

La controriforma della sanità italiana

2015-03-23 06:03:40 Redazione SI



Ivan Cavicchi

Con i progressivi tagli lineari della sanità, le Regioni stanno imboccando la strada neoliberista destrutturando il sistema e spingendo almeno parte della domanda verso il privato. Per salvare la sanità pubblica dalla sua controriforma abbiamo bisogno di un pensiero riformatore che combatta la regressività e affronti il limite economico rendendo “compossibili” i diritti delle persone con i limiti economici.

Con gli ultimi tagli lineari al Fondo sanitario nazionale, tutte le Regioni si trovano a dover fronteggiare una ulteriore restrizione finanziaria. La maggior parte di esse hanno messo mano con delibere o leggi regionali ad una operazione di riduzione dei costi, definita genericamente di “riordino”. Sotto l’egida del riordino sta passando di tutto, dal ridimensionamento della rete ospedaliera, alla riduzione del numero di aziende, alla restrizione dei livelli occupazionali, per non parlare delle misure tese a dare legittimazione a forme spurie di mutualità integrativa. La distinzione tra “riordino” del sistema e “controriforma” del sistema ormai è saltata, nel senso che il riordino in molti casi ha adottato apertamente modalità contro-rifformatrici. **Un esempio sono le misure tese a ridurre il numero di aziende che sono palesemente una controriforma della legge 502 del 1992.** Le Regioni stanno secondo me imboccando in un modo o nell’altro, la strada neoliberista destrutturando il sistema e spingendo almeno parte della domanda verso il privato. Esse, in tutti questi anni a mio avviso sono state più soggetti amministrativi che riformatori, nel senso di non possedere un loro pensiero riformatore originale. Sino ad ora hanno “amministrato” politiche sanitarie anche restrittive ma comunque dentro un paradigma pubblico. La novità è che oggi per amministrare i tagli lineari, i piani

di rientro ,ecc il paradigma pubblico si rivela troppo stretto. Da qui la tentazione di andare oltre di esso.

Prima e dopo il riordino. Le politiche marginaliste

Come siamo arrivati al riordino? Cioè il riordino da quali politiche è stato preceduto? Andando in dietro a partire dai tagli lineari e trascurando la *spending review*, che in sanità non è stata fatta, abbiamo avuto:

- misure urgenti in tema di contenimento della spesa sanitaria (anni 80/90)
- aziendalizzazione cioè politiche di riforma della gestione (502/1992)
- razionalizzazione e riorganizzazione del sistema cioè il tentativo di coniugare economicità efficienza e appropriatezza (229/1999)
- politiche di definanziamento programmato (da Tremonti in poi)

Queste politiche negli anni passati, cioè dagli anni 80 ai nostri giorni, sono state di volta in volta le risposte ai problemi finanziari sempre più crescenti della sanità. Tutte quante in un modo o nell'altro si sono basate su un presupposto strategico: **rendere finanziariamente compatibile il sistema intervenendo su alcune sue variabili ma a invarianza di sistema puntando ad ottimizzare al massimo lo scopo del risparmio nelle sue varie forme**. Negli anni 80 la spesa sanitaria veniva contenuta con semplici misure di risparmio ospitate in genere nelle leggi finanziarie. Negli anni 90 man mano che cresce il problema del limite economico si mettono a punto vere e proprie leggi di "riforma della riforma" ma tutte fondamentalmente a sistema di servizi invariante. Definisco **politiche marginaliste**: tutte le misure che hanno lo scopo di volta in volta di ottimizzare l'invarianza di un sistema intervenendo solo su alcune delle sue variabili: la gestione, i posti letto, gli standard, il tempo di impiego, l'integrazione, ecc.

Se oggi le regioni ricorrono alle politiche di riordino allora vuol dire che tutte le politiche sino ad ora adottate per una ragione o per l'altra si sono rivelate nel loro complesso insufficienti, a volte sbagliate, a volte incongrue. La questione da capire è se si tratta di un problema di insufficienza delle soluzioni tecniche o se è una questione di inadeguatezze delle politiche marginaliste in quanto tali. A me pare che il problema non riguardi tanto le soluzioni tecniche che pur dei risultati hanno prodotto ma riguardi il marginalismo che non riesce più a compensare con quelle soluzioni il limite economico. Mi sono convinto che:

- ogni soluzione marginalista del passato è stata funzione delle dimensioni del limite economico del momento, così ad esempio l'azienda nel 1992 era riferita a un certo limite economico, la razionalizzazione del 1999 ad un limite economico più rilevante
- nel mentre cresce nel tempo l'entità del limite economico le soluzioni marginaliste si rivelano sempre più insufficienti a compensarlo cioè l'approccio si rivela inadeguato ancor prima delle singole e specifiche soluzioni.

Se questo ragionamento è plausibile, in questo caso, i tagli lineari, ad esempio, cioè il passaggio da una politica reversibile di sotto-finanziamento ad una politica irreversibile di de-finanziamento, ci dicono semplicemente che oggi (ma io dico ormai da un bel po') la filosofia del DL 229 che è quella della razionalizzazione non basta più nel senso che le soluzioni marginaliste (*accountable, effective, efficient*) non bastano più. **Con il de-finanziamento il marginalismo cede il terreno al contro-riformismo, cioè alle politiche di riordino perché nel suo complesso non riesce più a compensare i limiti economici imposti.** Cioè a limite economico crescente le regioni non agiscono più su alcune variabili marginali del sistema ma intervengono sui suoi componenti strutturali (numero di posti letto, numero di ospedali, numero delle aziende, numero degli operatori, ecc) . **A questo punto è lecito chiedersi : se persistesse il de-finanziamento e le soluzioni marginali fossero soppiantate sempre più da quelle strutturali di stampo contro riformatore... dopo il riordino... cosa potrebbe accadere?**

Per rispondere a questa domanda è utile considerare gli orientamenti contro riformatori già in corso, cioè le tendenze di alcuni provvedimenti regionali:

- crescente deaziendalizzazione
- centralizzazione crescente della gestione
- esternalizzazione non solo dei servizi ausiliari (pulizie, pasti, ecc), ma addirittura di parti del sistema di cura
- ricorso a sanità integrative e sostitutive
- crescenti forme di privatizzazione
- crescente ricorso al copayment
- riduzione dei livelli occupazionali
- decapitalizzazione crescente del lavoro
- riduzione degli attuali livelli occupazionali

Quale è il senso di queste tendenze? Esse ci dicono che se nei confronti di un limite economico sussistente e crescente non si cambiano le politiche perderemo il sistema pubblico.

La falsa soluzione obbligata

Tutte le regioni propongono le politiche di riordino come soluzioni obbligate e quindi senza alternative, sapendo noi tutti che la soluzione è obbligata ma rispetto ai limiti progettuali e riformatori delle regioni, non rispetto ai problemi oggettivi della sanità e alle loro soluzioni possibili e rispetto alle concepirabilità di altri mondi sanitari possibili. Un limite economico si può compensare riducendo le malattie, combattendo gli sprechi, riprogettando il sistema dei servizi ecc

Quello che si pensa di risolvere con una gestione centralizzata, o con la riduzione del numero delle asl, o con l'espulsione di un certo numero di esuberanti dal mercato del lavoro, può essere risolto in molte altre maniere ma per essere credibili ciò sarebbe possibile ad una sola vera condizione: **opporre ad un pensiero contro riformatore un pensiero riformatore sapendo che un**

pensiero per essere riformatore non può essere marginalista. Cioè non possiamo rispondere alla controriforma proponendo a nostra volta singole soluzioni tecniche in un sistema fondamentalmente invariante (azzerare gli sprechi, attuare l'H 24, penalizzare l'improprietà, fare più prevenzione, integrare l'ospedale con il territorio ecc). Davanti ad un limite economico noi possiamo scegliere due strade:

- considerarlo quale condizione limitante, per cui il limite decide altri limiti ai quali sottoporre la sanità
- considerarlo una possibilità, per cui se i soldi sono pochi si riconcepiscono i modelli, le prassi, le modalità dei servizi, i servizi stessi ecc

Cioè davanti ad un limite economico si può, contro riformare, cioè tagliare o riformare cioè cambiare . Quindi la vera questione non è limite economico in quanto tale che ovviamente dovrà comunque essere definito in modo ragionevole, ma è come lo affrontiamo sapendo che sarebbe irrealistico non affrontarlo. Noi dobbiamo dimostrare che i limiti economici si possono governare in altro modo, cioè che per governarli non necessariamente dobbiamo sfasciare il sistema. L'unico modo per fare questo che io vedo è: **definire un pensiero riformatore più avanzato e quindi abbandonare tanto la logica compatibilista che si limita ad adattare il sistema ai limiti economici, quanto quella marginalista che non concepisce che si possano avere altre forme possibili di sanità pubblica.**

Regressività e compossibilità

Ma il sistema sanitario non ha solo il problema del limite economico, ne ha un altro implacabile quanto il primo che è la regressività. Quando un sistema nei suoi modelli culturali è invariante mentre tutto cambia diventa regressivo. La regressività è costosa sotto ogni punto di vista e produce dis-economie e anti-economie ma a differenza del limite economico tout court essa è un problema soprattutto culturale e riguarda i modelli di servizi, di professioni, di governance, quindi il tipo di tutela, di assistenza, di cura, le prassi professionali. I nostri modelli di ospedale, di distretto, di professione, di assistenza ,di cura ...in una parola di tutela...sono invecchiati per cui oggi il nostro sistema per un sacco di ragioni ha nel suo complesso un forte grado di regressività. Alcuni problemi molto costosi quali il contenzioso legale, la medicina difensiva, l'errore medico, la poca efficacia e funzionalità, sono tutti riconducibili alla regressività.

Le politiche contro-rifformatrici non si preoccupano dei problemi di regressività ma solo di problemi finanziari. Le politiche riformatrici invece rispondono ai problemi di bilancio affrontando i problemi di regressività del sistema. **Questi non si affrontano con la logica marginalista ma con quella riformatrice e con una logica più avanzata della compatibilità... che è quella che io chiamo "compossibilità" .**

Due o più cose sono compossibili se tra di loro non vi sono contraddizioni. Il

sistema non sarà mai compossibile con i diritti delle persone e con i limiti economici se sarà regressivo.

Oggi a causa tanto del limite economico che della regressività la relazione diritti e risorse rischia di essere dichiarata come incompatibile o insostenibile. Ma se noi rimuovessimo le contraddizioni che esistono in questa difficile relazione essa potrebbe essere compossibile. Rimuovere delle contraddizioni non è la stessa cosa che risolvere dei problemi, nel primo caso si deve riformare nel secondo caso basta riorganizzare o razionalizzare.

Il ragionamento è semplice: un ospedale, un servizio, una professione, una pianta organica non è mai incompatibile in senso assoluto con un limite di spesa ma può essere compossibile in senso relativo con esso... a condizione di...

La compossibilità quindi fissa condizioni/condizionali per fare in modo che tra i diritti e le risorse o il lavoro e la spesa pubblica o ancora l'azienda e il territorio... o i bisogni di salute e l'offerta di tutela... non vi siano contraddizioni.

In sintesi: **per salvare la sanità pubblica dalla sua controriforma abbiamo bisogno di un pensiero riformatore che combatta la regressività e affronti il limite economico rendendo compossibili i diritti delle persone con i limiti economici.**

In questa ottica vanno individuati i diversi capitoli di una eventuale politica della compossibilità che a mio avviso sono:

- produzione di salute come ricchezza quindi creazione di salute come condizione per uno sviluppo sostenibile,
- ricapitalizzazione del lavoro attraverso una riforma della concezione dell'operatore, delle prassi, dei compiti, degli impegni e dei sistemi retributivi,
- riconversione dell'attuale sistema dei servizi a partire dal luogo di vita del cittadino quindi a partire da un ripensamento radicale delle vecchie concezioni di distretto, di territorio e di cure primarie,
- nuova governance, quindi ripensamento dell'azienda sanitaria nel senso di un management diffuso,
- nuovo ruolo dei cittadini e delle loro comunità, da intendersi come primi produttori di salute.

Ivan Cavicchi, Docente all'Università Tor Vergata di Roma, esperto di politiche sanitarie.

