibilità quali tratti caratteristici del tempo;
- scelte politiche sbagliate
- errori legati a letture sbagliate delle situazioni e delle circostanze
- di senso comune

Sui limiti della riforma sanitaria del '78 fino ad ora (a parte i miei lavori degli anni '80 e '90 considerati per il tempo decisamente eccentrici) non c'è stata una analisi né una ricerca organica approfondita perché fino ad ora è prevalsa la linea dell'attuazione. Ma oggi, dopo 40 anni, abbiamo a che fare con un paradosso: di quella storica riforma di cui sono rimasti i suoi postulati di fondo, sono sparite tutte le parti positive, mentre sono sopravvissuti intatti tutti i suoi limiti culturali, soprattutto le omissioni e le riforme non fatte, che a tutt'oggi ci perseguitano perché:

- in parte sono passati nelle riforme successive (1992/1999)
- in parte ancora non hanno incontrato un pensiero riformatore adeguato che li affrontasse.

RITARDI

Se non sbaglio un ex ministro della sanità, Maria Pia Garavaglia, ha definito, e personalmente concordo con lei, la riforma del '78 una vera e propria "rivoluzione socialista".

Curare tutti cioè una intera popolazione in modo universalista e finanziare il sistema attraverso la fiscalità cioè la solidarietà non è certo un'idea liberista.

Quindi a scanso di equivoci vorrei rimarcare con forza il valore morale sociale e politico straordinario di questa "rivoluzione".

Probabilmente questa è la ragione per cui a tale "rivoluzione" ho dedicato praticamente la mia intera vita professionale. Del resto nel nostro paese di rivoluzioni simili non ne sono state fatte poi così tante. E per un ex sessantottino non è una cosa da poco. Ma chiarito ciò resta il problema che è vero che curiamo gratis una intera popolazione ma è anche vero che:

- la curiamo come se la riforma a livello soprattutto delle prassi cioè dei modi di curare, non fosse stata mai fatta, cioè curiamo la gente ancora seguendo una cultura mutualistica, cioè in modo vecchio e datato

- curarla in modo inadeguato soprattutto oggi crea problemi finanziari e sociali molto forti
- in cambio non si sa perché abbiamo meno fiducia da parte della nostra società e addirittura episodi di violenza contro i medici

Riprendendo il detto popolare: è vero che l'acqua è tanta ma per molti versi la papera soprattutto oggi non riesce a galleggiare.

Cioè è vero tutto ma le contraddizioni sono grandissime. Questo è il punto.

Il concetto chiave per comprendere le contraddizioni della riforma madre è quello di *ritardo regressivo* che cosa è?

Si ha un ritardo quando:

- rispetto a un termine fissato si arriva dopo il termine cioè oltre, al punto che l'azione risulta meno sollecita del previsto e del necessario
- non arrivando puntuale nei confronti di un termine fissato o di certe scadenze si resta indietro
- arrivare tardi vale come restare indietro

In musica, il ritardo si ha quando un accordo resta immutato anche quando subentra un altro accordo.

La riforma del '78:

- resta una "rivoluzione socialista" ma conserva gli accordi del precedente sistema mutualistico anche quando subentrano nel nostro paese come altrove, nuovi accordi, quelli legati soprattutto al mutamento culturale sociale e economico del mondo
- non riformando certe cose è come se si attardasse in un vecchio mondo comunque in via di supe-

ramento conservando delle cose che avrebbe dovuto riformare

- resta comunque indietro nei confronti dei cambiamenti

Facciamo degli esempi, la riforma si attarda a considerare:

- il malato un paziente nonostante il paziente non c'è più
- la medicina una scienza positivista nonostante la complessità irrompe ovunque mettendo in crisi molti postulati della medicina positivista
- il medico un benefattore nonostante nella società inizia a venire meno il rapporto fiduciario e i benefattori sono di fatto sempre più delegittimati
- un modello di ospedale dell'inizio del secolo malgrado ovunque in nome dell'umanizzazione si richieda una vera trasformazione culturale di questo servizio
- la riforma conserva delle prassi che in ragione di una infinità di ragioni avrebbero dovuto essere ripensate

I limiti della riforma del '78 sono parecchi ma quelli più macroscopici sono due:

- i suoi ritardi storici (è stata copiata dalla riforma inglese come prototipo ma 40 anni dopo quando gli inglesi avevano cambiato modello già molte volte);
- la sua notevole regressività culturale (cioè il suo pensiero e il suo modo di pensare, che restano indietro nei confronti del cambiamento culturale del tempo.

Capitolo 12

Riformare il concetto di tutela

IL CONCETTO DI TUTELA vale come difesa salvaguardia e protezione della salute delle persone. Oggi in sanità noi proteggiamo la salute sostanzialmente come quando eravamo nel sistema mutualistico. Cioè negli stessi modi e con le stesse culture. La prevenzione sulla quale avevamo affidato le nostre speranze per fare il grande salto ha un ruolo, dopo 40 anni ancora troppo marginale.

Nel 78 abbiamo riformato un intero ordinamento sanitario ma senza ripensare l'idea di tutela per questo oggi abbiamo in mucchio di problemi in particolare con la società e con l'economia, ma anche con la scienza, con la deontologia, con le professioni e con i servizi.

L'idea di riformare il concetto di tutela è quanto di più estraneo a questo ministro della salute che continua a riferirsi con le sue politiche a una idea di tutela ampiamente superata.

Ma se non si ripensa il concetto di tutela non si farà mai né sostenibilità né adeguatezza e la società sarà sempre più disincantata nei nostri confronti.

SALUTE NOVA. PER UNA NUOVA TEORIA DELLA SALUTE OLTRE IL PARADIGMA DELLA TUTELA

È il titolo di un libro che ho pubblicato nel 1986, quindi esattamente 32 anni fa, dopo soli 8 anni la nascita della riforma madre. Come si potrà comprendere uno che scrive libri come me è orgoglioso di tutti i suoi libri che esattamente come dei figli sono amati indistintamente allo stesso modo.

Ma per questo figlio, ormai credo introvabile, lo confesso ho una predilezione particolare. Ad esso sono particolarmente legato e di esso, non lo nego, sono particolarmente orgoglioso. Vorrei spiegare il perché:

- in primo luogo quel libro racconta di un giovanotto che per “attuare” cioè inverare la sua preziosa “rivoluzione socialista” cambia la sua testa,

cioè mette in discussione il suo modo di pensare la sanità, perché ha bisogno di trovare le soluzioni che il suo vecchio modo di pensare gli impediscono di trovare. Ma cambiare la testa delle persone oggi è il primo problema che si deve risolvere se si vuole fare una riforma per mettere in condizioni la riforma socialista di esplicitarsi a pieno.

- in secondo luogo quel libro è la prova che quello di cui stiamo parlando a 40 anni dalla nascita della riforma era, almeno per me, già evidente almeno 40 anni fa
- in terzo luogo quel libro rappresenta una intuizione quella della “riforma a metà” che segnerà per intero il mio percorso intellettuale e la mia storia professionale, in questi anni non ho fatto altro che provare a scrivere quella metà che 40

anni fa altri avrebbero dovuto scrivere ma che non è stata mai scritta

- in quarto luogo senza quel libro probabilmente non ci sarebbero stati gli studi successivi sul ripensamento della medicina e meno che mai questo libro, proprio questo che sto scrivendo in questo momento, la quarta riforma, e tutti i miei lavori sulla sanità da riformare, ma neanche le 100 tesi per preparare gli stati generali della Fnomceo, e meno che mai gli studi trentini per ripensare la deontologia ecc
- in quinto luogo grazie a quel libro anche se a tanti anni di distanza vi è qualcuno che dice quello che nessuno dice e cioè che per salvare la baracca dobbiamo ripensare la teoria che è alla base della baracca

Questa teoria è indicata nel titolo del libro e quindi nel titolo di questo paragrafo, ed è la teoria della tutela. Tutela vuol dire “difesa” “protezione” “salvaguardia”.

Ebbene il concetto di tutela in sanità è stato organizzato in un paradigma che grosso modo coincide sia con la nascita delle mutue che con la nascita della medicina scientifica quindi con la nascita del medico moderno. Quindi grosso modo a cavallo tra 800 e 900.

La riforma madre per rispondere a tutti cambiamenti incipienti del proprio tempo avrebbe dovuto non solo fare la “rivoluzione socialista” cioè dare cure gratis a tutti ma avrebbe dovuto fare quella che, Mao Tse Tung a metà degli anni 60 chiamò la “rivoluzione culturale” cioè avrebbe dovuto riformare, nel nostro caso, culturalmente il paradigma della tutela, cioè ripensare di sana pianta il concetto di tutela, di difesa, di salvaguardia e di protezione.

Oggi si rende necessaria la quarta riforma perché questa “rivoluzione culturale” non è stata fatta. La legge madre in sostanza, e scusatemi se è poco, è stata fatta mantenendo invariato il paradigma della tutela del vecchio sistema sanitario.

Mi si può obiettare che questa tesi non può essere sostenuta perché la riforma madre ha introdotto la centralità del valore della salute e quindi della prevenzione, ha introdotto i distretti, servizi nuovi, funzioni nuove, e questo ritengo sia innegabile.

Ma anche le cose nuove introdotte dalla riforma madre senza la rivoluzione culturale piegano regressivamente verso il vecchio paradigma della tutela.

REGRESSIVITÀ CULTURALI

Ad esempio la prevenzione, quindi la salute, oggi è dopo 40 anni del tutto marginale rispetto ad un sistema prevalentemente curativo, ma a parte questo le regressività culturali della riforma ci hanno impedito che la prevenzione fosse intesa secondo più avanzate epistemologie della complessità, riducendola di fatto all’idea di sorveglianza e all’idea igienista dell’ufficiale sanitario degli anni 30. Oggi i dipartimenti di prevenzione a tutt’oggi a parte essere ridotti al lumicino, operano ancora sulla base di modelli causalistici e deterministici tipici dell’ufficiale sanitario previsto nel testo unico delle leggi sanitarie del 1934. A parte tutto l’idea di tutela può essere sintetizzata in un certo modo di usare e di consumare la medicina per scopi di salute.

La riforma del ’78, in pratica, non ha creato le condizioni culturali per riformare né l’uso e né il consumo della sanità. Essa non conteneva le istruzioni culturali per farlo. Essa come rivoluzione socialista cambia la natura e l’organizzazione del sistema sanitario ma non cambia la sua sovrastruttura culturale che resta mutualistica. Cioè la riforma non cambia il lavoro, le prassi, l’operatività, non cambia gli operatori, la cultura della cura, la logica organizzativa dei servizi, non cambia neanche il modo di fare salute con la prevenzione appiattendosi su approcci prevalentemente igienisti.

In questo modo la domanda di cura continua ad essere di stampo mutualistico.

Questo è macroscopicamente visibile in particolare in quegli articoli della legge 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 burocratici che la riforma avrebbe dovuto riformare.

Per cui l'uso della sanità resta nei fatti mutualistico. L'offerta di prestazioni diventa gratis, quindi cambia il modo di accedervi e di fruirne, ma non cambia la qualità epistemica diventando anche a causa di ciò nel tempo sempre meno finanziariamente sostenibile.

E già perché il problema oggi non è solo quello dell'inadeguatezza culturale della cura ancorché scientificamente avanzata ma è anche quello dei costi di tale inadeguatezza. Oggi il sospetto che abbiamo è che il non aver fatto la "rivoluzione culturale" sia una delle cause più importanti a monte dei problemi di sostenibilità finanziaria del sistema.

A questo limite davvero non secondario si aggiunge quello del riformatore dell'epoca che anziché sostenere la riforma del '78 con altre riforme (soprattutto quella degli studi di medicina) finisce per lasciarla sola, cioè per isolarla, nell'illusione che essa si auto esplicherà. Ma nessuna norma è in grado di auto esplicarsi cioè di essere attuata se non è coadiuvata da tutte le necessarie condizioni per tale attuazione. Meno che mai se essa, producendo inconvenienti di insostenibilità, diventerà paradossalmente un problema. Senza una riforma del lavoro la riforma del '78 dal punto di vista dell'uso e del consumo di assistenza sanitaria ha cambiato ben poco.

Oggi la "questione medica" viene fuori 40 anni dopo la riforma madre ma è del tutto correlabile alla mancata riforma delle facoltà di medicina e dei suoi programmi di studi. Oggi sia i medici che i cittadini pagano con la questione medica la rivoluzione culturale non fatta 40 anni fa.

SERVE UN CAMBIAMENTO CULTURALE PER RIDURRE LA SPESA SANITARIA

Oggi per me dire riforma significa in particolare riformare il lavoro, l'operatività, i servizi come sono concepiti, gli approcci per fare salute primaria, le metodologie, le modalità della medicina, i modi di fare medicina e i modi di fare il medico, e i modi di governare.

Lo scopo è di de-quantificare il fabbisogno finanziario quindi il consumo, ma facendo più salute di prima. Se la sostenibilità fosse intesa come produzione crescente di salute la spesa sanitaria sarebbe relativa-

mente de-quantificabile. Ma se al contrario la cura resta di stampo mutualistico per forza il sistema avrà bisogno di un fabbisogno incrementale perché dovrà inseguire le malattie costando, a causa soprattutto dell'innovazione delle terapie, sempre di più.

A questi limiti di fondo si aggiungono scelte ed errori. La riforma del '78 diventò praticamente un ostacolo allo sviluppo del paese perché, finì con l'accentuare i problemi di sostenibilità economica. Non si dimentichi che il meccanismo di finanziamento previsto nella legge era del tutto incrementale cioè pensato come se l'economia dovesse crescere sempre in modo esponenziale. E che la spesa sanitaria era pagata a piè di lista e a carico dello Stato centrale. Solo da pochi anni (2000) questo meccanismo incrementale è stato sostituito con un più realistico meccanismo negoziale cioè con quelle intese denominate "patti per la salute" che in cambio di finanziamenti devono garantire contropartite di risparmio caricandosi l'onere eventuale dei disavanzi.

Già negli anni '80 per questioni finanziarie il problema politico per la riforma, non era più quello di attuarla e meno che mai di sviluppare parallelamente altre riforme, ancor meno di riformare il lavoro, i rapporti con la comunità ma era quello di gestire la spesa. Così vennero meno sia le ragioni del cambiamento sociale e culturale che a suo tempo avevano reso necessaria la riforma, sia le ragioni per le quali avremmo dovuto correggerne i limiti e fare altre riforme. La bestia, che 15 anni fa definii in un libro, "*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 oggi si rivela del tutto deludente) 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 ecc.

Oggi come allora siamo alle prese con lo stesso problema. Con la differenza che oggi dopo 40 di economicismo il sistema è stremato. Oggi la rivoluzione culturale che non abbiamo fatto quella che Mao Tse Tung nel 1966 definì contro i «quattro vecchi» (vecchie correnti di pensiero, vecchia cultura, vecchie abitudini e vecchie tradizioni) la stiamo pagando a caro prezzo. Oggi il governo della spesa ci impone più che mai di ripensare il paradigma della tutela quello stesso paradigma che 40 anni fa non siamo stati in grado di ridefinire.

LA PALLA AL PIEDE DEL GIUSNATURALISMO

Quindi i limiti culturali della riforma del '78 sono oggettivamente parecchi anche se essi non appannano la portata politica di quella riforma che resta in ogni caso una grande discontinuità.

Se a suo tempo avessimo fatto la “rivoluzione culturale” cioè avessimo riformato, a parte il “contenitore” cioè il sistema sanitario, il “contenuto” cioè l’idea di tutela in quanto tale ripensando radicalmente il concetto mutualistico di difesa e di salvaguardia della salute, e quindi il concetto di medicina e quindi di professione e di servizio, di prassi, di lavoro, probabilmente avremmo potuto evitare la super mutua nazionale e universalistica e quindi quella invarianza che nel tempo ci avrebbe creato problemi di sostenibilità nei confronti dell’economia ma anche di adeguatezza nei confronti della società?

Essere coscienti di questo per un progetto di nuova riforma diventa essenziale, nel senso che è da qui che la seconda fase riformatrice dovrebbe ripartire. Oggi dopo aver fatto tre riforme una dietro l’altra

abbiamo il problema di una tenace e ostinata invarianza culturale della quale in qualche modo dobbiamo liberarci. Ma vediamo di capire meglio anche se in modo succinto la storia di questa invarianza.

Di riforma sanitaria o meglio di “*progetto di riforma dell’ordinamento sanitario italiano*” si inizia a parlarne nel 1945 in un documento elaborato dalla “*Consulta veneta di sanità*” operante in seno al “*Comitato di liberazione nazionale del Veneto*”. Esso prevedeva il decentramento dei servizi, la creazione del ministero della Sanità, e si muoveva su due assi strategici: il superamento del sistema mutualistico la creazione di un sistema nazionale finanziato con la fiscalità generale. Nel 1947 nasce la Costituzione italiana e quindi l’art. 32:

“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 del '78 interviene, circa 30 anni dopo, e fondamentalmente 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 la riforma 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. Affermare 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* a tutt'oggi, per quanto doloroso sia ammetterlo, non è ancora avvenuto.

E senza questo passaggio è difficile che il sistema possa diventare sostenibile.

Oggi:

- tutti sono scandalizzati perché la prevenzione è la cenerentola della sanità ma costoro ancora non si sono resi conto che il sistema universale non funziona di fatto come un produttore di salute. Per cui è inutile negarlo: l'idea mutualistica di tutela, pur con tre riforme, sino ad ora è stata solo marginalmente modificata.
- in molti indicano nella prevenzione delle malattie la via di uscita dalla trappola della sostenibilità
- ma nessuno di costoro pensa che per farlo si debba reinterpretare il taglio giusnaturalistico sia dell'art. 32 che è proprio sia della riforma del '78, che di quelle del '92 e del '99.

Tutti costoro senza rendersene conto continuano a concepire una idea di diritto quale tutela giusnaturalistica.

LA SALUTE È UN DIRITTO MOLTO COMPLESSO

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 ma soprattutto di costruire le condizioni grazie alle quali si impedisca, nel limite del ragionevole, l'insorgenza delle malattie.

Oggi vi sono dei contro riformatori che ritengono che l'art. 32 si debba interpretare alla lettera cioè che le cure gratuite si debbano assicurare solo agli indigenti e propongono, non di correggere i limiti giusnaturalistici della riforma del '78 come il buon senso suggerirebbe, ma di fare i fondi integrativi, cioè di ritornare tout court al mutualismo perché

per loro il diritto è semplicemente una utilità da vendere e da comprare.

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 covalenza e di co-referenzialità. La salute è un valore di uso in ragione del quale si attua un programma che la afferma in quanto tale cioè la costruisce.

La salute si costruisce non si difende.

- *l'idea di tutela*, non è solo protezione, oggi il cittadino non è un incapace da essere tutelato 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 (rammento 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 rispet-

to 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 ri-contestualizzate 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*.

Capitolo 13

Consigli al ministro della salute per una nuova strategia riformatrice destinati probabilmente ad essere ignorati

IL MINISTRO GRILLO in ragione della sua scelta di lavorare sull'ordinario ha ritenuto inutile istituire un board sulle criticità relativa agli ultimi 40 anni di politiche sanitarie al fine di disporre di un rapporto sulle strategie da adottare.

Con ciò il ministro ha fatto una scelta politica precludendosi di fatto una strategia riformatrice e condannando la sanità ad essere prigioniera di un sistema che soprattutto poco finanziato può solo deperire.

La strategia che il ministro ha rifiutato punta a risolvere i problemi della sostenibilità (economia) intervenendo su quelli dell'adeguatezza(società) e viceversa.

Il terreno dove far interagire positivamente sostenibilità ed adeguatezza è l'uso e il consumo di medicina da parte della sanità.

Oggi noi continuiamo ad usare e a consumare una medicina datata nei suoi modi di essere e nelle sue culture di fondo. Oggi si tratta al contrario di usare e consumare una medicina ripensata per essere adeguata al terzo millennio.

Per capire quanto questa prospettiva sia lontana dalle politiche adottate dal ministro Grillo è sufficiente ricordare che per lei il problema della sostenibilità si risolve con i fondi integrativi.

SIGNOR MINISTRO PROVI a pensare una politica per riformare il fabbisogno (rapporto tra domanda espressa e struttura dell'offerta) e vedrà come si aggiusteranno le cose. Provare a pensare significa provare a riformare.

Diciamo subito una scomoda verità che tutti fanno finta di non vedere: una delle ragioni, certamente non l'unica, per cui si è fatta nel '78 la riforma, è stata quella di dare una risposta risolutiva ai problemi di insostenibilità del sistema mutualistico.

Se le mutue non fossero crollate sotto i loro debiti probabilmente una riforma come quella fatta nel '78, non avremmo avuto il bisogno di farla.

Avremmo potuto limitarci, come del resto avevamo già fatto prima della riforma a raccogliere le istanze di emancipazione che venivano dalle donne, dai malati di mente, dal mondo dell'handicap, con delle leggi specifiche.

Non ci siamo limitati a queste leggi perché il sistema mutualistico ci ha lasciato in eredità la questione della sostenibilità. Per cui la risposta alla sostenibilità è stata la riforma del '78. Essa avrebbe dovuto risolvere tale questione una volta per tutte.

Il che vuol dire che il servizio sanitario nazionale per come è stato congegnato e organizzato, avrebbe dovuto risolvere la questione della sostenibilità.

Qualche cenno di storia:

- il vero inizio della riforma sanitaria si ha con “l’estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli ospedali” (L. n°386/1974) cioè su un problema di insostenibilità finanziaria.
- il sistema mutualistico che nasce nel 1942 si era indebitato a causa di un fabbisogno crescente non sostenuto da una crescita analoga della contribuzione;
- la costante espansione del fabbisogno aveva messo in crisi il principio base del mutualismo quello della corrispondenza (equilibrio) tra contributi e prestazioni;

Oggi il de-finanziamento della sanità ci dice molto semplicemente che:

- esiste un problema di insostenibilità (squilibrio) analogo a quello di 40 anni fa con la differenza che il divario prima era tra contribuzione e prestazioni oggi è tra Fsn cioè finanziamento pubblico e prestazioni...ma sempre di divario si tratta;
- la riforma del 78 per rispondere ai problemi di sostenibilità finanziaria ereditati dalle mutue, avrebbe dovuto riformare il fabbisogno cioè il rapporto tra domanda espressa e struttura dell’offerta disponibile, o detto in altro modo, il consumo sanitario;
- la riforma del 78 attraverso la riforma del consumo avrebbe dovuto raggiungere lo scopo di rendere governabile il sistema rendendo sostenibile la spesa.

Quindi, sforziamoci di dire la verità, se oggi stiamo come stiamo vuol dire che:

- la riforma del *consumo sanitario* non è stata fatta come si auspicava
- il *consumo sanitario* senza una vera politica per la salute, continua a crescere ingigantendo il divario tra domanda espressa e struttura dell’offerta;
- è del tutto illusorio pensare di governare la spesa senza riformare cioè mettere mano a questo divario;
- le soluzioni che tentano di bypassare questi problemi (universalismo selettivo, privatizzazione, mutualismo riordini regionali, de-finanziamento del sistema, de-capitalizzazione del lavoro, regionalismo differenziato ecc.) si basano tutte su un

presupposto falso: vale a dire l’irriformalità del fabbisogno sanitario quindi l’irriformalità del *consumo sanitario*.

SIGNOR MINISTRO IL FABBISOGNO, cioè il rapporto tra domanda espressa e struttura dell’offerta, che decide il grado di sostenibilità del sistema in una economia, non è irriformalità, e per qualificarlo non c’è nessun bisogno di privatizzare.

Il fabbisogno è irriformalità solo per chi è incompetente.

La relativa irriformalità quindi riguarda la politica non la sanità. La privatizzazione della sanità, a parte risultare dagli interessi in gioco risulta figlia delle incapacità della politica.

Ritenere, anche per questo governo, irriformalità il *fabbisogno* come dimostra la storia fallimentare delle vecchie mutue, ripropone oggi quello che è accaduto ieri cioè ripropone eternamente la questione della sostenibilità alla quale ne mutue e ne assicurazioni potranno sottrarsi.

Il *fabbisogno* cresce ma i finanziamenti per soddisfarlo calano sempre di più, esasperando persino in modo conflittuale il divario tra necessità e risorse. Significative a questo riguardo sono le posizioni prevalenti che rispetto al problema della sostenibilità, che si fronteggiano:

- quella del *finanziamento assoluto*: si tratta semplicemente di adeguare il Fsn alla crescita del fabbisogno (regioni e sindacati cittadini);
- quella del *finanziamento relativo*: si tratta di compensare con una riduzione delle diseconomie il minor finanziamento del Fsn (governo).

Entrambe le posizioni, come si può notare, non mettono in discussione il *fabbisogno*, cioè non si pongono minimamente il problema irrisolto da 40 anni di riformarlo, ma si differenziano solo per il *modo* con il quale esso viene finanziato:

- *incrementale* in un caso,
- *decrementale* nell’altro.

Questo vuol dire due cose:

- che il *fabbisogno* della sanità, inteso come l’espressione del rapporto domanda/offerta, fino ad ora non è stato mai visto come un problema;

- che esso può crescere fino a quando potrà essere finanziato in un modo o nell'altro.

Ma questo vuol dire anche che:

- quando il *fabbisogno*, per problemi diversi, non potrà essere più finanziato con la spesa pubblica (o in un modo o in un altro) esso dovrà ricorrere al finanziamento privato;
- la privatizzazione del finanziamento implica una modifica genetica della natura pubblica del sistema.

Questo è possibile che accada per due ragioni:

- perché nessuno sino ad ora ha pensato di *reformare il fabbisogno* o di sostituire degli squilibri con degli equilibri;
- perché nessuno sino ad ora ha pensato di usare la *riforma del fabbisogno* per fare sostenibilità.

Tutto questo ci dice in modo brutale che, se a suo tempo fossimo riusciti a *reformare il fabbisogno* cioè a sostituire squilibri con nuovi equilibri:

- probabilmente avremmo risolto o per lo meno contenuto il problema storico della sostenibilità del sistema e oggi non saremmo nei guai e i problemi di de-finanziamento non sarebbero così drammatici;
- i problemi del *fabbisogno* sono sempre esistiti esattamente come i problemi di sostenibilità
- la sostenibilità come grande questione del sistema è generata prima di tutto dal suo contrario non risolto: l'insostenibilità quale conseguenza degli squilibri tra domanda e offerta.

In poche parole: *non essere riusciti fin dall'inizio (1978) a fare sostenibilità riformando il fabbisogno di tipo mutualistico, è la causa primaria dei problemi di sostenibilità che abbiamo ora.*

Ma perché non ci siamo riusciti?

La risposta vera e imbarazzante è perché all'epoca non c'era un pensiero riformatore all'altezza del cambiamento cioè in grado di:

- fare propria la complessità,
- ripensare la medicina rispetto ai grandi mutamenti sociali e culturali del paese,
- reinventare l'idea di tutela a partire davvero da una nuova idea di salute.

Ribadisco che:

- "*fabbisogno*" significa il rapporto tra domanda espressa e struttura dell'offerta
- una vera riforma avrebbe dovuto riformare questo rapporto

- le tre riforme fatte non sono riuscite a riformarlo come avrebbero dovuto fare

Non essere riusciti a ripensare il fabbisogno significa non essere riusciti pur con un nuovo sistema sanitario, a ripensare il rapporto tra:

- società e sanità,
- bisogni e medicina,
- cittadini e medici,
- servizi e malati
- prassi e complessità
- ecc.

C'è tutto questo dietro al rapporto domanda e offerta: da una parte una società e dall'altra un sistema di offerta organizzato.

Ebbene il fabbisogno di sanità è restato *culturalmente* mutualistico nonostante il mutualismo fosse miseramente fallito tanto economicamente quanto socialmente.

SIGNOR MINISTRO SI RAMMENTI che è "l'uso" della medicina attraverso la sanità, che determina il costo perché l'uso della medicina ne determina il consumo, quindi se lei definirà norme per riformare l'uso del sistema lei avrà riformato il consumo e ridotto il costo.

Cosa vuol dire riformare il *fabbisogno*, o il *consumo di sanità*, o riformare *l'uso* della medicina, o se preferite cosa vuol dire riformare *l'idea di tutela*, per garantire il governo della spesa e quindi un grado accettabile di sostenibilità?

Significa prima di tutto che:

- se "l'uso" della medicina ne determina il costo,
- allora modificare l'uso vale come modificare il costo
- quindi che un certo uso può o contenerlo o accrescerlo.

È ambiguo dire, come dicono tutti:

- che bisogna "*qualificare*" la spesa sanitaria
- di fronte alla natura incrementale della spesa sarebbe meglio dire che bisogna *de-quantificare* la spesa riqualificando, cioè riformandone l'uso che la determina.

Nel "*riuso*" ci sono anche quelle misure che la liberano da tutti quei costi che la rendono relativamente quella che è e non quella che potrebbe essere (an-

ti-economie, diseconomie, sprechi).

Difronte alla natura incrementale della spesa sanitaria la “qualificazione” senza la “de-quantificazione” è un risultato ingannevole.

Se la spesa cala perché liberate da anti-economie e diseconomie allora la spesa sarà qualificata. Ma se si pensa di qualificare la spesa senza ridurla allora siamo a rischio di un abbaglio o peggio di una pia illusione. La questione sostenibilità da 40 anni a questa parte è una questione di *quantità* tout court cioè di quanta spesa pubblica si deve assegnare alla sanità, perché il fabbisogno della sanità, è prima di tutto un problema di compatibilità finanziaria:

- gli sprechi della sanità, le diseconomie, la medicina difensiva, gli abusi, la sua incipiente regressività, significano un certo tipo di uso quindi una certa quantità...ma anche un certo ospedale, una certa medicina di base, certi distretti, certi medici e infermieri;
- l’appropriatezza, il lavoro responsabile, la prevenzione ecc al contrario significano un altro tipo di uso quindi un’altra quantità...ma anche un ospedale diverso, una medicina di base diversa, un distretto diverso, degli operatori diversi significano un certo tipo di uso quindi una certa quantità.

La riforma, che io teorizzo, per oppormi alle politiche di de-finanziamento del sistema e a quelle contro riformatrici degli speculatori finanziari, ha lo scopo di abbassare la quantità di spesa, quindi rendere meno costoso il sistema, sapendo bene che il postulato resta che per abbassarne il costo della sanità devo riformarne sia il consumo che l’uso. Quindi il fabbisogno.

Chi propone ridicole tesi sull’insostenibilità della sanità, sulla sua non 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 culturali e anche perché no, i suoi interessi personali.

Ribadiamo ancora due cose:

- le mutue muoiono perché finanziariamente insostenibili
- Il servizio sanitario universale nasce per risolvere questo problema.

Questo è avvenuto perché il *consumo e l’uso* di medicina nel sistema mutualistico era diventato insostenibile a causa di una serie di fattori (evoluzione demografica, ruolo dell’innovazione, espansione della domanda di salute, cambiamenti culturali ecc) trascinando in questa crescita la spesa mutualistica.

Quindi la nuova riforma nasce per riformare:

- sia il consumo di sanità
- che l’uso di medicina.

Cioè per riformare il fabbisogno o se si preferisce il concetto di tutela che fino a quel momento aveva definito in senso mutualistico i modi di consumare e di usare la medicina.

Il sistema mutualistico esaurisce la sua funzione perché:

- vistoso è il divario tra ‘arretratezza culturale 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 tra le altre cose la funzione pratica di superare le tante diversità mutualistiche con l’uniformità dei trattamenti a scala nazionale. Quindi 40 anni fa l’universalismo non era considerato un problema ma al contrario 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 renderla meno costosa e a suo modo garantire la sostenibilità.

SIGNOR MINISTRO SE VUOLE l'universalismo della tutela non può favorire le difformità, se lei sviluppa il regionalismo differenziato e la seconda gamba, lei favorirà le diseguaglianze. Le suggerisco di reinterpretare il concetto di universalismo ma attenzione senza tradirne la vocazione etica.

Oggi la grande intermediazione finanziaria vorrebbe fare il contrario ritornare a trattamenti differenziati: gli indigenti da una parte e dall'altra differenziare l'assistenza sanitaria in base al reddito.

Oggi quindi l'uniformità dei trattamenti cioè l'universalismo, i lea, ecc dopo 40 anni sono considerati paradossalmente un problema di sostenibilità.

Oggi è vero che esistono le 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 difformi rapporti tra contributi/prestazioni.

Oggi le diseguaglianze esistono non perché non c'è l'universalismo ma perché l'universalismo è contraddetto dalla difformità dei fabbisogni creata dalla difformità della struttura dell'offerta.

Proprio per questo è illogico rispondere alla negazione dell'universalismo con la difformità dei trattamenti come propongono i nostri contro riformatori.

Ma anche rispondere con i costi standard (a parte la complessità tecnica e etica insita nella standardizzazione del costo) come propone il regionalismo differenziato, 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) e dell'uso (modo di fare medicina)
- se è un certo consumo che rende universale il sistema dell'offerta e se un uso diverso della medicina fa costare di meno tutto il sistema, allora la riforma del consumo e dell'uso, diventa la chiave di volta della sostenibilità.

Questo è il postulato base per una eventuale politica di riforme.

Il governo vuole cambiare? Bene definisca politiche adatte a riformare il fabbisogno. Se ci riuscirà avrà reso il sistema davvero sostenibile rendendolo finanziabile mettendolo al sicuro dalle contro-riforme.

Chi riuscirà in questa impresa è destinato ad entrare nella storia.

SIGNOR MINISTRO LE RI-PROPONGO per la seconda volta di istituire un board nazionale sulle priorità riformatrici, sino ad ora nessuno mai l'ha fatto e tutti sono andati avanti esattamente come lei, a casaccio

In chiusura del mio libro "la quarta riforma" scrivevo queste parole:

"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 (...) 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."

Ora che abbiamo "un governo del cambiamento" propongo a questo governo l'idea del board sperando che i concetti "cambiamento/riforma" siano,

non solo per me, ma anche per lui, equivalenti. Quello che propongo è una integrazione, un appoggio, un completamento della linea politica sulla sanità che è prevista nel “programma di governo”. Il “programma di governo” sulla sanità che, ovviamente nei singoli punti dichiarati, condivido (di certo non sarò io a rifiutare delle utilità finanziarie, cioè le famose boccate di ossigeno), relativamente ai grandi problemi della sanità, a mio giudizio restano, oggettivamente, al disotto delle emergenze reali. Il tentativo fino ad ora è stato di rammentare alcune, neanche tutte, vistose smagliature (il rifinanziamento della sanità pubblica, l’assunzione di personale, le liste di attesa, l’integrazione socio-sanitaria, l’intra moenia, il super tickets) ignorando le questioni più croniche, difficili e complesse, che meritano di essere affrontate anche con urgenza. Si tratta di questioni strutturali e sovrastrutturali “storiche” del sistema sanitario dalla cui soluzione dipenderà davvero il destino, cioè la tenuta, della sanità pubblica e che in quanto tali sono state regolarmente snobbate da tutti i governi che si sono succeduti fino ad ora. Francamente mi interessa più dare al sud i diritti alla salute che non ha, interrompendo la mobilità dei malati verso il nord, che non abolire il super ticket. Il programma di governo sulla sanità, a parte avere scelto certe scelte, limitandosi a mio parere a temi di mera razionalizzazione, si basa interamente sulla possibilità di incrementare la spesa sanitaria a sistema invariante. Cioè propone cose che inevitabilmente implicano una spesa. Ovviamente anche io so che, rispetto all’Europa, spendiamo poco, e che è arrivato il momento di interrompere, per lo meno, le politiche di de-finanziamento dei governi precedenti, ma nello stesso tempo so, per esperienza, che la sanità, nei processi di redistribuzione della spesa pubblica, in genere fa la fine del topo che resta intrappolato nei limiti che le politiche di bilancio, le assegnano, tutte giustificate dall’obiettivo di contenere la spesa pubblica e il disavanzo pubblico e di fare altre operazioni fiscali o sociali. È quello che in questi anni ho chiamato il rischio della “mollichella”, alla sanità si dà un contentino e si tira avanti senza risolvere mai, in modo risolu-

tivo, il problema vero del suo de-finanziamento. Se rifletto sulle operazioni previste dal programma di governo, sul contesto finanziario più complessivo, e sullo scarso potere negoziale del ministero della salute, temo che anche questa volta, nonostante il “programma”, alla sanità toccherà in qualche modo, la “mollichella”. E in ogni modo la politica della mollichella non sarà decisiva a risolvere le grandi contraddizioni del sistema. La legge di bilancio alla sanità non ha dato un granchè. Resto convinto che la sanità debba essere rifinanziata certo, ma, nello stesso tempo, debba essere liberata da tre cose molto costose: anti-economie, diseconomie e sprechi. Non sto pensando alla spending review cioè all’illusione che in sanità si possa risparmiare per via solo amministrativa, sto pensando che le anti-economie e le diseconomie, soprattutto hanno dietro una sanità sbagliata, ingiusta, inefficiente, inadeguata, da cambiare con un’altra sanità. Con l’aria che tira, con i problemi legati alla crescita del disavanzo pubblico, con una crisi economica che è ancora al di là dall’essere stata superata, dentro una recessione, non è possibile rifinanziare il sistema sanitario senza rimuovere le anti-economie “storiche” legate, per esempio alle riforme mai fatte, o a organizzazioni dei servizi anacronistiche, o a un vecchio modo di lavorare, o a disuguaglianze strutturali che spaccano il paese in due ecc.

SIGNOR MINISTRO PER FARLA FINITA con i tagli le propongo uno slogan “riforme come soldi e soldi come riforme”.

Sa che vuol dire?

Resto convinto che la sanità potrà essere adeguatamente rifinanziata se il rifinanziamento sarà controilanciato da interventi mirati a ridurre la consistenza complessiva del sistema e ad aumentarne la funzionalità e l’efficacia.

Dietro alle anti-economie c’è sempre una forma di sanità pubblica sbagliata, inadeguata, vecchia, che si esprime con modalità tutt’altro che apprezzate dai cittadini e che per questo creano altre diseconomie, ad esempio il contenzioso legale e le forme di medicina opportunistica costi eccessivi dei servizi.

Il nostro sistema pubblico, adeguatamente riformato, può costare di meno e dare di più, molto di più. La questione della sostenibilità che va avanti da tempo immemore è una questione speciosa e la deriva verso le mutue o il welfare on demand, è una vera truffa sociale ai danni dei cittadini e a favore degli speculatori. Il sistema pubblico è per sua natura sostenibile ma a certe condizioni. Sta a chi ha responsabilità di governo creare le giuste condizioni di sostenibilità.

Quindi penso che, la sanità nei confronti dell'economia sarebbe molto più convincente nelle sue richieste se tali richieste fossero garantite da una politica di riforme volte a raffreddare il "reattore" cioè capaci di intervenire sulla natura incrementale della spesa sanitaria e sulla innegabile vetustà del sistema che tra una cosa e l'altra ormai dimostra tutti i 40 anni che ha. In sintesi la proposta che avanzo è di istituire un board con lo scopo di:

- redigere per il governo un rapporto sulla riformabilità del sistema,
- di restituire al "programma di governo" quel respiro strategico che sulla sanità gli manca
- di dare al ministro della salute la possibilità, a parte di coniugare cambiamento con riforma, di proporre al paese una sanità giusta, che funzioni, adeguata ai tempi, e soprattutto che faccia davvero salute intendendo salute come una ricchezza a sostegno del pil non contro il pil.

Per fare il board, come scrivevo nel mio libro, *"le persone e le idee sono la questione più delicata"*. Quindi un board di competenti coordinato e diretto da qualcuno che abbia le idee chiare, una forte conoscenza del settore, che sappia dove mettere le mani, ma soprattutto che garantisca il risultato. Non si può istituire un board al buio e partorire un topolino.

Personalmente credo che il governo, da questa proposta, abbia solo da guadagnare in consenso politico, ma che il paese nel suo complesso ne abbia un gran bisogno.

Sino ad ora un *rapporto nazionale* a scala di sistema sulle criticità del ssn, al fine di fare un bilancio su 40 anni di riformismo sanitario, e promosso dal ministero della salute, non è mai stato fatto.

Sono stati pubblicati invece molti meritevoli rap-

porti, da parte di diversi soggetti di ricerca pubblici e privati, ma tutti orientati a mettere in evidenza aspetti particolari della problematica sanitaria in particolare l'andamento della spesa, i problemi dell'aziendalizzazione, quelli relativi alla sostenibilità, alle diseguaglianze, e all'accesso ai servizi ecc.

Nessun programma di interventi riformatori è possibile se prima non si dispone di una conoscenza profonda delle criticità del sistema.

Ribadisco serve un *rapporto* che esamini le criticità che sono emerse durante questi 40 anni di riformismo e contro-riformismo.

Un rapporto che indaghi sulla realtà delle cose, sugli esiti reali delle politiche sanitarie, adottate sino ad ora, cioè che ricerchi e ricostruisca i processi epigenetici a monte delle criticità che oggi sono sul tappeto. Un rapporto che faccia un bilancio sulle riforme fatte, delle decisioni prese, delle scelte politiche.

SIGNOR MINISTRO SE NON si affronterà il problema dell'inadeguatezza culturale e organizzativa del sistema nei confronti della domanda che cambia, il sistema sarà travolto dalla natura incrementale della spesa. L'offerta per costare meno dove essere più adeguata alla domanda. In ragione della domanda quindi l'offerta va ripensata.

La maggior parte dei problemi di inadeguatezza in sanità nascono quasi sempre tra:

- i problemi della legge di riforma
- e i problemi della sua attuazione.

A questi bisogna aggiungere quelli dell'insufficienza finanziaria, la quale, tuttavia, spiega solo in parte i problemi della sanità pubblica

Se ad esempio il modello di ospedale, o il sistema duale che distingue ancora oggi il territorio dall'ospedale, o una certa idea lineare di prevenzione, pongono grandi problemi di inadeguatezze, (mancata integrazione, mantenimento di modelli spersonalizzanti, costi elevati, organizzazioni inutilmente tayloristiche, visioni semplificate e deterministiche della salute ecc), allora vuol dire che tanto l'ospedale che il sistema duale o l'idea lineare di prevenzione rappresentano "modelli" che in quanto tali non sono stati riformati dalle leggi, pur avendo, queste leggi,

intenzioni e scopi riformatori. Questo vorrebbe dire che le leggi di riforma, a causa dei limiti culturali del tempo e quindi del legislatore, o di altro, non sono riuscite efficacemente a tradurre, in servizi e prassi adeguate, i grandi cambiamenti sociali ed economici che ne hanno giustificato la nascita

Oggi, dopo 40 anni, il sistema sanitario nazionale mostra, per tante diverse ragioni, molti squilibri, molte carenze, ma anche rispetto alle riforme fatte molti problemi di attuazione, di mancata implementazione, di eccessiva invarianza, e molti difetti di funzionalità, di arretratezza culturale, tradendo due tipi fondamentali di problemi.

- quelli legati all'*insoddisfazione sociale*, testimoniati da fenomeni come: la crescita costantemente progressiva del contenzioso legale, la presenza di vasti comportamenti opportunistici tra gli operatori, la violenza sugli operatori da parte dei cittadini esasperati, la crescente sfiducia di ampi strati sociali nei confronti della medicina ufficiale e nei confronti del servizio pubblico alle prese sia con problemi di accesso ai servizi che con gravi carenze funzionali, l'insoddisfazione di parti notevoli del paese che si trova nell'impossibilità di essere curati nella propria città e nella propria regione, cittadini in qualche modo costretti a compensare la tutela pubblica con una tutela privata sotto varie forme, ecc
- quelli legati alla *onerosità finanziaria* del sistema pubblico altrimenti detti di "*sostenibilità*" di cui ho già parlato diffusamente

Quindi oggi il governo ha due grandi problemi da affrontare:

- *l'inadeguatezza dell'offerta di tutela* nei confronti della domanda sociale
- *il governo della natura intrinsecamente incrementale della spesa sanitaria* vale a dire la difficile conciliazione tra la spesa sanitaria e la produzione di ricchezza economica nel paese.

SIGNOR MINISTRO FARE sostenibilità vale come promuovere l'adeguatezza cioè il rapporto tra domanda e offerta per questo le sue politiche ordinarie sono un problema

Se riflettiamo bene 40 anni fa si è fatta una riforma perché il sistema mutualistico già a quel tempo era considerato inadeguato. Quindi la strategia al fondo

della riforma era quella già 40 anni fa della "*adeguatezza come sostenibilità*". Solo se il sistema è adeguato alla domanda della nostra società esso è sostenibile. L'adeguatezza quindi funzione di sostenibilità.

A 40 anni di distanza, si può dire che per tante ragioni non siamo riusciti a creare le condizioni di adeguatezza sufficienti a rendere sostenibile il nuovo sistema.

Tuttavia, in questi anni, si è creduto di poter fare "sostenibilità" senza fare "adeguatezza" cioè si è pensato che la sostenibilità fosse solo un problema strettamente economico e non sociale e meno che mai culturale, risolvibile con decisioni solo economiche, o meglio economicistiche, (contenimento della spesa, tagli, sprechi, spending review, razionalizzazione, de-finanziamento).

In realtà la sostenibilità dovrebbe essere considerata l'esito di tante e diverse idee di adeguatezza (sociale culturale scientifica filosofica e anche economica ecc) che co-emergono coordinando, appunto con una riforma, le tante variabili, di genere diverso, che insistono nel sistema della salute collettiva e individuale.

Sostenibilità è complessità e, in quanto tale, non è riducibile a sola economia finanziaria.

La scelta strategica che il "governo per il cambiamento", dovrebbe fare, è quella di riprendere il processo riformatore interrotto e vanificato correggerlo, se è il caso, e compierlo, quindi completarlo perché i problemi, a monte della riforma di 40 anni fa, oggi non solo sussistono per gran parte, ma si sono esasperati creando quattro grandi questioni politiche:

- la crescita dell'*insoddisfazione sociale* e della sfiducia delle persone nei confronti del sistema pubblico quindi un importante problema di delegittimazione accompagnato da un crescente fenomeno di dissenso politico in vasti strati della popolazione
- la crescita delle diseguaglianze causata anche non solo dagli squilibri ma anche dalla frammentazione della governance in tanti "regionismi" vale a dire una fraintesa concezione dell'autonomia regionale alla quale corrisponde l'indebolimento di un governo nazionale
- la messa in discussione della natura pubblica del sistema e dei principi di universalità e di solidità

rietà che lo sostengono e il crescere di una competizione, neanche troppo malcelata, tra pubblico e privato che tende a riportare l'orologio della storia indietro cioè al sistema mutualistico e assicurativo

- la crescita della costosità del sistema in quanto sistema

Tali grandi questioni spiegano il perché anche oggi, probabilmente più di ieri, è l'idea di riforma, imperniata sulla complementarità adeguatezza/sostenibilità che resta, come 40 anni fa, la risposta strategica ai tanti problemi della sanità.

Se:

- per riforma intendiamo tanti cambiamenti simultanei, in diversi ambiti del sistema, a diversi livelli, allora essa è l'insieme di una sinergia organizzata che produce adeguatezza e quindi sostenibilità
- nonostante le riforme fatte, oggi, abbiamo un sacco di problemi sia di adeguatezza che di sostenibilità, siamo quindi autorizzati a pensare che le riforme fatte, all'atto pratico, si siano rivelate incompiute o parziali o addirittura contraddittorie, o semplicemente inattuabili.

Se:

- intendiamo sostenibilità come l'esito di un sistema adeguato ai suoi riferimenti sociali scientifici economici, allora essa non è più un problema di compatibilità ma diventa un problema di equilibrio tra tante cose quindi tra tutto quanto contribuisce a tale equilibrio producendo adeguatezza e sostenibilità
- l'equilibrio dipende dalla "riforma", cioè da qualcosa concepito per coordinare tanti cambiamenti diversi, allora "riforma, sostenibilità adeguatezza" sono la stessa cosa.

SIGNOR MINISTRO SA PERCHÉ serve una "quarta riforma"? Perché senza una politica del cambiamento che vada oltre l'ordinario non si riducono i costi dell'inadeguatezza cioè dell'uso sbagliato della medicina, ma se questi costi non calano allora, nei contesti economici dati, è sempre più difficile rifinanziare il sistema. Per rifinanziare il sistema è necessario riformare il sistema.

Al governo propongo sulla base di un rapporto di

mettere a punto un sistema più adeguato per renderlo allo stesso tempo meno finanziariamente oneroso o se si preferisce più sostenibile.

Lo slogan è il seguente: *la riduzione dei costi dovuti ad inadeguatezza è la condizione per programmare il rifinanziamento del sistema*

Si tratta di intervenire con degli atti riformatori, su quelle che abbiamo definito già come anti-economie, diseconomie e sprechi. Si tratta di costi arbitrari, intendendo, per "arbitrario" un costo che è inutilmente maggiore quando potrebbe essere, a certe condizioni più basso, ma senza ledere i diritti delle persone.

Quindi l'altro slogan oltre a quello di "adeguatezza quale sostenibilità" potrebbe essere "riforme non tagli".

Sino ad oggi nulla si è fatto sulle anti-economie, poco sulle diseconomie e altrettanto poco sugli sprechi. Le uniche soluzioni che hanno veramente funzionato dal punto di vista del contenimento dei costi sono stati i piani di rientro e il de-finanziamento programmato, ma pagando, entrambi, il paradosso di sistemi già storicamente inadeguati che, a causa di ulteriori deprivazioni, sono diventati ancor più inadeguati fino alla negazione dei diritti fondamentali. Ciò è avvenuto, anche se con gradi diversi, praticamente da per tutto. In modo più accentuato al sud meno accentuato al nord.

È inutile dire che le politiche degli ultimi decenni, il de-finanziamento del sistema, il blocco delle assunzioni, gli interventi drastici sulla dotazione dei posti letto in ospedale, il condizionamento dell'operatività dei servizi, l'espandersi della medicina amministrata, l'uso economicistico di valori come l'appropriatezza, una eccessiva e acritica standardizzazione dei servizi, il blocco sostanziale della contrattazione, la burocratizzazione delle professioni e ancora molte altre cose che per brevità non si citano, hanno accentuato i problemi di inadeguatezza del sistema creando un crescente problema di insufficienza.

Quando, alle *inadeguatezze*, ad esempio culturali, soprattutto dei modelli e delle modalità operative e quindi delle prassi, che oggi ancora sono alla base dei servizi sanitari, si sovrappongono le *insufficienze*

economiche-organizzative, sorgono delle vere e proprie criticità.

Cioè dei “punti di crisi” o, usando il linguaggio della matematica, delle “catastrofi, quindi delle discontinuità che lacerano i rapporti tra la sanità e la società tra la medicina e il cittadino tra pil e diritti tra etica e economia.

Questo vale per ogni settore del sistema sanitario, nessuno escluso, quindi dall’ospedale con la criticità dei pronti soccorsi, per arrivare ai distretti, ormai con delle dimensioni molto poco distrettuali, e alle grandi funzioni che sostengono il sistema come la medicina generale e la specialistica, per non tacere di grandi aree come la prevenzione primaria i cui dipartimenti versano in condizioni pietose, la salute della donna e del bambino, la salute mentale, ecc. Quindi il terzo slogan: *l’inadeguatezza crea insufficienza*

SIGNOR MINISTRO HO il sospetto che lei non abbia capito che in parte la nostra cronica insufficienza finanziaria è causata dalla inadeguatezza culturali delle sue politiche. Si ha capito bene: cultura vale in sanità come economia.

In genere, in questi anni, le rivendicazioni e le critiche, rivolte alle politiche sanitarie dei precedenti governi, hanno riguardato il superamento delle *insufficienze finanziarie* in nessun caso il superamento delle *inadeguatezze culturali*. Cioè l’attenzione, degli attori della sanità pubblica, nei confronti delle inadeguatezze, sino ad ora, è stata pressoché zero.

L’attenzione è stata solo per i problemi della sufficienza finanziaria, ma non per quelli di inadeguatezza culturale. Questo è un indice di conservatorismo, nel senso che si tratta, con la sufficienza, di confermare lo status quo delle cose ma non di cambiarlo. Il risultato finale è un sistema che costa di più ma continua a funzionare male e in ragione di ciò esposto nel tempo al de-finanziamento coercitivo ed ad accrescere lo spazio del privato concorrente ma nello stesso tempo a perdere la fiducia nella gente.

Anche, pensando di assumere del personale e, quindi, sbloccare le assunzioni o di riequilibrare il nu-

mero dei posti letto per abitante, oggi eccessivamente basso, o di rifinanziare i servizi, o di restituire alle professioni le loro autonomie, al massimo si possono ridurre i problemi di insufficienza ma non quelli di inadeguatezza. Se il modello di ospedale, ad esempio, è inadeguato, sia nei confronti delle necessità sociali che nei confronti dei costi economici, perché produce sfiducia e insoddisfazione e costa come costa un certo modello novecentesco di ospedale, la questione dell’inadeguatezza, resta, anche se si aumenta il numero dei posti letto e si assumono operatori.

Se si interviene solo sui problemi di insufficienza inevitabilmente aumenta la spesa, cioè servono sempre più risorse, e la natura incrementale della spesa sanitaria, viene esasperata. Se si interviene sui problemi di inadeguatezza allora, anche recuperando le insufficienze del sistema, la spesa resta sotto controllo cioè la sua crescita è compensata dalla sua crescente riqualificazione e la sanità è rifinanziabile.

Per intervenire efficacemente sulle inadeguatezze e ristabilire condizioni operative sufficienti servono due cose da assumere politicamente come inseparabili:

- un programma di interventi riformatori mirati
- un piano di rifinanziamento della sanità

È impossibile rifinanziare il sistema con un atto finanziario una tantum, ma nello stesso tempo nessun piano di rifinanziamento è possibile se prima non è disponibile un piano di riforme mirate alla rimozione delle inadeguatezze.

Le riforme, quindi, sono l’unico modo per evitare che la spesa sanitaria cresca inopinatamente ma senza accrescere in modo significativo le qualità e le utilità del sistema che la determina.

Le riforme, in futuro, debbono svolgere lo stesso ruolo finora svolto dai tagli lineari. Cioè debbono ridurre la spesa ma a differenza dei tagli lineari, senza ridurre i diritti dei cittadini.

Tre slogan

A partire dal postulato generale della *riforma del fabbisogno* i tre slogan che potrebbero riassumere una strategia di riforma sono i seguenti:

- adeguatezza come sostenibilità
- riforme non tagli

■ discontinuità nella continuità

Questi tre slogan sono alla base di una sorta di un “nuovo contratto sociale” quindi un “nuovo corso” tra il governo i cittadini e gli operatori, con lo scopo di risollevarne, i diritti delle persone dalla grande mortificazione in cui, in questi anni, sono caduti a

causa, alla fine, di un pensiero riformatore che sino ad ora non è mai stato tale fino in fondo.

Chi pensa di cambiare la sanità senza riformare tutto quello che in essa è contenuto, alla fine non vuole cambiare. Rassegnatevi all'evidenza: non si cambia se non si riforma.