

Ivan Cavicchi, "I mondi possibili della programmazione sanitaria." (Mc Graw Hill Milano, 2012)

Sintesi a cura dell'autore

La sanità pubblica avrebbe bisogno, a 40 anni dal mai veramente superato sistema mutualistico, di essere ridefinita nelle sue tutele come sistema, come organizzazione, come lavoro operativo, ma non è consigliabile mettere mano all'ennesima riforma di sistema. La programmazione se rinnovata nei suoi presupposti, nelle sue logiche e nelle sue metodologie, può svolgere una funzione riformatrice nel pieno rispetto dei principi etico-sociali previsti dall'art. 32 della Costituzione.

Le ragioni di tale necessità, cioè cambiare il sistema ma senza sacrificare la sua natura pubblica, riguardano a) la domanda di salute che non si può continuare a tagliare o comprimere o tassare senza ledere significativamente i principi di eguaglianza e di solidarietà, b) la necessità di contenere i costi dell'offerta di servizi in una situazione dove spesa sanitaria e pil sono in conflitto mettendo a rischio le garanzie. Il volume per ricomporre questo conflitto tra domanda e offerta, propone altre politiche sanitarie spingendosi oltre le tradizionali soluzioni di "compatibilità" che nel tempo impoveriscono il sistema, preferendo ad esse le soluzioni di "compossibilità tra diritti e limiti economici" soprattutto per ridurre significativamente l'alto grado di antieconomicità strutturale del sistema. Nel sistema sanitario esiste infatti un grado ormai insopportabile di antieconomicità che è assurdo far pagare ai cittadini imponendo loro continuamente dei ticket o conservandolo ma privatizzando il sistema quindi alterando la sua natura pubblica.

L'antieconomicità è diversa dai problemi più superficiali di inappropriatazza, essa si affronta con il cambiamento perché la razionalizzazione o la semplice riorganizzazione non basta. Essa è dovuta a disfunzionalità, a cattivo uso, a impieghi distorti, o a comportamenti opportunistici, ma soprattutto a modelli di servizi vecchi, al grado di invarianza del sistema, a scarso grado di innovatività delle organizzazioni, a modalità operative superate, a fraintese concezioni aziendali, ecc. Il sistema sanitario con un basso grado di innovatività diventa antieconomico come se fosse meno adeguato rispetto ai bisogni della gente e ai limiti economici imposti, perché produce meno benefici di quelli che potrebbe produrre. I benefici non prodotti si trasformano in nuovi costi e nuova spesa. Quindi se davvero si vuole risparmiare bisogna cambiare.

In quella che oggi si definisce "spending review", riferita alla spesa sanitaria bisognerebbe mettere i costi delle truffe e della corruzione, della medicina

difensiva, del contenzioso legale, dei comportamenti opportunisti, di una azienda sbagliata, di un modello di finanziamento che ormai non funziona più, di una prevenzione marginale, della lottizzazione degli incarichi, dei distretti sbagliati, dei dipartimenti finti, degli ospedali che si riorganizzano in superficie senza mai ripensare il loro vecchio modello di base, degli operatori considerati come dei burocrati, dei direttori generali di aziende inappropriati ecc... sono tutte incongruità che assommandosi ai tradizionali costi produttivi accrescono il grado di antieconomicità del sistema.

Ciò che si cerca di sottolineare è l'assurdità delle azioni finora sempre mirate ad aggredire certi costi (i servizi, i posti letto, i punti nascita, il costo degli organigrammi, i contratti degli operatori, la domanda con i ticket ecc) ma senza incidere veramente sulla vera antieconomicità intrinseca al sistema quasi proteggendola facendo pagare ad altri i suoi costi sociali ed economici. Una nuova programmazione quindi per battere l'antieconomicità del sistema e per dare più qualità ai cittadini. In particolare il volume affronta quattro grandi questioni:
il lavoro, gli operatori e le professioni, se cambia il lavoro cambia la sanità, si tratta di abbandonare le concezioni burocratiche a favore di una nuova cultura di imprenditorialità diffusa;
la domanda di salute e quindi i cittadini non possono essere visti come la controparte dell'offerta;
la produzione di salute, per ridurre veramente la spesa sanitaria si devono ridurre le malattie;
nuovi modelli di servizi andando ben oltre le vecchie e inutilmente costose divisioni del lavoro, puntando a ricostruire con sistemi interconnessionali l'unità delle tutele, non ha senso organizzare delle divisioni e dopo tentare delle integrazioni.

Come fare? Cioè come "costruire" questi cambiamenti? Nel libro la soluzione innovativa sta, in un certo senso, nel rovesciare la prospettiva dell'obiettivo della programmazione che diventa la progettazione delle condizioni in cui realizzare gli obiettivi stessi.

Sino ad ora, infatti, i piani sanitari sono stati impostati per obiettivi o per azioni programmatiche ma senza ottenere grandi risultati. Se, però, non si creano le "condizioni per.." è difficile raggiungere un obiettivo quindi è necessario che la programmazione fissi in partenza dei "condizionali" cioè dei modelli esecutivi che garantiscano le condizioni per attuare il programma. Il ragionamento del condizionale è "se...allora": "se" si vuole davvero cambiare l'ospedale "allora" si devono progettare certe "condizioni per" e in quelle condizioni si devono mettere sia i problemi dei cittadini sia quelli della spesa.

Se si vuole davvero cambiare il lavoro in sanità allora si deve definire il condizionale per un nuovo tipo di operatore ecc.

La proposta di programmazione che ne esce spero sia suggestiva e stimolante. Si tratta di non sottrarsi alle sfide complesse del tempo che non sono solo economiche, e di farlo senza sacrificare il grandi valori etici e sociali insiti in un sistema di sanità pubblica.