

LA GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI*

di Andrea DES DORIDES

Il discorso sulla salute richiama immediatamente i valori che stanno alla base del patto di convivenza di una comunità. Qualunque scelta sul governo di quel complesso sistema istituzionale e produttivo che chiamiamo sanità esprime immediatamente una visione politica della società e del sistema di diritti e doveri inclusi nel «contratto» tra Stato e cittadini.

Da qualche tempo è in corso un ampio dibattito sull'opportunità di rivedere il sistema di *governance* e di finanziamento del Servizio sanitario nazionale dopo dieci anni dall'entrata in vigore del d.lgs. 229/99 («Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419») e della successiva riforma del Titolo V della Costituzione. Infatti, la realizzazione del dettato legislativo ha prodotto effetti molto diversi nelle singole realtà regionali. Differenze sia nel modello istituzionale adottato sia negli esiti in termini di salute e di controllo della spesa. La condizione in un certo senso di *default* di alcuni Servizi sanitari regionali del centro-sud del paese, con la conseguente applicazione della procedura di commissariamento da parte del governo centrale, contribuisce a rendere irrimandabile una revisione e rafforza la spinta ad una riforma in senso federalista dello Stato.

L'analisi di sistemi di *governance* e la scelta tra differenti modelli di finanziamento e di organizzazione costituiscono, però, un percorso da affrontare con estrema cautela perché presuppone la condivisione di alcuni concetti preliminari e discriminanti, dei quali si tendono invece a dare per scontati il significato e la portata. Si rischia di considerare questioni di ingegneria di *governance*, di tecnica organizzativa o economica, quelle che in realtà sono fondamentali scelte politiche.

1. Il cittadino/il malato è il centro del sistema. Come può avere un ruolo attivo ed esercitare il controllo sulla gestione dei servizi?

Innanzitutto occorre distinguere la categoria «cittadino» dalla categoria «malato». Il Ssn riguarda tutti, se è vero che la sua *mission* è la tutela della salute e non solamente la produzione di prestazioni sanitarie mirate alla cura di una patologia. Risponde a un diritto fondamentale generale e non al bisogno di una, sia pure eccezionale, categoria di «utilizzatori». La imprescindibile tutela della parte dei cittadini più fragile, in quanto colpita da una patologia, non pone direttamente una questione di *governance*, ma va affrontata con una definizione della rete assistenziale mirata alla reale presa in carico del malato, con l'istituzionalizzazione del confronto con le organizzazioni degli utenti e con gli organi di tutela – come il difensore civico – e, in ultima analisi, con strumenti di sostegno legale e assicurativo nei casi di malasanià. Tutt'altra cosa è il ruolo attivo del cittadino nelle scelte di politica della salute, nella definizione dei servizi attesi e delle loro caratteristiche, nel controllo degli esiti e dei comportamenti. Questo ruolo può essere esercitato in due modi.

Di fatto, in quanto consumatore attivo o potenziale.

In questa accezione il ruolo attivo è esercitato con gli strumenti tipici del mercato: l'assoluta libertà di scelta del «fornitore», la libera concorrenza tra operatori pubblici e privati come condizione del miglior rapporto costo/prestazione, l'appropriatezza della prestazione e l'universalità

* Di prossima pubblicazione nel volume di Astrid, *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, a cura di Claudio De Vincenti, Renato Finocchi Ghersi e Andrea Tardiola, il Mulino, 2011.

dell'accesso affidate alla dinamica del rapporto domanda/offerta ecc. È evidente il rischio di contraddire il principio costituzionale dell'universalità – la salute come diritto – introducendo elementi di disuguaglianza in termini di capacità di contare e avere servizi in funzione del potere economico o di accedere alle informazioni in funzione degli strumenti culturali. In realtà si torna a una concezione con al centro non il cittadino ma il caso patologico e quindi la prestazione. Per di più «comprata» da un soggetto fragile come la persona affetta da una patologia, la quale rischia così di non essere un «consumatore» assennato, se non altro per il rapporto tendenzialmente transferenziale che lo lega al fornitore della cura. Si verrebbe in tal modo a configurare un altro passo nel processo di trasformazione del cittadino in consumatore teleguidato in atto nel nostro paese. Particolarmente grave perché relativo alla tutela di un diritto essenziale.

Di diritto, in quanto azionista.

In questo caso la titolarità di un ruolo nella *governance* deriva dall'essere possessore di una «quota» come cittadino/contribuente/persona. In un sistema a democrazia consolidata questo ruolo non può che essere esercitato indirettamente attraverso la rappresentanza negli organi di governo che si articolano secondo la sussidiarietà verticale (Stato, Regioni, Comuni, Province). La diffusa sfiducia nei confronti della politica – vissuta come un qualcosa da cui difendersi per la sua incapacità di tutelare l'interesse generale – rende sempre più arduo l'esercizio di questa delega e si corre il rischio di spingere il sistema verso modelli di gestione contraddittori, complessi al limite dell'irrazionalità e, soprattutto, inadeguati a garantire un efficace e virtuoso governo della cosa pubblica. La politica e la sua espressione di governo non possono e non devono abdicare al proprio ruolo. Non si tratta di inventare chi sa quali alchimie istituzionali, ma di predisporre strumenti di trasparenza e di responsabilità coerenti:

- programmazione formalmente definita e concertata tra gli organi di governo nei vari gradi della sussidiarietà verticale;
- nomine fiduciarie del *management* e dei membri degli organi collegiali, purché effettuate da albi pubblici con notorietà del *curriculum* professionali;
- sistemi di valutazione delle prestazioni sia delle strutture sia dei singoli *manager*, predisposti e gestiti da organismi indipendenti di alto livello professionale e scientifico;
- attribuzione di *rating* ai servizi sanitari del tipo di quelli utilizzati per l'affidabilità finanziaria;
- pubblicità delle valutazioni;
- pubblicità degli obiettivi delle strutture e del *management*.

Interventi di questo tipo possono contribuire a contrastare la sfiducia nella politica e ad attuare il ruolo potenziale di controllo della cittadinanza sulle scelte gestionali del sistema. Rendono però necessario innovare l'assetto di *governance* – perlomeno a livello regionale – sul piano dei processi di determinazione degli obiettivi da perseguire e di valutazione dei vincoli da rispettare. Sarebbe opportuno che il potere di indirizzo e controllo, tipico dell'azionista, continuasse a essere esercitato *in primis* dal governo regionale, ma recuperando un ruolo dei Comuni – tra l'altro titolari di molte deleghe in campo sociale – soprattutto per quella fascia di servizi che chiamiamo «sanità territoriale» e per l'area socio-sanitaria. Non deve spaventare l'assonanza con i Comitati di gestione – in pratica «criminalizzati» nella fase successiva alla riforma del d.lgs. 502/92 («Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421») – ma va ripensata la *governance* delle aziende introducendo o rafforzando, ove già presenti, il ruolo degli organi collegiali in modo che, pur con un controllo maggioritario della Regione, sia possibile un'effettiva presenza degli enti locali afferenti al territorio di competenza, proporzionale alla responsabilità politica ed economica e con funzione di veri e propri consigli di amministrazione. In questo senso si deve prestare grande attenzione al modello delle «Società della salute» avviate in Toscana (aziende consortili per la gestione dei servizi socio-sanitari con organi collegiali e gestionali misti tra Asl e Comuni del territorio di competenza). Analogamente si potrebbe procedere per le aziende ospedaliero-universitarie, inserendo le università nella composizione degli organi

collegiali di indirizzo e controllo. Non è difficile immaginare la diffidenza che questa ipotesi può suscitare. Questa giustificatissima reazione va combattuta con quegli strumenti di trasparenza (*rating*, albi, pubblicità dei *curriculum*, definizione delle incompatibilità, distinzione gestione/indirizzo) cui si è accennato sopra. Se assoggettare la gestione operativa di fondamentali servizi pubblici alle esigenze di immediato consenso e di potere personale o di partito invece che a criteri di efficacia ed efficienza in vista di un interesse generale è il male che allontana i cittadini dalla politica, sarebbe un rimedio assolutamente peggiore affidare un sistema di tutela di diritti fondamentali a una conduzione tecnico/professionale fuori del costante e rigoroso indirizzo e controllo dei rappresentanti delle istituzioni democraticamente scelti nel confronto politico. Perché in tal modo verrebbe ad esaurirsi il ruolo stesso di cittadino.

D'altra parte, anche una forma di federalismo partecipato che non si limiti solo a sostituire la centralità dello Stato con la centralità delle Regioni (o delle macro-Regioni) può, almeno per quel che riguarda il diritto alla salute, aumentare la partecipazione e la responsabilità civile dei cittadini per il bene comune e non mirare a separare il destino dei più forti da quello dei più deboli.

Riflettere sull'antinomia consumatore/azionista conduce a ipotesi di *governance* che rispondono a principi di fondo molto distanti tra loro, a scelte prioritarie rispetto a mere valutazioni di efficienza ed efficacia della gestione. Lo stesso effetto si produce passando a considerazioni sulla filosofia organizzativa dei servizi e sui diversi modelli che si sono realizzati nelle Regioni. Anche in questo caso la riflessione apparentemente tecnica rimanda alle stesse scelte di fondo.

L'impostazione tradizionale della conoscenza e di conseguenza dell'agire quando si fronteggia la malattia è disciplinare: tende cioè a uniformarsi alle caratteristiche professionali dell'operatore. Basta guardare, nell'androne di un ospedale, il tabellone che rimanda ai reparti o sfogliare le pagine gialle con i numeri di telefono di una Asl. Non sono poi così dissimili da un atlante anatomico o da un elenco di sigle che rimandano a tecnologie per i più sconosciute. Il tema della centralità della persona – definizione più inclusiva di «centralità del malato» – non trova in questa impostazione culturale l'ambiente più adatto a svilupparsi e realizzarsi. Al di là delle dichiarazioni di principio, la deriva riporta al sistema come produttore di prestazioni, a categorie puramente statistiche nella definizione di un fabbisogno teorico, a un rapporto tra diversi fornitori e tra pubblico e privato basato solo sulla contrattazione di tetti di prestazioni. In ultima analisi, si finisce per tornare alla persona come portatore di organi malati e, quindi, al consumatore invece che al cittadino.

Pensarsi, invece, e organizzarsi come un insieme di percorsi assistenziali fortemente multidisciplinari in continuità ospedale/territorio – disegnati quindi sui bisogni della persona e basati sull'accezione più ampia possibile del «prendere in carico» – rappresenta la scelta coerente con la visione del cittadino come possessore pro-quota del sistema stesso. Se poi, come deve essere, il percorso include quell'insieme di servizi e strumenti di supporto e assistenza che genericamente definiamo socio-sanitario o servizi sociali, in stretta connessione con i Comuni, si realizza il massimo grado di inclusione. Se in una società avanzata e con grande aspettativa di vita come la nostra, ad esempio, il bisogno più diffuso è quello legato alla cronicità e alla non autosufficienza, la risposta non può certo venire da un sistema/mercato produttore di prestazioni più o meno remunerative. Deve rivolgersi, invece, all'insieme dei bisogni del cittadino non autosufficiente e della sua cerchia familiare e di sostegno, in un percorso integrato e inclusivo che comprenda il medico di famiglia, l'ospedale e i servizi domiciliari sanitari e sociali.

L'analisi e il confronto, quindi, tra diverse filosofie organizzative rimanda a scelte di fondo sul rapporto tra la persona e lo Stato, sugli strumenti di accoglienza e tutela dei bisogni cui si ha diritto e in ultima analisi sulla effettiva possibilità di esercitare la propria quota di *governance* che l'essere cittadino ci attribuisce.

2. Il sistema è autoreferenziale. L'attenzione è volta principalmente al proprio interno, ai propri equilibri di potere. I fini collaterali hanno preso il sopravvento sulla *mission*

La questione non è di particolare interesse per il cittadino e il fatto che sia posta con grande rilievo è a sua volta un esempio di autoreferenzialità, riferendosi a dinamiche relazionali e di potere tra gruppi e organizzazioni professionali. Spesso sono proposti dei modelli di gestione che in realtà vogliono solo riattribuire quote di potere ad altri soggetti, individuali o collettivi, senza nessuna reale relazione con gli obiettivi rappresentati dai bisogni dei cittadini e in antitesi con un coerente sistema di *governance* basato sulla titolarità del diritto di indirizzo e controllo.

Tipiche in questo senso sono le proposte che, al fine di limitare il potere del *management*, mirano a dare poteri di tipo gestionale ad organi consultivi di tipo professionale (il consiglio dei sanitari che diviene una sorta di consiglio di amministrazione), prevedono presenze elettive nei momenti di confronto direzionale (membri elettivi nei comitati di direzione), ripristinano l'autonomia di nomina delle professioni nei concorsi per posizioni che hanno forti caratteristiche gestionali (dipartimenti, unità operative).

Anche la questione dell'autoreferenzialità rimanda all'antinomia consumatore/azionista. Un sistema concepito come produttore di prestazioni tecnico-professionali, organizzato per discipline e rivolto al consumatore crea le condizioni per un esercizio improprio di poteri di indirizzo strategico e di scelta fuori da una effettiva delega da parte dell'azionista e fuori da un suo reale controllo, ma in virtù di una capacità contrattuale di natura professionale ed economica. Il rischio di autoreferenzialità si svela così inversamente proporzionale alla forza che il cittadino ha come azionista e che può derivargli solo dalla scelta di modelli di *governance* basati sulla rappresentanza e sulla partecipazione e di modelli organizzativi disegnati sui bisogni e quindi sui percorsi assistenziali multidisciplinari. In questa accezione l'antidoto al rischio di autoreferenzialità non può essere trovata in altre autoreferenzialità o nel rendere sempre più deboli gli organi decisionali, ma nel modificare il rapporto tra il potere gestionale e la responsabilità delle conseguenze delle decisioni che su delega e con il controllo dell'azionista si è chiamati a prendere.

Prendiamo ad esempio la questione delle nomine dei primari e in genere della meritocrazia, che è stata spesso oggetto di vivaci polemiche anche sulla stampa. La discussione sull'oggettività della scelta, sulla composizione delle commissioni, sulla necessità o meno delle graduatorie e sul criterio della fiduciarità è molto lontana dagli interessi e dai bisogni dei cittadini/azionisti che si aspettano, semplicemente, di trovare la persona giusta al posto giusto quando ne hanno bisogno. L'oggettività della scelta, in questo caso (criteri, voti, graduatorie), è una chimera che serve solo a deresponsabilizzare chi la opera, che infatti è di solito estraneo alla gestione ed ai risultati che la scelta determinerà (basta seguire il dibattito sulla meritocrazia nell'università). Forse si dovrebbe cercare, parafrasando Max Weber, di sostituire un'etica della convinzione – che fonda le decisioni su parametri di scelta «oggettivi» e «certi» a prescindere dalle conseguenze – con un'etica della responsabilità per cui chi decide è responsabile in prima persona di ciò che deriva dalla propria decisione. La nomina dei primari, ad esempio, potrebbe avvenire con bandi/progetto che definiscono gli obiettivi strategici della struttura per cui si deve operare la scelta. I risultati attesi nel periodo contrattuale possono divenire uno degli elementi di valutazione specifica non solo del prescelto ma anche dell'organo aziendale che ha operato la scelta. Le commissioni di concorso tradizionali sono, talvolta, chiamate a rendere conto di scorrette applicazioni dei criteri «oggettivi» o di mancato rispetto di norme e procedure, ma credo non sia mai successo che qualcuno abbia loro chiesto conto di un'inadeguatezza della decisione presa rispetto al raggiungimento degli obiettivi che il sistema si era proposto. Sarebbe come se la prima-guida della Ferrari fosse scelta dalla commissione dei piloti e collaudatori lasciando la responsabilità dei risultati, inclusi quelli che otterrà la prima-guida, al direttore corse.

3. La politica ha invaso il terreno della gestione premiando, invece che il merito, la fedeltà degli operatori – *in primis* il *management* – ai propri obiettivi di consenso

È necessario decidere se il modello azienda è ancora da considerarsi valido. La discussione sull'ingerenza della politica (*rectius*: della cattiva politica) anche sugli aspetti tipicamente gestionali porta spesso a proposte che tendono a limitare il potere delle strutture direzionali delle aziende. Sembra valere l'assunto che non essendo possibile migliorare i comportamenti della politica si limitano i poteri degli organi che sono considerati la sua diretta emanazione operativa, bilanciandoli, altrettanto impropriamente, con altri poteri. Se si ritiene superato il modello dell'azienda dotata di autonomia gestionale ma sotto una *governance* pubblica forte, è necessario affrontare con chiarezza la sua riforma, piuttosto che procedere al suo progressivo e strisciante svuotamento. Pur essendo possibile teoricamente tornare ai modelli istituzionali tipici della P.A. centrale o regionale – ribaltando l'impostazione della riforma Bindi – tenderanno a prendere il sopravvento le forze che spingono per una concezione privatistica e assicurativa della sanità in quanto percepita come rappresentativa di una visione più moderna ed efficiente della gestione.

È necessario, al contrario, intervenire per rafforzare l'assetto di tipo aziendale in modo tale che, conservando la fiduciarità del mandato da parte del cittadino/azionista – come avviene del resto nel rapporto azionista/*management* nell'impresa privata –, siano privilegiati i risultati e quindi il merito. Anche in questo caso la collegialità nell'esercizio dell'indirizzo e del controllo, l'introduzione di sistemi di valutazione delle prestazioni, la pubblicità e trasparenza delle decisioni possono contribuire a rendere effettiva la divisione dei ruoli e delle responsabilità e l'effettivo *empowerment* del cittadino/azionista.

In questo senso forse meriterebbe un'analisi più approfondita, e non pregiudizialmente negativa, la sperimentazione delle fondazioni come luogo dell'esercizio del potere di indirizzo e controllo dell'azionista. La buona politica va difesa da una costante e strumentale strategia denigratoria che mira a eliminare i momenti di controllo democratico – sempre più spesso rappresentati come impedimenti – accettando con coraggio la sfida della trasparenza, della responsabilità personale e del rigore.

4. Il sistema è sempre più autoreferenziale e rivolto agli equilibri interni di potere invece che alla sua *mission* originale

La questione della insostenibilità della spesa sanitaria nazionale – posta con enfasi dal libro verde del governo – non trova riscontro in un'analisi oggettiva degli andamenti, soprattutto se confrontati con quelli dei paesi più sviluppati. Analogamente non ha alcun fondamento serio, allo stato attuale, la pretesa di arrivare alla determinazione di un costo standard per prestazione che consentirebbe, in rapporto ai livelli essenziali di assistenza, di determinare i fabbisogni standard di risorse.

In realtà l'enfasi sulla insostenibilità mira a ridurre l'onere dello Stato e a spingere il sistema verso modalità di finanziamento assicurativo privato. L'associazione di questa strategia al tema del federalismo mira a compattare il necessario consenso sociale. Il richiamo continuo a questi due concetti, insostenibilità/federalismo, a prescindere da qualunque base razionalmente sostenibile, ripropone termini e modalità dell'azione politica efficacemente messa in atto sul tema della sicurezza. La ripetizione ossessiva dell'allarme crea effettivamente la sensazione d'insicurezza, senza alcun riguardo all'analisi oggettiva dei dati sulla criminalità e sulla nazionalità degli eventuali autori. Ciò ha consentito l'introduzione di leggi e istituti, contando su un consenso di «emergenza», che modificano strutturalmente l'assetto sociale e i valori della coesistenza. Non adottiamo politiche discriminatorie, ma «è evidente» che esiste un'emergenza criminalità creata dall'immigrazione.

Analogamente: non adottiamo politiche di privatizzazione della sanità, ma «è evidente» che la spesa tende rapidamente all'insostenibilità e comporta un prelievo fiscale intollerabile e ingiusto perché punisce le regioni efficienti a favore di quelle inefficienti, i cittadini che producono dai cittadini «assistiti».

Nel rispondere alla strategia messa in atto sulla sicurezza è stato commesso l'errore di sottovalutarne l'efficacia e per troppo tempo si è cercato di contrastarla contestandone l'assunto di base. È necessario evitare lo stesso errore sul tema della tutela pubblica al diritto alla salute. La sfida sull'efficienza, sull'equità nell'allocare le risorse, sull'adozione di fondi integrativi, sulla definizione di standard di costo e di fabbisogno deve essere accettata con proposte alternative coerenti con la visione sociale del centrosinistra. Non si deve, infatti, sottovalutare che proprio le Regioni tradizionalmente governate dal centrosinistra sono tra le più virtuose sia per qualità dei servizi sia per sostenibilità economica; e l'opinione pubblica, anche in quei territori, è sensibile a una revisione dello Stato sociale che cessi di premiare le rendite di posizione.

5. Com'è possibile determinare un costo standard senza una generalizzata adozione di sistemi di contabilità analitica fondati su classificazioni condivise e senza adottare la metodica della distinta base per la produzione dei servizi sanitari e sociosanitari?

In realtà non è possibile. Anche in questo caso proporre all'attenzione un fattore all'apparenza solo tecnico (quasi una provocazione, data la sua natura «contabile») è utile a portare alla luce valenze e significati di fondo, a svelare potenziali mistificazioni sugli obiettivi di riforma in discussione. La cultura della gestione aziendale ha da tempo elaborato strumenti e metodiche che affrontano efficacemente la necessità di definire il prevedibile costo standard di un processo di produzione – in base al quale si programma l'allocazione delle risorse in sede di *budget* –, il suo costo effettivo una volta concluso il processo stesso – in base al quale si valuta la performance e si apportano gli eventuali correttivi – e il confronto tra le performance di diversi produttori in termini di efficacia/efficienza, per alimentare la ricerca continua del miglioramento qualitativo. Queste tecniche sono universalmente adottate sia nella produzione/trasformazione di beni materiali, dove la caratteristica del prodotto è tendenzialmente ripetitiva, sia nella produzione di servizi, anche ad altissimo valore aggiunto, dove la caratteristica del prodotto è tendenzialmente variabile e spesso legata a fattori soggettivi sia del produttore sia del beneficiario del prodotto/servizio stesso.

La proposta di riforma di un meccanismo di allocazione delle risorse basato sui costi standard avrebbe ben altro significato e credibilità se fosse il risultato di un processo di riorganizzazione delle aziende sanitarie che prevedesse l'adozione di modelli contabili avanzati e soprattutto uniformi. L'accesso alle risorse potrebbe essere condizionato alla effettiva presenza di questi strumenti e i collegi sindacali, espressione anche ora di tutti i soggetti statali e locali con obblighi di controllo, dovrebbero divenirne i certificatori.

D'altra parte, come già evidenziato sopra, è necessario non ripetere lo stesso errore di valutazione che si è verificato per il tema della sicurezza. La reazione quasi «istintiva» della sensibilità del centrosinistra ai concetti tipici della cultura aziendale è spesso condizionata da stereotipi e diffidenza, mentre la difesa dei fini può essere efficacemente perseguita se si è disponibili a un reale confronto sugli strumenti e soprattutto sulla necessità di una loro continua evoluzione per sempre meglio adattarsi ai mutamenti economici e sociali.

La proposta «strategica» di adottare strumenti come la contabilità analitica e il costo standard comporta, quasi automaticamente, la percezione di una contrapposizione tra una visione «economica» e una «sociale» della sanità. La realtà è che l'inefficienza nella gestione delle risorse economiche non genera profitti se l'azienda è privata, e non genera salute, nei termini di migliore qualità e più quantità dei servizi, nella sanità pubblica. Non esiste alcuna contrapposizione tra economico e sociale, ma la proposta di un forte rilancio del modello aziendale e l'adozione determinata e rigorosa degli strumenti di gestione e controllo che lo caratterizzano permettono realmente di programmare e allocare le risorse con trasparenza ed equità sia localmente sia, per sommatoria, in ambiti più ampi. Nello stesso tempo rende indispensabile mantenerne e rafforzarne il carattere fondamentalmente pubblico, come unica garanzia che l'efficienza e l'appropriatezza

tornino sotto forma di maggiori servizi e migliore qualità ai cittadini, in quanto azionisti/finanziatori, invece di trasformarsi in dividendi per gli azionisti dei produttori.

6. Sostenendo la necessità di completare il processo di aziendalizzazione e di adottare strumenti di gestione più avanzati come la contabilità analitica e la distinta base si consegna la sanità a una visione tendenzialmente amministrativa. Che fine fa il governo clinico?

La base conoscitiva indispensabile per realizzare un modello di allocazione delle risorse proporzionato ai bisogni e basato sul costo standard delle prestazioni, come abbiamo detto sopra, non può che essere rappresentato dalla distinta base. In altri termini, per ciascun momento del percorso assistenziale, per ciascun atto clinico è possibile individuare quali sono i fattori della produzione necessari alla sua realizzazione. Siano essi rappresentati dal consumo o utilizzo di beni materiali/strumentali o, più spesso, da attività professionali (tempo/uomo). Se la linea guida prodotta dal mondo scientifico/professionale indica la serie di atti che in una data situazione rispondono in modo ottimale a un bisogno di salute, la distinta base è il progetto operativo con cui si realizza materialmente ciascuno di essi. Individua il come organizzativo, il dove logistico e utilizzando cosa si concretizza l'atto di cura.

Considerando la particolarità del processo di cui si sta parlando è evidente che la decisione sul come e sul quanto utilizzare per ottenere un effetto ha forti relazioni con la scelta clinica. Ciò comporta l'adozione di un metodo di lavoro, di una «cultura» all'interno dell'organizzazione sanitaria basata sul lavoro di *équipe*, sulla multiprofessionalità, sulle scelte basate sull'evidenza, sulla capacità di confrontarsi con lo spirito del ricercatore che mira costantemente al miglioramento. L'abbinamento di valori economici ai singoli fattori della produzione trasforma e rende concreta la possibilità di programmare e governare i processi all'interno di una logica e di una sensibilità clinica, e di converso spinge l'approccio clinico a considerare sempre la fattibilità rispetto alle risorse disponibili, quando sono operabili scelte tra diverse alternative.

Non si tratta quindi di burocratizzare l'attività di cura, ma di riportare dentro una cultura clinica la responsabilità di scegliere con metodo scientifico l'utilizzo delle risorse, di portare più vicino possibile all'atto clinico la decisione del come e del quanto utilizzare. La tradizionale scissione nell'atto di cura tra momento professionale e momento economico, che sembra nobilitare il primo rispetto al secondo, in realtà toglie la responsabilità sull'uso delle risorse al soggetto decisore. La distinta base può diventare il «progetto» di quanto è necessario per ciascun atto di cura, messo a punto con la responsabilità delle diverse famiglie professionali e con il quale è possibile misurarsi e confrontarsi con metodo scientifico alla ricerca del miglioramento continuo e sostenibile. Se un processo del genere è inserito all'interno di un'organizzazione dipartimentale orientata più verso i percorsi assistenziali che verso l'uniformità disciplinare si vengono a creare le condizioni nelle quali forse parlare di *clinical governance* acquista realmente il senso di una mutazione culturale e non dell'ennesima lotta per il potere.

7. Alcune considerazioni finali.

L'obiettivo delle considerazioni fin qui esposte è stato quello di sottolineare, attraverso alcuni spunti, come sia in atto un dibattito – molto diffuso sia nei luoghi istituzionali della politica e dei vari livelli di governo sia in ambito professionale – che sembra spesso dimenticare la reale portata delle questioni poste. La molteplicità degli oggetti della discussione e la loro apparente settorialità, i numerosi soggetti coinvolti e i loro diversi interessi e obiettivi possono creare le condizioni, perlomeno in sanità, per attuare una mutazione profonda della Costituzione reale anche senza passare attraverso la riforma della Costituzione formale, e quindi al di fuori delle garanzie di un processo di revisione sottoposto al più rigoroso controllo democratico.

È lecito porsi la domanda se l'obiettivo non sia realmente quello di trasformare un diritto alla salute, la cui soddisfazione è dovuta senza differenziazioni in quanto si è cittadini, in un bisogno da affidare a una logica di mercato che – pur con un livello minimo essenziale garantito dallo Stato – offre risposte a utenti in quanto consumatori, differenziati quindi per caratteristiche economiche personali o della regione di residenza. Altrettanto lecita è la domanda se la rottura dello schema unitario, solidale e universalistico che aveva ispirato la riforma del 1999 – e solo parzialmente realizzato – non abbia lo scopo di dividere le risorse con maggior riguardo alla capacità di produrle che al bisogno, come unica risposta possibile alla rovinosa gestione della cosa pubblica che la cattiva politica ha generato in alcune Regioni.

Nessuna forza politica potrebbe direttamente porsi simili obiettivi di governo senza pagare in termini di consenso elettorale un prezzo insostenibile. È però possibile raggiungere lo stesso risultato attraverso un progressivo svuotamento dei capisaldi del sistema attuale, la rinuncia a mettere mano a una riforma che lo rilanci e rafforzi, il coraggio di eliminare gestioni incapaci se non colluse con interessi che nulla hanno a che fare con i bisogni dei cittadini.

In fondo, chi sostiene una visione liberista e competitiva piuttosto che solidale e universalistica potrebbe, senza passare attraverso l'adozione di strumenti scientifici di gestione, arrivare a una definizione «statistica» di costi standard tali da consentire una riduzione generale del fabbisogno, dichiarato appunto insostenibile (in questo l'attuale crisi economica dà un contributo notevole). Con la stessa motivazione si potrebbe arrivare a una definizione di livelli assistenziali minimi garantiti a tutti, lasciando a forme di sostegno integrative e di tipo privato il compito di coprire quanto oggi previsto ma ritenuto non più garantibile. Il *surplus* di risorse che in tal modo rimarrebbe a disposizione potrebbe essere restituito, in parte marginale, a sostenere il debito pregresso delle regioni in *default* per il tempo necessario al suo ripiano, e per la parte sostanziale, per effetto dell'adozione del federalismo fiscale, potrebbe ritornare alle regioni più forti. È evidente come queste ultime avrebbero in tal modo la possibilità di utilizzare queste maggiori risorse per potenziare ulteriormente i propri servizi sanitari, accrescerne l'attrattività ampliando, per effetto della migrazione sanitaria, sempre di più la forbice tra le differenti capacità di tutelare i cittadini.

Il confronto politico sia a livello nazionale sia a livello locale non può quindi sottovalutare nessun elemento in discussione, per quanto settoriale, specialistico o tecnico esso possa sembrare. Anche l'adozione della distinta base è, a ben vedere, una importante questione politica che riguarda diritti fondamentali dei cittadini e il loro continuare ad esserlo appieno.