



I MONDI POSSIBILI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Ivan Cavicchi
McGraw Hill (2012), pagg. 250, ISBN: 9788838626906, € 25,00

Questo volume ritiene che:

- 1) il diritto alla salute è un valore universale
- 2) è un valore che va ricontestualizzato nell'attualità
- 3) è un valore che va costruito più che difeso, con altri modi di pensare, altre logiche, altre soluzioni.

Il suo scopo è introdurre tutti i programmatori, esperti e profani, i dirigenti, gli operatori, le professioni, alle logiche del cambiamento. Del resto quando le crisi travolgono le soluzioni del passato non resta che una soluzione: imparare a pensare in modo diverso.

Queste sono, in sintesi, le 10 ragioni del libro:

1) Siamo ormai dentro fino al collo nella più grande contraddizione del nostro tempo: da una parte la post-modernità accresce i bisogni e la domanda di salute del cittadino, dall'altra il post-welfarismo restringe le tutele necessarie imponendo alla sanità crescenti limiti economici. In questo clima la programmazione, da anni, è sollecitata a svolgere compiti diversi da quelli per cui nacque con la riforma del '78. Dagli obiettivi di salute siamo passati a programmare quelli di compatibilità, di razionamento e di gestione. Ma il suo metodo non è mai cambiato, quasi a volerci dire che esso è universale e quindi sempre valido. Un'idea, più che mai oggi, semplicemente ridicola. Il metodo, ce lo ha insegnato l'intero Novecento, è funzione dei suoi obiettivi, del suo oggetto di studio, dei suoi postulati, dei contesti, delle prospettive. Per cui sarebbe meglio parlare di metodi di programmazione. Non è un vantaggio da poco. Le regioni possono scegliere la programmazione che preferiscono.

2) La programmazione oggi, se non vuole partecipare al funerale del servizio pubblico, deve assumere una funzione riformatrice ed essere espressione di nuove politiche.

Si potrebbe obiettare che se fosse così prima toccherebbe alla politica dirle cosa fare. E dopo alla programmazione toccherebbe adeguarsi. Ma programmazione e politica non sono separabili, perché una è espressione dell'altra. Un'altra programmazione vuol dire un'altra politica. Allora perché non considerare la possibilità di un ripensamento della programmazione allo scopo di ripensare le politiche stesse? Anche questo è un vantaggio: se esistono delle interdipendenze conviene sempre usarle, perché moltiplicano l'effetto del cambiamento.

3) Al mutamento istituzionale che è conseguito in sanità, dopo la modifica del Titolo V della Costituzione, non è corrisposto un ripensamento del modello di programmazione, per cui in pieno federalismo e nel corso di una crisi finanziaria quel modello continua ad essere pensato secondo la vecchia logica del decentramento amministrativo. Certo, le regioni hanno maggiore autonomia e in genere non badano più di tanto agli indirizzi della programmazione nazionale. Ma la questione è un'altra: adeguare un modello di programmazione non equivale a ripensare un modello. C'è la possibilità che nel ripensare il modello, adeguandolo al contesto, siano ripensate anche le forme. E questo non è un vantaggio trascurabile, non solo si può scegliere tra generi diversi di programmazione, ma anche tra forme diverse, metodologie diverse.

4) La programmazione sanitaria, trent'anni fa, nacque da un'idea forte di cambiamento ma che nel corso degli anni è stata quasi tradita da un subentrante pensiero debole. Oggi la programmazione deve tornare a essere un pensiero forte, com'era all'origine, e misurarsi con il cambiamento.

5) Oltre al pensiero debole, un altro grosso problema è il pensiero unico, cioè quello che parte ossessivamente da una sola premessa, in genere finanziaria, o gestionale, ossia tagli e limitazioni. In sanità, soprattutto in tempi difficili, non esiste



né un'unica premessa da cui partire né un'unica risposta possibile. Le soluzioni uniche ci dicono molto sui limiti del programmatore e molto poco sui problemi della sanità. Avere la possibilità di accrescere il numero delle premesse è un grande vantaggio, vuol dire poter accrescere il numero delle soluzioni possibili.

6) Tutti dicono che i diversi piani sanitari regionali sembrano fatti con lo "stampino", in effetti tutta la programmazione regionale sembra conforme a uno stereotipo. Il "principio dello stampino" è la base del conformismo, che è come copiare il compito del proprio vicino di banco. In questi anni c'è stato un grande "scopiazzamento" di delibere, atti di indirizzo, di interi piani. I funzionari più illuminati, quelli delle cosiddette regioni forti, "scopiazzavano" dal sistema sanitario inglese e poi tutti gli altri si accodavano. Ma il riformismo sanitario è in crisi da un pezzo e l'Inghilterra è più inguaiata di noi, inoltre regioni capofila non ve ne sono più: nessuno ha niente di veramente nuovo da proporre perché oggi non c'è niente di veramente nuovo che valga la pena di essere copiato. Conformismo, omologazione e complessità non sono mai andati d'accordo, ma oggi la loro antinomia, se non viene rimossa, rischia di essere fatale al sistema. Abbiamo un gran bisogno di programmatori intelligenti sul posto e di idee nuove e originali.

7) In sanità, vi sono tante specie di esperti: del primo ordine (operatori, malati, cittadini, sindaci, rappresentanti della società civile ecc.); del secondo ordine (esperti, tecnici vari, dirigenti, consulenti, accademici ecc.); del terzo ordine (amministratori e direttori generali), del quarto ordine (assessori, presidenti regionali); del quinto ordine (ministri, parlamentari, ecc.). Non esiste un esperto, per antonomasia, in programmazione, ma diversi ordini di esperti da mettere insieme. Oggi il vero esperto di programmazione è colui che ha dimestichezza con la complessità medico-sanitaria e che, davanti a una prospettiva, è capace di costruire una controprospettiva, interconnetto più tipi di razionalità. Colui che, al contrario, propone a tutti la sua personale conoscenza è un esperto in qualcosa, ma non in programmazione. Anche questo è un grande vantaggio, più intelligenze su un problema accrescono la possibilità di una sua soluzione.

8) In tutti questi anni ho notato che coloro che si occupano a vario titolo di programmazione sanitaria, tendono a perdere o a non avere memoria. È impossibile comprendere i problemi sanitari senza conoscerne la storia. Essi a volte si rivelano tentativi non riusciti, idee che ritornano, cambiamenti di strategia indotti da leggi che emendano altre leggi, errori commessi e valutazioni sbagliate. Conoscere la storia dei

problemi serve a non ripetere gli errori del passato e ad avere maggiori possibilità di soluzione rispetto al futuro.

9) La programmazione in genere è intesa, soprattutto dagli economisti, come una procedura (fasi, mezzi, obiettivi, controlli ecc.). Una procedura qualsiasi è un modo come un altro di impugnare il bastone. Ma prima di essere una procedura tecnica essa è un ragionamento logico. Prima delle tecniche vi sono le logiche. Le logiche ci permettono di impugnare lo stesso bastone in tanti modi diversi. Anche questo è un vantaggio non trascurabile. A parità di realtà si possono usare logiche diverse, combinarle, in modo da costruire delle sinergie.

10) Esiste una strana contraddizione: da una parte si parla di funzione di programmazione, dall'altra di piano socio-sanitario. Quindi non è chiara quale sia la differenza tra programmazione e pianificazione, tra programma e piano. La logica del piano è profondamente diversa da quella del programma. Non si tratta di dire a priori quale sia la migliore, ma di capire quella che conviene di più. Quella che ci conviene di più non necessariamente è la più semplice, ma quella che meglio corrisponde a un piano di complessità. Cioè la convenienza è adeguatezza, pertinenza, coerenza.

[...]



**Con l'autorizzazione dell'Autore
si riporta parte dell'introduzione.*

Ivan Cavicchi

*è Docente di Sociologia dell'Organizzazione Sanitaria
e Filosofia della Medicina presso la Facoltà di
Medicina dell'Università di Roma "Tor Vergata"*