

DOSSIER 1/2011

Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri di Bologna

• • •

Presidente:
Dott. Giancarlo Pizza

Conferenza **Sanità: Quo Vadis?**

Sabato 24 aprile 2010 ore 9.00
Via Zaccherini Alvisi 4

Relatori:
Prof. Ivan Cavicchi, Ing. Giorgio De Rita, Prof. Stefano Zamagni

Interventi:
Giancarlo Pizza, Giorgio De Rita, Stefano Zamagni, Ivan Cavicchi,
Mauro Moruzzi, Bruno Di Lascio, Giuliano Barigazzi,
Mario Falconi, Paolo Cacciari, Pietro Di Natale, Roberto Grilli,
Augusto Cavina, Claudio Campieri, Gerardo Martinelli,
Bruno Ravera, Francesco Ripa Di Meana,
Giovanni Belloni, Claudio Pandullo

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA ZACCHERINI ALVISI, 4 BOLOGNA - TEL. 051.399745



Bologna, 25 marzo 2010

Oggetto: Invito alla Conferenza dibattito “Sanità, Quo Vadis?” che si terrà presso la sede ordinistica, Via Zaccherini Alvisi 4, sabato 24 aprile alle ore 9.00. Relatori: Prof. Ivan Cavicchi Ing. Giorgio De Rita, Prof. Stefano Zamagni.

Gentili Signori,

La professione medica si sente accerchiata. I giornali (malasanità), i politici (razionalizzazione della spesa con intenti da industria automobilistica, leggi considerate punitive a detta dei sindacati medici – da ultimo il decreto Brunetta), i pazienti e i loro parenti (visto l’incremento del contenzioso giudiziario di oltre il 150 per cento negli ultimi dieci anni) attaccano i medici. I medici sono perplessi. C’è tendenza a rinunciare a determinate specializzazioni, quali quelle chirurgiche, vista la maggiore incidenza di contenzioso. Al medico si chiede certezza di risultato: certezza che non può essere mai garantita. Si può concedere la certezza dell’adeguatezza dei mezzi, ma non del risultato.

Crescente anche il conflitto interprofessionale: le categorie sanitarie tendono ad erodere ed invadere l’atto medico sollevando non poche perplessità fra i medici. Al medico si chiede di amplificare la sua attività burocratica: l’informatizzazione spinta, sebbene utile alla raccolta di dati, induce facilmente all’errore, riduce gli spazi di collaborazione tra medici.

Perché stia accadendo tutto questo, ci si chiede, tra l’altro in un momento in cui la vita media si accresce sempre di più grazie alle migliorate condizioni e stili di vita. Ma anche al progresso della medicina, al miglioramento della organizzazione sanitaria ed al valore dei medici e degli altri professionisti dell’area sanitaria. Perché dunque questo attacco, questo accerchiamento. Quali soluzioni si possono immaginare e con quale efficacia.

Ne discuteranno con il Consiglio Direttivo e le Commissioni dell’Ordine e tutti gli intervenuti il Prof. Ivan Cavicchi, filosofo sociologo, l’Ing. Giorgio De Rita direttore generale del CNIPA e il Prof. Stefano Zamagni economista.

Ad Ivan Cavicchi è stata conferita dall’Università di Chieti, la laurea *honoris causa* in Medicina e Chirurgia e attualmente insegna presso l’Università Tor Vergata di Roma alla facoltà di medicina “sociologia dell’organizzazione sanitaria” e “filosofia della medicina”. Ha diretto per cinque anni Farindustria, è stato consigliere di ministri della sanità. Ha un’ampia produzione letteraria (scientifica) in ambito organizzativo medico con serrata riflessione sulla medicina come scienza con lo scopo di aggiornarne gli apparati concettuali soprattutto alla luce dei grandi cambiamenti sociali che la riguardano, quasi a definire i caratteri di una medicina nella post-modernità. È suo un “libro bianco” sulle aziende sanitarie dove si analizzano le storture, fraintendimenti, equivoci di una errata concezione aziendale e delle sue ricadute sulla pratica medica; un “libro verde” sull’analisi inedita della “questione medica” con la proposta di considerare il medico un “autore”, cioè un professionista al quale riconoscere autonomia in cambio di responsabilità. E ancora un libro “*Il pensiero debole della sanità*” che costituisce una critica alle politiche sbilanciate del gestionalismo, delle compatibilismo e della razionalizzazione di questi anni. Ha presentato qui all’Ordine il suo libro “*Medicina e sanità, snodi cruciali*”. Ivan Cavicchi svilupperà il tema “Prospettive e Controspettive della Medicina: l’esempio dell’Emilia-Romagna”.

L’Ing. Giorgio De Rita è stato a lungo amministratore delegato di Nomisma, ed ha affrontato argomenti di ricerca sociale ed economica con particolare ricaduta in ambito sanitario. È stato ospite dell’Ordine nelle ultime due “Giornate del Medico” affrontando argomenti di notevole rilievo. Oggi, chiamato dal ministro Brunetta, è direttore generale del CNIPA. Affronterà il tema della informatizzazione in sanità: “L’impatto dell’innovazione informatica sulla gestione del rapporto medico-paziente: luci e ombre”.

Il Prof. Stefano Zamagni, docente di economia presso la nostra Università affronterà le ragioni del disagio del medico di oggi nell’esercizio della sua funzione specifica, analizzerà perché gli schemi di incentivo tendono a generare, in sanità, effetti perversi e come articolare l’assetto organizzativo della sanità per superare il devastante conflitto tra cittadino-paziente e cittadino-elettore. Il Prof. Zamagni dal 2003 al 2007 ha presieduto il Comitato scientifico della Scuola di Politiche della salute dell’Università di Bologna e dal 2001 siede nel Consiglio di amministrazione dell’Ospedale Bambino Gesù di Roma. La sua lettura sarà “L’isolamento del Medico nella gestione della sanità: la tenaglia Amministrazione-paziente-cittadino. La Toscana, l’Emilia-Romagna gli altri”.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
Dott. Giancarlo Piza

Dott. GIANCARLO PIZZA, Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna

Grazie a tutti gli intervenuti, in particolare ai nostri ospiti relatori. Perché siamo qui? Perché il consiglio Direttivo di quest'Ordine ha deciso di affrontare la problematica del disagio dei medici: in particolare dei medici negli ospedali. I medici stanno "male": per studiare i nostri "sintomi" e le loro cause abbiamo evitato di rivolgerci non ad altri medici e ci siamo affidati ad un filosofo, un economista ed un ingegnere. Vediamo se riescono loro a chiarirci le idee e a tirarci fuori dalle secche nelle quali siamo capitati. Avrete visto dall'invito quali sono le problematiche sostanziali che intendiamo dibattere con voi e la giornata prevede il primo intervento dell'Ing. Giorgio De Rita – attualmente Direttore Generale del CNIPA – che ci assillerà con l'informatizzazione della pubblica amministrazione e quindi della sanità che il ministro Brunetta vuole fare a tutti i costi. Per l'occasione abbiamo invitato tra gli ospiti il Dott. Mauro Moruzzi, amministratore delegato di CUP2000 perché anche loro viaggiano in rete. Anche medici viaggiano ma mal volentieri per le incombenze burocratiche. L'esperto di economia, anche sanitaria, cui ci siamo rivolti è il Prof. Stefano Zamagni, docente della nostra Università a voi tutti già noto e non necessita di presentazioni, il quale è stato già ospite dell'Ordine e qui ci parlerà di quella tenaglia nella quale siamo finiti tra amministratori – che non ci vogliono far spendere – e il desiderio che abbiamo di curare in un modo che sia privo di possibilità costrittive. Abbiamo infine un filosofo della medicina e della scienza, il Prof. Ivan Cavicchi che certo conoscete. Personaggio poliedrico dalla vasta esperienza in ambito di organizzazione sanitaria. È stato presidente di Farindustria per cinque anni risolvendola nel periodo di maggiore criticità industriale del farmaco riuscendo a risollevarne le sorti. Chissà che non ci possa dare una mano a tirarci fuori dalle nostre secche e risollevarne anche le nostre sorti.

La giornata si svolgerà con l'inizio dell'Ing. De Rita, poi il Prof. Zamagni e il Prof. Cavicchi. Avranno 25-30 minuti ciascuno e alla fine ci sarà la discussione con tutti i colleghi che vorranno intervenire. Abbiamo invitato politici, c'è l'Assessore alla Sanità della Provincia Dott. Giuliano Barigazzi, amministratori nuovi, dott. Cavina e Ripa di Meana, e vecchi il Dott. Giorgio Bettini. Ringrazio il Prof. Stefani che ha accettato l'invito e la Regione che è rappresentata dal Dott. Grilli. Chiederei all'Ing. De Rita di aprire la conferenza.

Dott. Ing. GIORGIO DE RITA, Direttore Generale del CNIPA, Ministero Pubblica Amministrazione e Innovazione

Ringrazio tutti voi di essere qui intervenuti a ragionare su un tema così delicato come quello del rapporto economico tra tecnologia e professione medica. Sono stato per diversi anni amministratore di Nomisma, qui a Bologna, e ringrazio il Dott. Pizza di avermi dato questa opportunità.

Molti mi hanno chiesto che cos'è il CNIPA e che cosa sta facendo il governo, quali sono le strutture che sono dedicate a promuovere e a sostenere – e in qualche misura anche ad accompagnare – i processi tecnologici nell'amministrazione pubblica. Il CNIPA nasce nel giugno 2003 dalla soppressione dell'Autorità per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione (AIPA, istituita nel 1993) che successivamente incorpora il Centro Tecnico per la Rete Unitaria della Pubblica Amministrazione. Le diverse trasformazioni subite negli anni hanno portato il CNIPA, alla fine del 2008, a non avere più un ruolo preciso e definito. Era un'Autorità? No, perché una legge non lo affermava più. Era un Centro Tecnico? No, perché la sua funzione originaria era stata in parte rimodulata. Era un Ente pubblico? Neanche. Alla fine del 2008 è iniziata una riforma che potesse mettere ordine: così a dicembre 2009 è nato DigitPA, ente pubblico non economico che assume una sua veste precisa capace di accompagnare l'informatizzazione nelle pubbliche amministrazioni. La sua missione si articola sostanzialmente in quattro funzioni: esprimere pareri tecnici obbligatori ma non vincolanti sugli schemi di contratti di beni e servizi informatici e telematici da parte delle Amministrazioni Centrali e una funzione di monitoraggio che prevede anche sanzioni, ove si rendano necessario. Ciò significa misurare e valutare – in ogni sua fase – investimenti per circa 2 miliardi di euro annui da parte dell'Amministrazione centrale dello Stato. Questa è la prima grande funzione del governo: costituire un punto centrale, unitario, capace di valutare la strategia nel suo complesso, perché la pubblica amministrazione ha investito in ICT sempre in modo molto frammentario e tutt'oggi vengono disperse diverse centinaia di milioni di euro all'anno. La seconda funzione è quella di gestire il Sistema Pubblico di Connettività e Cooperazione congiuntamente ad attività di studio, ricerca, sviluppo e sperimentazione in materia di ICT. La terza funzione consiste nel definire progetti d'informatizzazione innovativi, far nascere iniziative di innovazione tecnologica nella PA fornendo supporto, consulenza e assistenza alle pubbliche amministrazioni e agli organismi di diritto pub-

blico. Infine, la funzione di vigilanza e controllo sul rispetto delle norme, l'emanazione di regole, standard e guide tecniche e di pareri su atti normativi. Queste sono le quattro grandi funzioni di un ente che dunque ha molte e importanti responsabilità.

Secondo punto: la riforma del governo. Cosa sta facendo il ministro Brunetta?

Credo che le iniziative che si stanno portando avanti siano molte e praticamente tutte o quasi fortemente criticabili. Dobbiamo però chiederci quale sia stato l'atteggiamento nel passato. Cercherò di riassumerlo a grandi tratti e molto semplicemente. Nella pubblica amministrazione a partire dagli anni '80 si è avviato un processo di forte ristrutturazione interna. Si sono alternate prima la riforma Giannini, poi la Cassese e la Bassanini, quindi si sono susseguite nel tempo riforme strutturali anche molto importanti e "pesanti", che avevano tutte però un punto in comune: il tentativo di guardare approfonditamente a ciascuna amministrazione per innescare un meccanismo di riorganizzazione che fosse basato su vincoli, strumenti e regolamenti interni all'amministrazione stessa.

Esempio più antico è il "decreto Andreotti" sulla misurazione dei carichi di lavoro e di conseguente adeguamento della pianta organica. Il governo, negli ultimi due-tre anni ha cercato di invertire questo punto di osservazione. In realtà tutto quello che si poteva fare per indurre l'amministrazione a riorganizzarsi, lavorandoci dall'interno, è stato più o meno tentato. Cambiamo punto di osservazione e poniamoci dalla parte del cittadino, cerchiamo di introdurre strumenti innovativi che mettano in condizione il cittadino di fare pressione sull'Amministrazione e pretendere novità. Questo atteggiamento, a prima vista abbastanza semplice e naturale, nasconde in realtà molti pericoli, per varie ragioni. La prima: le amministrazioni resistono, qualsiasi innovazione tende a farle resistere. La seconda ragione: il modo in cui riesci a organizzarti per guardare verso l'interesse del cittadino è necessariamente scomposto, un modo in cui non riesci a dotarti degli strumenti necessari perché tenti strade alternative. La terza ragione è che probabilmente la capacità dell'amministrazione di leggere il bisogno del cittadino è ancora molto, molto limitato. Un esempio chiarificatore e attuale: la posta elettronica certificata.

Lunedì mattina verrà assegnata a ciascun cittadino italiano una casella di posta elettronica certificata: tradotto in numeri, significa 48 milioni di caselle di posta elettronica che potranno essere attivate e sulle quali il cittadino potrà iscrivere il proprio domicilio fiscale. La casella diventa sostanzialmente il luogo di residenza dei singoli cittadini per la pubblica amministrazione. La PEC nasce nel 2005. Viene introdotto lo strumento, e anche l'obbligo di dialogare con questo strumento: ciò significa che vi era qualcosa che più o meno da 5 anni "galleggiava" in quell'ambito. Siamo arrivati alla fine del 2009 con circa quattrocentomila caselle di posta elettronica certificata: un numero molto limitato. Quindi, di fatto, non era utile a nessuno. La sfida del governo è stata quella di guardare oltre e cercare di introdurre alcuni obblighi. Suscitando sicuramente molte polemiche ma mettendo l'Amministrazione – attraverso questo strumento – con le spalle al muro: ora è necessario organizzarsi perché da domani cominceranno ad arrivare milioni di e-mail certificate, che hanno un valore legale molto forte. Con questo mezzo tutti i cittadini potranno scrivere alle amministrazioni. Si potrebbe obiettare, naturalmente, che bisognava organizzarsi prima; le amministrazioni hanno nascosto tutte le PEC, hanno detto: "sì le abbiamo, ma non le diciamo". Se si chiama l'Amministrazione chiedendo l'indirizzo PEC, non lo invia, e vi sono addirittura amministrazioni che lo forniscono sbagliato. Esclusi Notai e Ragionieri – è nel loro interesse per ragioni di lavoro nei rapporti con le Agenzie delle Entrate – tutte le altre categorie hanno preferito aspettare, riflettere e sono già in ritardo di sei mesi. In realtà le cose stanno andando avanti. La pubblicazione degli stipendi e del curriculum vitae di tutti i dirigenti – e anche su questo le amministrazioni hanno resistito moltissimo – non ha fatto piacere a molti. Oggi vi è la possibilità per i cittadini – attraverso le associazioni o raggruppandosi – di agire in maniera collettiva nei confronti dell'amministrazione pubblica. Vi è l'iniziativa "Vivi Facile", la possibilità di interagire gratuitamente tramite cellulare con l'amministrazione pubblica, per qualsiasi tipo di servizio.

Un altro esempio: l'invio del certificato medico tramite PEC. Alcuni mesi fa sembrava abbastanza semplice, oggi l'INPS destina a ricevere le raccomandate, o le comunicazioni dei medici dei dipendenti privati, circa duemila persone, e processa circa duecentomilioni di documenti cartacei. È evidente che dobbiamo trovare un modo più efficace, e se ne parla da sette anni.

Credo che siano fondamentalmente tre i punti critici che oggi le pubbliche amministrazioni si trovano a dover affrontare in tema di informatizzazione. Il primo: la stragrande maggioranza degli investimenti negli ultimi 10 anni sono stati per il funzionamento. Ancora oggi il 75% degli investimenti nell'amministrazione locale è destinata al funzionamento.

Le classifiche Europee ci vedono al 19° posto su 27. Il nostro è un Paese arretrato perché destina

troppe poche risorse e investimenti allo sviluppo di servizi per il cittadino. Questo è vero per la Sanità, per la Scuola, ecc. Potremmo ragionare a lungo sul perché questo avvenga. In realtà credo che la vera ragione consista in un eccesso di offerta da parte delle aziende informatiche, che negli ultimi anni hanno sviluppato un gran numero di applicazioni e di strumenti che replicano di amministrazione in amministrazione.

La seconda ragione è che finora sono stati messi sempre più ai margini i dirigenti che si occupano d'informatica.

Terzo punto delicato è la frammentazione e la grande difficoltà con cui le amministrazioni dialogano tra loro.

Veniamo ora a quelle che credo oggi siano le tre aree d'impegno.

La prima è l'allineamento tecnologico. Oggi si sta cercando di elaborare regole, standard, linguaggi che facciano dialogare le amministrazioni tra loro con un linguaggio abbastanza simile.

L'altro aspetto consiste nel cercare di capire se questa interdipendenza che la tecnologia offre è il vero generatore di un processo di sviluppo. Volendo banalizzare, possiamo considerare il successo tecnologico dell'i-Phone: questo è il meccanismo su cui si sta cercando di operare.

Oggi la tecnologia genera pluralità, interdipendenza, possibilità creativa che non è posta in contraddizione, anzi ne è l'altra faccia.

Vengo, ora, alla responsabilità del medico di fronte alle innovazioni tecnologiche. Alcuni argomenti sono stati già trattati. Oggi la tecnologia attraverso la trasparenza, attraverso l'informazione, la tendenza a scambiare dati e informazioni complesse, mette il medico – come il giudice – nelle condizioni di chiedersi non solo come egli usi la tecnologia, ma come attraverso la tecnologia riesca a mettere l'intelligenza tra sé e il paziente. Che non si limita semplicemente alla possibilità di inviare il certificato medico e di conservare elettronicamente il fascicolo sanitario. Certo, si tratta di uno scambio d'informazione "uno a uno", ma non è soltanto questo. La domanda è: come il sistema della professione medica riesce a iniettare intelligenza all'interno del rapporto fra medico e cittadino? Cosa può introdurre di nuovo? Cosa può usare meglio? In altre parole come l'attività medica pone il professionista in una logica di responsabilità diversa nei confronti del cittadino. Ieri con il Dott. Pizza e altri si parlava della Cassa di Previdenza. Lo strumento tecnologico pone gli Istituti di Previdenza in condizione di dover ripensare il rapporto con l'iscritto attraverso la trasparenza, l'informazione e anche attraverso il calcolo della posizione previdenziale. Solamente lo strumento tecnologico offre questa chiave di lettura; ma se continuiamo a pensare allo strumento tecnologico come semplice infrastruttura di scambio, di passaggio d'informazione – senza metterci dentro l'intelligenza – rischiamo di fare un passo indietro. Può sembrare banale ma è l'errore che abbiamo fatto anche noi quando abbiamo lanciato il certificato di malattia on-line: ci siamo impegnati per velocizzare il flusso, per canalizzarlo meglio, per risparmiare i duecento milioni di carta che viaggiavano; però abbiamo fatto fatica a mettere dentro l'intelligenza.

Secondo punto delicato: riguarda l'uso della tecnologia dal punto di vista della professione medica. Credo che consista nel ripensamento del significato della responsabilità. Oggi si tende a pensare: "in fondo non è cambiato molto: quello che facevo prima con la carta lo posso fare con il computer; quello che prima vedevo sulla lastra oggi lo vedo sullo schermo di un pc". Certamente questo è vero: si è velocizzato l'uso dello strumento però vi è un diverso modo di porsi in termini di responsabilità, non soltanto nei confronti del paziente ma anche nel sistema nel suo complesso. I valori economici, il rapporto con l'amministrazione il rapporto con il dirigente amministrativo e con l'organizzazione, ma anche quello con il sistema nel suo complesso sono stati modificati. Credo che oggi la professione medica – grazie anche, ma non solo, alla tecnologia – debba ripensare il quadro delle proprie responsabilità consapevole che il passaggio dalla carta al digitale non significa soltanto maggiore velocità, ma entrare in un mondo diverso e di responsabilità diverse. Un mondo in cui tutti vedono tutto e dove tutti sanno tutto di tutti. Il garante difende con le unghie e con i denti la tutela della privacy, un compito difficile. La tecnologia ti travolge e ti travolge nel momento in cui non hai riconsiderato quale debba essere la tua responsabilità in un mondo digitale. Ripeto: non è solo il rapporto tra me e il paziente, vi è anche quello. Immaginate il medico che scrive la diagnosi su un foglietto, o prende degli appunti e lascia quello che ha scritto a un collega che può essere d'accordo o meno sulla diagnosi e chiede ulteriori controlli. Immagino sia normale, lo facciamo tutti. Ora immaginate se questo processo si svolgesse in digitale, se tutti i referti fossero inviati tramite posta elettronica, immaginate tutto questo: ma certamente vi è anche qualcosa in più.

L'ultima riflessione è su Bologna, tema delicato, difficile. Ho avuto occasione diverse volte di affermarlo e quindi sono sereno. Non ho dati particolari, né accadimenti di rilievo da riportare, però ho

una mia convinzione. Bologna, nell'arco degli ultimi anni, pian piano ha compromesso il proprio orgoglio, la propria volontà di essere protagonista. In modo particolare la sanità bolognese ha perso negli ultimi anni l'orgoglio di essere protagonista. Questo non significa essere passati da primi a ultimi, non significa essere arretrati, o aver perso capacità di eccellenza. Significa aver perso l'orgoglio di camminare sulla frontiera. La sanità bolognese resta una sanità di eccellenza non solo e soprattutto nel quadro nazionale, ma anche in quello internazionale; su questo non vi è dubbio. Però vi è la sensazione di aver in un qualche modo perso la volontà di scommettere sull'innovazione, come se oggi tendesse più a guardarsi indietro che non avanti. Il piano dell'informatizzazione, delle tecnologie digitali, in un qualche modo dimostra e conferma questa sensazione: facciamo il minimo, quello che ci è richiesto, stiamo sul percorso e non andiamo oltre il filo rosso. Non abbiamo l'orgoglio dell'eccellenza che ci porta a guardare avanti a essere primi, a esplorare, se volete anche a rischiare. Ma chi è quel medico che tenta la strada dell'innovazione, assumendosene la responsabilità e rischiando? Perché lo sviluppo è anche errore, rischio, difficoltà, e perfino far marcia indietro. Secondo me oggi la sanità bolognese ha perso questo orgoglio, ma ha perso anche il rigore di una Sanità di eccellenza, e questo forse è ancor più grave. Abbiamo in altre occasioni sottolineato insieme il valore etico del rigore non soltanto ma soprattutto nella professione medica: oggi quel valore si sta spegnendo. Ciò in parte vale per tutta la città, una città ricca che ha accumulato tanto e investito nel sociale, ma che oggi vede regredire questa sua capacità d'investimento.

La tecnologia può aiutare? Sicuramente, ma al tempo stesso presenta una condizione di rischio, perché ci pone di fronte al mondo, perché ci consente di scambiare facilmente informazioni, ma anche di misurarci con tanti altri interlocutori. Oggi, e le ASL oppongono una forte resistenza, la sanità italiana sta iniziando a diventare sempre più una casa di vetro: i suoi problemi, le sue contraddizioni, le sue ricchezze, le sue dispersioni cominciano a essere sotto gli occhi di tutti. Allora il medico, non soltanto nel momento in cui esercita la professione e osserva il paziente, deve avvertire la propria responsabilità: credo che debba avere il coraggio, la capacità di domandarsi qual è la sua responsabilità verso la collettività, verso la città e nei confronti di una comunità che sa camminare e cammina ma che – come afferma qualcuno – in qualche modo è già in declino: in realtà non è in declino, sta solamente perdendo quota. Grazie dell'attenzione.

Prof. STEFANO ZAMAGNI, Docente di economia Università di Bologna

1. Che il variegato mondo delle professioni liberali attraversi, oggi, una fase di crisi, cioè di passaggio secondo l'etimo greco di tale termine, è sotto gli occhi di tutti. Ne fanno fede i documenti e le prese di posizione che, da qualche anno, stanno conoscendo una intensità mai vista in precedenza nel nostro paese. Si pensi all'indagine conoscitiva dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, resa pubblica nella primavera del 1998, che ha posto le basi per una rilettura critica della disciplina vigente e per una reinterpretazione delle caratteristiche rilevanti del mercato dei servizi professionali. Si pensi anche al disegno di legge sul riordino delle professioni intellettuali, elaborato dalla Commissione Mirone, approvato il 3 luglio 1998 dal Consiglio dei Ministri e la cui filosofia è quella di arrivare a proteggere l'interesse pubblico collegato all'esercizio delle professioni intellettuali attraverso l'applicazione di principi quali il pluralismo, la concorrenza, la personalità delle prestazioni, la tutela del cliente in ordine alla trasparenza e alla qualificazione delle prestazioni. Si pensi, infine, alle iniziative di varia natura che gli stessi ordini professionali hanno preso nel corso degli ultimi anni con intensità via via crescente, iniziative che testimoniano lo stato di disagio diffuso che serpeggia tra i circa un milione e mezzo di iscritti alle ventisei professioni regolamentate. Se forte è la percezione, avvertita da più parti, circa la necessità di un mutamento di rotta, non chiara né tantomeno condivisa è la direzione lungo la quale muoversi.

Da un lato, si tratta allora di colmare una lacuna fastidiosa della pubblicistica italiana circa il modo di affrontare la riforma degli ordini professionali. Vi è oggi, in Italia, su tale questione un eccesso di opinioni e una scarsità di buone ragioni, di giustificazioni accettabili. Il bilancio delle opinioni è certamente operazione interessante, ma conclude poco. Meglio allora portarsi sul terreno, sia pure impervio, del confronto delle ragioni che sottendono determinate proposte. Dall'altro lato, è giunto il tempo di gettare nuova luce su questioni che stanno a monte di quelle meramente pratico-orientative, con il fine di giungere, in tempi possibilmente rapidi, a provvedimenti per una riforma radicale delle professioni che tenga conto delle peculiarità della situazione italiana.

Invero, quello delle professioni liberali è un oggetto di studio denso di insidie, la più preoccupante delle quali è quella di ritenere che sia sufficiente predisporre un'agenda sulla falsariga di quanto

realizzato in altri paesi per avviare a soluzione i problemi di casa propria. È vero invece che, in un ambito di indagine come quello qui affrontato, il punto di equilibrio tra obiettivi diversi, ciascuno dei quali di per sé valido e condivisibile, è specifico alla cultura del paese e al periodo storico che si considerano e dunque che una riforma che producesse buoni risultati in un dato paese e in una certa fase storica, non necessariamente replicherebbe quella *performance* altrove o in altro periodo.

La ragione di ciò è semplice e fondamentale ad un tempo. Si tratta del fatto che quanto è oggi in discussione è l'identità stessa del professionismo italiano. Come bene illustra Malatesta (1996), la natura "protetta" delle moderne professioni liberali conosce la sua data di inizio nel 1874, anno nel quale vengono presi i primi provvedimenti in merito, sulla base della considerazione che il professionista svolgendo attività ad alta utilità sociale e ad alto tasso di produzione di esternalità positive, ha diritto a vedersi riconosciuti particolari e ben definiti privilegi. Lo strumento che viene scelto per la bisogna è l'ordine professionale, un istituto modellato sul celebre *ordre* francese e la cui funzione primaria è quella di rappresentare e garantire la specificità dell'attività professionale e, al tempo stesso, di assicurare controlli atti ad evitare l'opportunismo e l'abuso di autorità. Al riguardo, celebri restano le parole pronunciate da Giuseppe Zanardelli all'ordine forense di Brescia: "Noi non siamo una società, non siamo una corporazione che goda di alcun privilegio; noi siamo, secondo le parole che ereditammo dalle tradizioni romane, un ordine" (Cit. in Malatesta, 1998). (Per un interessante inquadramento storico del rapporto tra professioni, Stato ed economia di mercato con riferimento a professioni diverse – medici, avvocati, ingegneri, docenti universitari – e su base comparata – Francia, Italia, Gran Bretagna, Germania, USA – rinvio a Krause, 1998).

Cosa ha messo in crisi quella sistemazione concettuale e di conseguenza normativa che per quasi un secolo ha costituito l'architettura della regolamentazione delle nostre professioni? (Si rammenti che il principio del riconoscimento della funzione pubblica delle professioni intellettuali e dell'obbligatorietà dell'iscrizione agli albi viene sancito con legge nel 1938). Si possono indicare tre ragioni diverse, eppure convergenti. La prima chiama in causa quell'evento di portata veramente epocale che è la globalizzazione dei mercati. Ai fini presenti ciò che di tale evento mette conto sottolineare è il cambiamento indotto nelle preesistenti condizioni strutturali in una duplice direzione. Da un lato, per tutto un insieme di ragioni che non è qui il caso di richiamare (si veda, comunque, Zamagni 1997), le imprese vanno rivolgendosi alle diverse categorie professionali una domanda crescente di servizi connotata dalla interprofessionalità delle conoscenze richieste.

Dall'altro lato, la globalizzazione va investendo anche il mercato dei servizi professionali, un mercato che troppo a lungo si era ritenuto potesse e dovesse essere posto a riparo della competizione internazionale. Già oggi l'Italia è un importatore netto di tali servizi ed è lecito congetturare che, in assenza di riforme radicali, i segmenti più ricchi della nostra domanda di servizi professionali saranno serviti da società di professionisti di altri paesi, soprattutto europei, localizzate in Italia. E se questo accadrà non sarà certo per la minore dotazione italiana di risorse intellettuali ma per l'ormai obsoleto e talvolta asfittico assetto organizzativo delle nostre professioni. Ecco perché a ben poco vale, oggi, difendere antiche posizioni di rendita. Quando il vento della competizione europea comincerà a soffiare con una certa intensità, non ci sarà barriera protettiva capace di conservare le posizioni acquisite. Si badi che quanto qui è in gioco non è tanto la cosiddetta formazione o preparazione dei nostri professionisti – i quali non paiono proprio essere secondi ad altri – piuttosto è l'assetto organizzativo delle attività professionali ad essere chiamato in causa perché esso possa risultare adeguato ad intercettare la nuova domanda di servizi.

La seconda ragione cui sopra accennavo ha a che vedere con alcuni sviluppi recenti della teoria economica delle forme di regolazione (si veda Fiorentini, 1997). In breve, si tratta di questo. Quello dei servizi professionali è un settore caratterizzato non solo da massicci fenomeni di asimmetria informativa, ma anche dal fatto che un servizio professionale si configura, a seconda dei casi, o come *experience good* (un bene la cui qualità può essere accertata solamente con il "consumo" dello stesso o durante il consumo, mentre essa resta ignota prima dell'"acquisto": si pensi al caso di una consulenza legale) oppure come *credence good* (un bene la cui qualità neppure ex-post può essere compiutamente accertata, perché il "consumo" del bene non fornisce un ammontare sufficiente di informazioni al suo utilizzatore: si pensi al caso di una prestazione in campo sanitario). Con il che viene meno la corrispondenza biunivoca tra intensità dello sforzo da parte del professionista e qualità del risultato finale conseguita dal cliente. Il risultato, allora, è che in situazioni del genere vengono a prodursi incentivi specifici per comportamenti di tipo opportunistico da parte del professionista oppure per chiusure di tipo monopolistico da parte degli ordini.

Ebbene, si dimostra che in questi casi la regolamentazione pubblica non necessariamente è in gra-

do di generare gli effetti desiderati. In non pochi casi, più efficaci si dimostrano le forze del mercato e ciò nella misura in cui esse riescono a sviluppare endogeneamente meccanismi di regolazione di natura privata. Come bene illustrano Bortolotti e Siniscalco (1998), la delega al soggetto di offerta di un servizio professionale della regolamentazione può sortire risultati superiori in termini di benessere sociale rispetto alla tradizionale regolamentazione pubblica. Ad esempio, non è affatto vero che l'imposizione e l'applicazione di tariffe serve a limitare la degenerazione della qualità del servizio – come ancora oggi si continua a sostenere per legittimare tariffe vincolanti. Anzi, può risultare vero proprio il contrario. Come le nostre cronache documentano, molto spesso le organizzazioni professionali hanno interesse a non diffondere informazioni relative alle differenze di qualità esistenti tra i diversi appartenenti alle medesime al fine di fornire l'immagine di una realtà in cui i servizi sono di qualità uniformemente elevata così da evitare un "eccesso" di competizione. È ormai diffuso tra gli addetti ai lavori il convincimento in base al quale le restrizioni della concorrenza tra professionisti solo raramente sono giustificate da esigenze di interesse generale. Di qui la consapevolezza del potere deterrente delle forze di mercato nel limitare o scoraggiare le varie forme di cattura delle rendite sulla fornitura dei servizi ai clienti.

Infine, la terza ragione che ha fatto crollare le antiche certezze che finora hanno retto la disciplina delle nostre professioni è quella che concerne il superamento del modello neocorporativo di ordine sociale, un modello secondo il quale gli attori collettivi non agiscono separatamente dallo Stato, ma per il suo tramite oppure per sua concessione. È lo Stato, secondo tale modello, che conduce verso un equilibrio sociale i portatori dei vari interessi rappresentati nella società. La pervasività nella cultura italiana di tale modello è all'origine di un grave mito che ha reso e tuttora concorre a rendere problematica la riforma degli ordini professionali: il mito dello Stato come Leviatano, secondo cui è lo Stato a dover fissare le norme (etiche e legali) di comportamento dei soggetti economici. Tanto che si può plausibilmente sostenere che a fondamento del moderno professionismo in Italia troviamo lo Stato e non già la società civile. Eppure, le convenzioni necessarie a supportare la deontologia professionale non discendono dai doveri e tanto meno dalla coercizione, ma dall'adesione volontaria dei soggetti coinvolti a valori condivisi. (Il che esige – fra l'altro – che si riconosca a ciascun soggetto che prende parte al processo negoziale attraverso il quale si giunge al codice di autoregolamentazione un ruolo proporzionato al grado in cui ciascuno risulta influenzato dal risultato della decisione medesima).

Ora, è un fatto che la progressiva, sia pure graduale, uscita di scena dello Stato-nazione – per le ragioni ormai a tutti ben note – porta con sé alla crisi degli attori collettivi che da esso sono legittimati e dunque alla improponibilità storica del modello neo-corporativo. E ciò a prescindere dai meriti acquisiti in passato da tale modello di ordine sociale. Di qui, allora, i due corni del dilemma: gli ordini devono riferirsi all'ideal-tipo del mercato, per acquisirne la prassi oltre che la logica di funzionamento, oppure a quello della società civile organizzata, per recuperare, reinventandolo, quel ruolo di *civil service* che fu ovunque all'origine delle professioni moderne? Come si comprende, per sciogliere questo dilemma è necessaria una precisa scelta di campo e dunque una coraggiosa scelta di valore.

A ben considerare, i tre fattori di crisi sopra illustrati, pur diversi nel loro significato e negli effetti che ne discendono, presentano un elemento in comune, quello di sollecitare la messa al centro del processo di riforma del settore dei servizi professionali la nozione forte di *accountability*. Una nozione questa che è il combinato disposto – come si dice in gergo – di due principi: quello della trasparenza e della responsabilità e il principio dell'efficacia della prestazione, qui intesa come capacità reale di soddisfare la domanda di servizio del cliente. In altro modo, l'accezione di *accountability* non significa solo rispetto delle regole e delle procedure di erogazione dei servizi professionali. Essa è inclusiva anche degli *outcomes*, dei risultati, delle prestazioni fornite. Invero, il professionista può tradire l'aspettativa legittima del cliente se è incompetente, pur risultando un soggetto affatto eterointeressato. In definitiva, obiettivo ultimo della regolazione non è più la difesa paternalistica del contraente debole, ma l'*accountability* professionale nell'accezione or ora richiamata.

2. Quanto precede è valido in generale e si applica a tutto il variegato mondo delle professioni. C'è un punto su cui si vanno direzionando le attenzioni del mondo italiano delle professioni e che è causa, non secondaria, del disagio del professionista medico. Si tratta delle profonde novità dell'approccio comunitario alle professioni rispetto alla tradizione italiana. Per afferrarne il senso conviene ricordare che fino a tempi recentissimi è prevalsa nel nostro paese la cosiddetta "concezione trionfalistica" della giurisprudenza onoraria in tema di società professionali" (Giurisprudenza Com-

merciale, 1976, II, 100). Una concezione questa assai efficacemente descritta da Francesco Galgano: “I professionisti intellettuali sono esclusi in quanto tali dal novero degli imprenditori, non già perché ad essi manchi questo o quel requisito del concetto di imprenditore [ma perché] fruiscono, nel nostro sistema, di una immunità rispetto allo statuto dell'imprenditore e questa loro immunità è frutto di un privilegio, ossi di una esenzione del diritto comune, concesso ad uno specifico cetto, quello degli esercenti le cosiddette professioni intellettuali” (“Le professioni intellettuali e il concetto comunitario di impresa”, in *Contratto e Impresa Europea*, 1997, p. 12).

È grazie a tale concezione che il mondo delle professioni in Italia è sempre stato tenuto separato dalla disciplina costituzionale in tema di iniziativa economica privata. Infatti, l'art. 4 della Costituzione riconduce bensì l'attività del professionista ad un diritto di libertà, ma la legislazione ordinaria resta fondata su ordini professionali che esauriscono la propria ragion d'essere nello svolgimento di funzioni di vigilanza pubblicistica sugli appartenenti alla categoria – in buona sostanza: selezione all'ingresso; polizia disciplinare; rappresentanza degli interessi della categoria. Ebbene, ciò pone un delicato problema di armonizzazione tra il nostro ordinamento e il diritto comunitario che, come si sa, assimila l'attività professionale all'attività d'impresa (Cfr. E. Gianfrancesco e G. Rivasecchi, “Le professioni”, ASTRID, Sett. 2009). La presa d'atto della crescente rilevanza dei servizi professionali nell'economia europea ha finito col giustificare l'approccio pro-concorrenziale al mercato dei servizi professionali in vista della difesa degli interessi del consumatore dei servizi stessi.

Il risultato di tale tensione è sotto lo sguardo di tutti: anche in Italia si sta andando verso l'abbandono della “concezione trionfalistica” con la riconduzione della libertà professionale, se non proprio alla libertà di impresa, almeno alla libertà di iniziativa economica privata. Rivelatrice di tale tendenza è l'indagine conoscitiva dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato del gennaio 2009, nella quale viene stigmatizzato l'orientamento restrittivo di molti ordini professionali – tra cui quello delle professioni sanitarie – che utilizzando il concetto di decoro e di dignità professionale hanno, in modo surrettizio, reintrodotta il divieto di pubblicità (comparativa e non); ristabilite le tariffe professionali; elevato barriere all'entrata, vanificando di fatto la nozione di contendibilità delle professioni.

Non v'è chi non veda come questo stato di incertezza normativa e la mancanza di un chiaro dibattito pubblico contribuisca ad accrescere lo sconcerto e quindi il disagio di chi opera all'interno della professione medica. A tutto ciò si aggiunge che le peculiarità del modello statalista della pubblica amministrazione italiana non aiutano di certo a sbloccare la situazione di stallo. È ben noto che la situazione italiana è connotata, da un lato, dalla forte presa dei partiti sulla società, e dall'altro, dal fatto che le politiche di benessere sono amministrate dai burocrati, i quali diventano così la controparte naturale del pubblico: il burocrate, non il politico, diviene il rappresentante dello Stato nei confronti dei cittadini. Di questo modello conosciamo ormai praticamente tutto: del modo in cui ha funzionato, dei risultati conseguiti, dei problemi che continua a generare. Un po' meno si conosce delle ragioni che valgono a spiegare le resistenze al cambiamento. Sono dell'avviso che una ragione forte sia la seguente. Quando si va a valutare la performance di un sistema di pubblica amministrazione, quale che esso sia, è importante distinguere tra procedura e risultato. Una procedura, fondamentalmente, è una regola in forza della quale un decisore assegna benefici o costi a determinati soggetti. (Ad esempio, l'assegnazione di posti in ospedale ai pazienti secondo una qualche regola di priorità è una procedura). Un risultato, invece, è uno stato di cose in forza del quale qualcuno acquisisce diritti sulle risorse o viene a godere di definiti benefici. Chiaramente, la relazione tra procedura e risultato è del tipo processo-stato finale. Si dice che tale relazione è trasparente quando esiste un nesso biunivoco tra procedura e risultato, e ciò nel senso che, data una certa procedura, essa conduce ad un risultato ben definito e, viceversa, dato un certo risultato, vi è un'unica procedura che conduce ad esso. Questo implica che, se è soddisfatta la condizione di trasparenza, le proprietà di una procedura si trasferiscono al risultato e viceversa, così che tutto ciò che giustifica (o rende legittima) la prima si applica al secondo e viceversa. Ad esempio, se la procedura è giudicata equa, anche il risultato sarà equo e viceversa.

Inutile dire che tutto ciò cessa di valere quando non c'è trasparenza, il che accade in almeno tre situazioni importanti e frequenti. In primo luogo, quando l'informazione è asimmetrica oppure quando sorgono problemi di implementazione della procedura. Secondariamente, quando le condizioni di sfondo producono effetti sul risultato indipendentemente dalla procedura. (L'assistenza medica è allocata, poniamo, secondo la valutazione di bisogno effettuata dal medico; ma poiché le condizioni di vita dei pazienti sono diverse, il risultato, misurato dal grado di successo nella cura delle malattie, non è univocamente determinato dalla procedura adottata). Infine, la trasparenza viene meno quando più

procedure si intersecano, così che il risultato discende dalla combinazione delle stesse. (Un soggetto riceve sussidi monetari da fonti diverse. Questi può cadere nella “trappola della povertà” se, dopo aver ricevuto il sussidio di disoccupazione, accetta di svolgere un lavoro che gli fa perdere quel beneficio. In un caso del genere si ha che entrambe le procedure sono di per sé eque, ma il risultato cui giunge questo soggetto, confrontato con quello di chi è rimasto senza lavoro, è palesemente ingiusto).

3. Ai problemi evidenziati nel precedente paragrafo si aggiungono quelli che concernono specificamente la professione medica ed ai quali rivolgo ora l'attenzione. In breve, si tratta di questo. Come noto, il governo clinico mira all'eccellenza della qualità medica delle prestazioni, una qualità definita rispetto a quattro principali parametri (Sterpi, 2005): l'efficacia delle prestazioni misurata dalla relazione tra esiti raggiunti (*outcome*) e output; l'appropriatezza dei metodi e degli strumenti impiegati nella pratica clinica; la riduzione del rischio cui il paziente viene esposto ogniqualvolta si sottopone alle cure; la relazionalità che dice della qualità del rapporto interpersonale che va ad instaurarsi tra medico e paziente. Sui primi due parametri da tempo si va riflettendo e dibattendo, soprattutto da parte di coloro che si occupano della cosiddetta *evidence based medicine*, i quali non mancano di ricordarci che, a causa dell'avanzamento continuo delle conoscenze in ambito bio-medico, l'interpretazione delle evidenze non sempre è possibile, né certa. Non è perciò il caso di occupare spazio in proposito. Piuttosto, conviene spendere qualche parola di chiarimento sugli altri due parametri.

La questione del rischio nell'assistenza medica è letteralmente esplosa, in tempi recenti, in seguito alla convergenza di un duplice insieme di circostanze: per un verso, quella per cui l'attività del medico non si limita più alla sola cura del malato, dal momento che essa viene richiesta anche per migliorare lo stato di salute del sano; per l'altro verso, la circostanza per cui il malato rivendica oggi il diritto ad essere non solo curato, ma anche guarito. Una rivendicazione questa che, come si sa, è figlia della grande stagione dei movimenti di contestazione iniziata con il “maggio francese” del 1968. Quale la conseguenza rilevante, ai nostri fini, di questa convergenza di circostanze? Che non si accetta più, come qualcosa di inevitabile, l'esito sfavorevole di un trattamento medico, ma come qualcosa di imputabile, quanto meno indirettamente, alla responsabilità del medico curante. In termini economici, questo significa che il paziente oggi tende a non considerarsi più un *last-risk bearer*, il soggetto cioè sulle cui spalle va a ricadere il rischio residuo che ancora permane dopo che tutte le regole protocollari sono state scrupolosamente rispettate.

A ben considerare, è proprio questo fenomeno del *last-risk bearing* a spiegare il numero crescente di denunce per *malpractice* medica; l'aumento, ignoto nelle epoche precedenti, delle pratiche di medicina difensiva (*positive defensive medicine*); l'innalzamento dei costi dovuti sia alle spese legali sia alle spese per le polizze assicurative dei medici e degli ospedali (cfr. Grembi, 2005). Donde il paradosso, a dir poco sconcertante: il miglioramento della qualità delle prestazioni mediche dovuto all'aumento dell'efficacia e dell'appropriatezza delle stesse, si accompagna ad un aumento delle probabilità che il medico possa venire legalmente perseguito. Si veda, a questo riguardo, la recente sentenza 4400/2004 della Cassazione (III sez. civ.) che ha introdotto il principio per cui il paziente ha diritto ad essere risarcito per la perdita di opportunità dovute ad errore medico. (Si badi che tali opportunità sono considerate come un bene giuridicamente tutelabile in aggiunta al bene salute tutelato dalla corretta applicazione della cura). Non v'è chi non veda il pericolo che si profila all'orizzonte: il medico potrebbe venire a trovarsi nella quanto mai imbarazzante situazione di dover scegliere tra l'applicazione pedissequa di un protocollo, magari obsoleto, che tuttavia vale a minimizzare il rischio di essere perseguito per *malpractice* e l'adozione di una diversa linea di intervento che egli giudica, in coscienza, meglio rispondente alla situazione concreta del paziente e che però accresce sensibilmente il rischio di azioni legali nei suoi confronti. Ma v'è di più. La prassi, in rapida diffusione, di rivolgersi al giudice tutte le volte in cui si hanno recriminazioni nei confronti del medico, sta svuotando il senso della deontologia, la quale per sua natura è preposta alla regolazione del rapporto asimmetrico tra medico e paziente. Il diritto, invece, è attrezzato per trattare rapporti di simmetria, di pariteticità tra le parti (“La legge è uguale per tutti”). La tendenza a concepire un rapporto asimmetrico in termini giuridici come rapporto simmetrico è gravida di conseguenze perverse, la più seria delle quali è la “giuridificazione” della professione medica.

Relativamente al parametro che sopra ho chiamato della relazionalità, la questione ad esso sottesa è quella della qualità del rapporto tra medico e malato. In particolare, come passare dal paternalismo, ormai da tutti aversato, al principio di autonomia del paziente per il quale questi ha ragione di reclamare il diritto di esprimersi sulle questioni riguardanti il suo stato di salute? Il dibattito, oggi acceso più che mai, concerne l'interpretazione positiva da dare al principio di autonomia, dal mo-

mento che, se estremizzata, l'autonomia conduce a risultati certamente perversi. Invero, un'autonomia concepita come smodata rivendicazione della facoltà di trattare il medico come un mero venditore o fornitore di tecniche diagnostico-terapeutiche, non consente affatto che si possa attuare la cosiddetta "amicizia medica" (Lain Entralgo, 1998). Su tale nozione ha scritto pagine assai interessanti Sieglar (1979), i cui lavori sono stati ripresi dalla President's Commission (1982) degli USA, la quale, nell'auspicare il superamento degli eccessi dell'autonomia, scrive: "L'elasticità del rapporto tra medico e malato dipenderà molto dalla capacità di fiducia e confidenza reciproche tra infermo e professionista" (p. 37).

In buona sostanza, il problema da affrontare è quello di come trovare una via pervia tra la Scilla del modello paternalistico ("il medico solo sa cosa è bene per il paziente") e la Cariddi del modello contrattualistico che, in nome del principio di autonomia del malato, rende il medico un esecutore-specialista che mette sul mercato le sue competenze. Se il primo modello rinuncia, del tutto irrazionalmente, a tener conto delle informazioni che al medico possono derivare dal paziente – ciò è soprattutto grave quando si ha a che fare con i portatori di patologie croniche, casi nei quali il paziente può risultare più esperto del medico – il secondo modello rischia di incrinare il rapporto fiduciario che sempre deve esistere tra medico e paziente e ciò a causa del rapporto contrattuale fra paziente e medico che quel modello postula. Solamente all'interno di una prospettiva di discorso relazionale, che concettualizza il rapporto tra chi è dipendente e chi si prende cura come rapporto di reciprocità, è possibile individuare la via pervia di cui ho detto or ora. Tale rapporto, infatti, va letto nella logica della simmetria dei bisogni, dato che oltre al bisogno di essere sostenuti v'è anche "il bisogno di sostenere". (Sulla nozione di reciprocità e sul suo significato pratico nelle odierne economie di mercato, si veda Zamagni, 2006). La medicina di relazione, in quanto si occupa anche del malato, si distingue nettamente dalla medicina che si occupa solo della malattia (Turolfo, 2006).

Da quanto precede traggio una conclusione di grande momento. Nelle condizioni storiche attuali non è concepibile che il medico venga tenuto ai margini della gestione delle risorse allocate alla struttura sanitaria in cui opera. Il vecchio adagio: "il medico faccia il medico, il manager amministri" oggi è vuoto di senso, e ciò per l'evidente ragione che il processo decisionale in ambito clinico vede le dimensioni clinica e gestionale talmente intrecciate fra loro che non è più possibile pensare ad un modello organizzativo che le dicotomizzi. Ebbene, è precisamente a questo punto che il vincolo di economicità entra nelle scelte di *clinical governance*. Nel concreto, questo significa passare dalla qualità medica alla qualità totale; vale a dire si tratta di aggiungere ai quattro parametri di cui sopra si è detto quello della economicità della gestione ospedaliera (dalla gestione dei flussi finanziari a quella dei rapporti esterni e interni alla struttura). Ma ciò solleva la grossa difficoltà cui ho fatto cenno nell'Introduzione. Mentre il medico è certamente consapevole che rientra appieno nella sua missione specifica quella di mirare ad ottenere, al più alto grado possibile, l'efficacia, l'appropriatezza, il minor rischio, la relazionalità delle sue prestazioni, trova difficoltà ad accogliere come suo dovere anche l'ulteriore vincolo della economicità. In ogni caso, non lo considera qualcosa di connaturato al suo ruolo.

Il viceversa accade con il responsabile ultimo dell'amministrazione. Per il direttore generale, l'economicità in senso ampio della gestione costituisce l'obiettivo che lui deve raggiungere, mentre i quattro parametri rappresentano piuttosto altrettanti vincoli. Come a dire che la funzione-obiettivo del medico è il vincolo del problema decisionale del direttore generale; d'altro canto, l'obiettivo di quest'ultimo è il vincolo del problema decisionale del medico. Un'azienda ospedaliera che non tenesse in seria considerazione l'obiettivo del manager non risulterebbe sostenibile, non potrebbe cioè durare nel tempo; al tempo stesso, però, se non accogliesse la funzione-obiettivo del medico non avrebbe ragione di esistere, sarebbe cioè un vero e proprio spreco sociale.

Come nella realtà si è finora cercato di risolvere questo conflitto tra direttore generale e medico? Mediante l'elaborazione di più o meno sofisticati schemi di incentivo e mediante l'impiego di ben definiti processi negoziali. Questa strategia ha indubbiamente prodotto risultati di rilievo, dando luogo, almeno in alcune regioni italiane, ad interessanti modelli organizzativi. Tuttavia, sono dell'idea che si sia ormai entrati nella regione dei rendimenti fortemente decrescenti: non è realistico pensare che si possano conseguire miglioramenti significativi sul fronte della qualità totale – vale a dire, qualità medica più economicità – restando all'interno di quella strategia. La ragione è presto detta. Come indica Sterpi (2005), il fatto è che mentre il medico è un *double agent*, il direttore generale è un *single agent*. Vedo di chiarire. *Double agent* significa che il medico vive due rapporti di agenzia: il primo, nei confronti del paziente, al quale deve assicurare la qualità medica; il secondo, nei confronti del direttore generale, il cui obiettivo ultimo è – come si è detto – l'economicità della gestione. Il medico deve

dunque agire nell'interesse e per conto di due principali, le cui funzioni-obiettivo non sono affatto tra loro congruenti. Nell'esercizio della sua attività, il medico deve infatti tener conto anche degli effetti economico-finanziari che le sue decisioni cliniche andranno a produrre.

Non così, invece, il direttore generale il cui unico principale è l'autorità politico-amministrativa che lo ha scelto, cioè la Regione. Quest'ultima, in verità, è un principale di seconda istanza dal momento che suo compito specifico è quello di attuare le politiche sanitarie pattuite, al momento della competizione elettorale, con i cittadini dai quali ha ottenuto la legittimazione a governare. I cittadini dunque sono il principale di prima istanza, ma sono di fatto impediti dall'esercitare il potere di controllo che loro spetterebbe per via di un fondamentale conflitto intrapersonale: per un verso, in quanto contribuenti, hanno interesse a pagare le tasse nella misura più bassa possibile; per l'altro verso, in quanto pazienti potenziali, i medesimi cittadini hanno interesse a disporre di sempre maggiori e migliori servizi e prestazioni sanitarie. È a causa di questa peculiare forma di conflitto, più ancora che per le pur rilevanti asimmetrie informative, che la regione finisce con l'esercitare i poteri di governo e di controllo tipici di un principale di prima istanza. In definitiva, il direttore generale è agente della Regione-principale alla quale risponde, e al tempo stesso è principale del medico, al quale chiede di dar conto del proprio operato rispetto agli obiettivi fissati nel piano di produzione dell'azienda ospedaliera.

Siamo ora in grado di comprendere la natura dell'asimmetria di poteri cui alludevo all'inizio: il direttore generale ha potere sul medico, ma il viceversa non è vero. Ebbene, come tutti i teorici dell'organizzazione ci informano – da H. Simon a H. Mintzberg (1996) – un tale assetto organizzativo non può funzionare, bene e a lungo. Invero, se all'attribuzione di responsabilità ad un soggetto non fa riscontro un corrispondente potere di concorrere alla definizione del processo decisionale, non ci sarà alcun contratto incentivante capace di guadagnare alla struttura la fiducia di quel soggetto, scongiurando così i rischi del *free riding* e dello *shirking*. Non è concepibile che il medico possa dare il meglio di sé quando è tenuto ad assecondare le richieste, fra loro inconciliabili, di due diversi principali senza essere posto nella condizione di codefinire né gli obiettivi specifici da raggiungere né le modalità operative di intervento. Si pensi, per fare un solo esempio, alla questione dell'efficacia delle prestazioni: non si arriverà a definire misure adeguate e “oggettive” dell'efficacia fin tanto che permarrà l'asimmetria di cui stiamo parlando.

Dove conduce questo ragionamento? Molto semplicemente, all'adozione del modello *multistakeholder* di governo, in sostituzione del modello *singl stakeholder* ovvero del modello monocratico come nel nostro paese si preferisce chiamarlo. Mentre rinvio a Bruni-Zamagni (2004) per una trattazione delle caratteristiche generali della *governance multistakeholder*, mi limito qui ad osservare che questo modello di assetto organizzativo è ciò che definisce propriamente un'impresa civile, differenziandola sia dall'impresa privata sia da quella pubblica. (Non è privo di interesse ricordare che fin dalla loro origine e in una certa misura ancor oggi, i nosocomi sono sempre stati indicati con l'espressione di “ospedale civile”).

4. Questo scritto persegue un fine ultimo che va oltre l'argomento qui sviluppato: quello di mostrare che il governo di un sistema complesso come il sistema sanitario non può essere attuato, al meglio, restando all'interno della tradizionale contrapposizione tra una visione statalista ed una liberista dell'ordine sociale. Secondo tale concezione, intervento statale e meccanismo di mercato vengono visti come alternative radicali per il disegno del sistema sanitario. Eppure, è cosa ormai nota che né l'istituzione Stato né l'istituzione mercato, entrambe con gli strumenti che sono loro tipici, sono in grado, da sole, di risolvere conflitti fondamentali e, in particolare, di scegliere quelle “scelte tragiche” che si presentano in sanità in modo sistematico e non occasionale.

Rispetto a tale concettualizzazione dicotomica – invero, alquanto obsoleta – giudico più promettente la via di un rapporto cooperativo tra dimensione pubblica e privata secondo cui lo Stato assume, da un lato, la funzione di stimolatore dell'evoluzione di assetti organizzativi chiamati ad annullare le sacche di inefficienza ancora presenti in sanità e, dall'altro, la funzione di regolatore, cioè di ordinatore che agisce in modo promozionale della società civile per scongiurare i rischi del privatismo sanitario. Al tempo stesso, al mercato, che deve articolarsi nelle forme diverse ma complementari dell'economia privata e dell'economia civile, spetta il duplice compito di fornire le risorse aggiuntive rispetto a quelle raccolte con fiscalità generale per rendere sostenibile un welfare sanitario di tipo universalistico, e di contrastare le tentazioni ricorrenti di dirigismo economico e politico mostrando, con i fatti, come si possa arrivare ad esiti socialmente ottimali in sanità.

Quanto sopra rinvia alla nozione di “Stato limitato” – come mi piace chiamarlo. Lo Stato limitato si contrappone sia allo “Stato minimo” – nozione cara al pensiero liberal-individualista secondo cui lo

Stato deve garantire solo poche cose: le leggi, l'ordine pubblico, la moneta, la difesa – sia allo “Stato assistenziale” che decide paternalisticamente e fornisce direttamente ciò che è bene per i cittadini. Lo Stato limitato, invece, è uno Stato che interviene, magari in maniera forte, ma in certi ambiti e non in altri, mentre riconosce – ma non autorizza né concede – la più ampia autonomia al libero articolarsi della società civile. È questa, in fondo, l'idea di uno Stato sociale sussidiario, uno Stato cioè che promuove e incentiva tutte quelle forme di azione collettiva che hanno effetti pubblici, facilitando, in tal modo, la realizzazione di un modello civile di welfare.

Bibliografia

- Bruni L., Zamagni S. (2004), *Economia Civile*, Bologna, Il Mulino
Lain Entralgo P. (1998), *Il medico e il malato*, Cesena, Macro Edizioni
Mintzberg H. (1996), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Bologna, Il Mulino
Siegler M. (1979), “The nature and limits of clinical medicine”, in AA.VV., *Changing Values in Medicine*, New York
Sterpi S. (2005), “Governo clinico e vincoli di economicità”, *Politiche Sanitarie*, 6, Dic., 175-187
Turolfo F. (2006), “Il vero farmaco e il medico stesso”, *Etica per le Professioni*, 2
Zamagni S. (2006), “L'economia come se la persona contasse”, in P. Sacco e S. Zamagni (a cura di), *Teoria economica e relazioni interpersonali*, Bologna, il Mulino.

Prof. IVAN CAVICCHI, Docente di Sociologia dell'Organizzazione Sanitaria e Filosofia della Medicina, Università Tor Vergata, Roma

Io vorrei contestualizzare la discussione che stiamo facendo. Voglio dire che mi colpiscono molto le coincidenze. Ieri è appena stato eletto il nuovo Assessore della Sanità di questa Regione e oggi la nostra discussione ha di fatto un nuovo interlocutore. Noi ci chiediamo dove va la Sanità a ridosso di una discontinuità elettorale che prelude a una politica sanitaria a sua volta particolare. Ieri sera sentivo un dibattito alla televisione dove un rappresentante della Lega spiegava cosa sono i costi standard e spiegava cosa significano i costi standard nella Sanità. Presumibilmente avremo a che fare anche con una discontinuità di politica sanitaria con la quale fare i conti. Mi pare di capire che la riflessione che si è voluta organizzare con questo convegno, stia un po' dentro a un interlunio. L'interlunio è uno spazio di tempo tra due lune: noi ci troviamo in mezzo tra un quadro politico che non è più soprattutto a livello regionale, e una prospettiva federalista che sulla sanità già è stata abbondantemente anticipata con la modifica del titolo 5 della Costituzione, ma che va sostanziata sul piano fiscale e finanziario. Per cui è legittimo chiedersi “dove stiamo andando”. Ma se mi pongo il problema di dove stiamo andando, implicitamente ammetto che la direzione in essere non è in alcun modo scontata, né nel senso della continuità né nel senso della discontinuità. In un interlunio, secondo me, faremmo bene a fare un bilancio a valutare bene le cose come sono andate, a ponderarle bene con laicità, valutando le esperienze fatte e se il caso aggiustarle, chiarire bene le strategie perché un interlunio è un momento di passaggio. Il mio titolo “Prospettive e contro prospettive” cosa vuol dire? Prospettive vuol dire prima di tutto un atteggiamento, un presupposto, un carattere dominante delle politiche sanitarie degli ultimi, diciamo, 20 anni (dalle aziende sanitarie in poi). Queste sono partite dal presupposto che tocca al sistema sanitario adattarsi alla prospettiva; siccome la prospettiva che conta è la crescita della spesa, il sistema sanitario deve adattarsi a questa crescita della spesa. Il modo per adattarmi alla prospettiva in questi anni sono state le politiche di compatibilità. Ora il discorso della compatibilità non è un discorso solo finanziario: quando io devo compatibilizzare un sistema ad una prospettiva finanziariamente limitata in realtà compatibilizzo tutto il sistema quindi le pratiche, i servizi, le organizzazioni del lavoro, compatibilizzo gli operatori. Io credo che la politica della compatibilità di questi anni non sia stata una politica sbagliata, non voglio equivoci su questo punto, dico solo che la politica della compatibilità sussiste fino a quando essa a sua volta è compatibile con certi valori; nel momento in cui l'adattamento mette in discussione dei valori fondamentali del sistema, la compatibilità diventa incompatibile. In questi anni abbiamo fatto quello che si poteva fare, in particolar modo in questa gloriosa regione abbiamo aggiustato, abbiamo abolito sprechi ecc ... allora a proposito di *Quo Vadis?* Mi chiedo... Possiamo continuare in maniera indefinita con una politica della compatibilità? Qual è il grado di tolleranza del sistema? Qual è il grado di compatibilità della compatibilità? Perché se io scopro che questo grado, questa soglia viene superata, mi devo porre il problema di affiancare alla compatibilità altri generi di politica. Cioè di correggere gli indirizzi e i modi delle politiche sanitarie. Cioè sorge il problema questa volta delle “controprospettive” cioè dei

cambiamenti da attivare per evitare l'eccesso di adattamento alla compatibilizzazione. Se invece non mi preoccupo dell'eccesso di adattamento è perché accetto di mettere in discussione il genere di sistema; se per ragioni di compatibilità accetto di cambiare genere di sistema accetto la logica che abbiamo visto con il Libro bianco di Sacconi. Sacconi voleva cambiare genere di sistema per ragioni di compatibilità, le misure di compatibilità fino ad ora adottate non gli rendevano più. Quindi, riassumendo, non mi pare il caso che si continui ad accettare la prospettiva come il riferimento dispotico delle politiche di compatibilità. Personalmente sono per ricercare delle controprospettive, questo è il primo punto che voglio proporvi.

Il secondo punto è sul disagio medico (l'ha chiamato così il Dott. Pizza), io da anni la chiamo la "questione medica", perché per me non è solo un disagio professionale. A questo proposito dobbiamo intenderci. Il disagio medico è un mal di pancia passeggero? È qualcosa di più sistemico? È qualcosa che ci segnala qualcos'altro? È importante che noi lo interpretiamo nel modo giusto. Io non credo che la questione medica sia un fatto contingente, credo che sia un fatto strutturale attraverso il quale si riesce probabilmente a interpretare delle anomalie di questo sistema. Ma in cosa consiste? Zamagni ha già detto molte cose a questo proposito. La questione medica è contenzioso legale e quindi una crescita dei costi. Le aziende sono nate per risparmiare oggi, esse si trovano con nuovi costi di transazione come sono per esempio i costi assicurativi. Oggi le aziende si ritrovano con il problema degli opportunismi professionali, i medici non sono degli angioletti, sono delle brave persone ma anche loro sono di ciccia e anche loro hanno le loro responsabilità e i loro difetti. Usare la medicina difensivistica è un alto costo. Io mi dispero perché con quei soldi potremmo fare un sacco di cose di buonissima qualità. Con la medicina difensivistica facciamo della pessima medicina, scontentiamo il malato e addirittura andiamo in rotta di collisione con gli amministratori: dov'è la convenienza? Poi ci sono, tra virgolette, processi di delegittimazione sociale molto profondi, ci sono anacronismi formativi. Zamagni diceva che i medici non studiano economia e ha ragione, io insegno a Medicina. Ma sapete chi studia economia? Gli infermieri nelle loro lauree specialistiche. Ma economia a parte, come può essere possibile andare avanti con la tabella 18 rispetto ad una società che cambia? La formazione del medico è oggi uno degli anacronismi più forti, più insopportabili. La questione formativa è una pesante tematica che appartiene alla questione medica. Quindi la questione medica secondo me non è un accidente di passaggio. Il pensiero moderno dice che le conseguenze del sistema sono il sistema; la questione medica fa parte di questo sistema, ne fa parte, come la crescita delle disuguaglianze ne fa parte, come la crescita della spesa privata a carico del cittadino (leggete l'ultimo lavoro di Domenighetti che è davvero illuminante). Non credo che quella medica sia una questione che si affronta con la logica che dice c'è un problema e lo risolve, perché se essa ha questo spessore e questa complessità, essa abbisogna di soluzioni riformatrici, cioè di cambiamenti profondi. Non credo che la questione medica si risolva con un provvedimento, con una delibera o con un incentivo in più, la questione medica si risolve o si affronta con un insieme di politiche perché essa è l'effetto paradossale di un sistema. Non credo che la questione medica riguardi solo i medici, ma riguarda un'intera società. È una questione politicamente rilevante e io mi dolgo che la politica non abbia ancora capito che nel caso dei medici non basta rinnovare l'intramoenia, la questione non è una questione corporativa perché da essa dipende la qualità dell'assistenza, il tipo di pratica medica, il rapporto con la società. Secondo me essa nasce da un cambiamento mancato perché non c'è dubbio che in questa società, che noi definiamo post moderna, c'è un anacronismo tra la società post moderna e il "medico classico". Questo cambiamento mancato nasce qualche anno fa: il fatto di non aver attuato la riforma sanitaria, la 833 e aver dirottato la strategia di riforma su politiche prevalentemente gestionali, su politiche amministrative e su politiche di razionalizzazione – mi riferisco alla 229, la terza riforma della riforma – ha di fatto mantenuto i modelli del sistema nei quali erano compresi i modelli di professione. Quest'ultima si ritrova in asimmetria costante con la società. Ci sarà una ragione se sono ormai anni che parliamo di umanizzazione, di relazione, del prendersi cura, della centralità del malato ecc.

Vorrei dire una parola sull'Emilia Romagna facendo gli auguri a Carlo Lusenti. Questa Regione, che è una grande regione (non lo dico per arruffianarmi), ha avuto rispetto alle politiche sanitarie nazionali una influenza gigantesca. Da quando faccio questo mestiere non ho mai visto qualcosa che uscisse dal ministero o da qualche altra parte senza l'autorizzazione dell'Emilia-Romagna. L'Emilia-Romagna è quella che ha fatto le Aziende prima della Legge sulle Aziende. Ricordo le sperimentazioni che abbiamo fatto prima che venisse la legge. L'Emilia-Romagna non ha applicato la 229 ma ha fatto la 229 e se l'è applicata. Quindi è una Regione importante che ha avuto una grande leadership rispetto al pensiero riformatore. L'ha avuta per tanto tempo anche se secondo me oggi è

una leadership in discussione, soprattutto perché da quando abbiamo fatto la riforma del titolo V è subentrata la competizione tra le regioni soprattutto nel momento di spartizione delle risorse. Le mie sensazioni sull'Emilia Romagna, verso la quale io ho un debito enorme. Quali sono? Io credo che le politiche cosiddette di compatibilità in Emilia Romagna abbiano fatto il massimo che potevano fare al punto che mi chiedo se si possa continuare con le politiche di compatibilità in Emilia Romagna. La mia sensazione è no. Non bastano più, c'è una questione più urgente perché abbiamo fatto già tutto: non è che possiamo tosare la pecora e poi spellarla.

La seconda questione: quando vengo in Emilia Romagna, percepisco la presenza di un grande disagio professionale ma non solo legato ai medici. Anche gli operatori incominciano a essere stupefatti ad essere saturi, stanchi, non riescono a star dietro a certi condizionamenti eccessivi. Il grande amministrativismo tipico della cultura dell'Emilia Romagna oggi non basta più. Ma si può governare la Sanità solo con una logica amministrativistica? Io temo di no, non basta. C'è un problema sulla meritocrazia molto importante che oggi si ripropone con molta urgenza e riguarda la nomina dei direttori generali, le nomine dei primari. L'Emilia è una regione che ha riorganizzato tutto il riorganizzabile e tuttavia vorrei che essa riprendesse la bandiera del riformismo sanitario. Io sono convinto che ci sia bisogno di un nuovo ciclo riformatore, di mettere in campo sfide nuove. Ma quali i limiti delle politiche adottate in questi anni? Molti di questi limiti sono riassunti in quel paradosso che ho definito "del miglioramento senza il cambiamento". Noi abbiamo migliorato sicuramente tanto a partire dalle Aziende ma non abbiamo ottenuto, al mio modo di vedere, quel grado di cambiamento che facesse la differenza con i precedenti sistemi mutualistici. Cioè i modelli in fondo in fondo sono rimasti tali e quali. L'esempio eclatante è l'Ospedale. Se veramente volessimo ripensare l'ospedale vi accorgete che per farlo davvero non basta riorganizzare ma innanzitutto bisogna ripensare agli ospedalieri. Sull'ospedale c'è stato un accanimento politico giustificato dal fatto che costa tanto, che ha una alta concentrazione di tecnologie. Abbiamo chiuso degli ospedaletti; poi voi emiliani lo sapete ne avete chiusi parecchi. Abbiamo fatto i moduli, i dipartimenti, le aree ad alta intensità di cura ecc. ma il modello, le sue caratteristiche di fondo non le abbiamo cambiate. A me piacerebbe cambiarle perché oggi l'ospedale è in aperto conflitto con la società post-moderna. Non credo che convenga all'Emilia Romagna continuare a razionalizzare in costanza di modelli quando c'è un forte bisogno di cambiarli. L'Emilia come le altre regioni ha avuto la mania dei contenitori. Abbiamo pensato di riorganizzare i contenitori senza riorganizzare i contenuti; quanti dipartimenti abbiamo fatto e quanti dipartimenti abbiamo tradito nello stesso tempo nel momento in cui i contenuti erano tutti antidipartimentali. Contenitori e contenuti, vuol dire aprire una prospettiva nuova sui contenuti, vuol dire medicina non solo sanità. Abbiamo fatto quattro riforme sanitarie ma una riforma della medicina non l'abbiamo mai fatta e sono passati 30 anni: avrà pure qualche significato una cosa del genere.

L'altro grande limite, ma a dir il vero generale di tutte le regioni, è la visione scettica nei confronti dei soggetti. Secondo me, lo dico soprattutto agli amministratori presenti, rispetto ai soggetti che lavorano nella sanità dobbiamo proprio cambiare atteggiamento. Non possiamo considerarli delle controparti o delle controparti di spesa, non possiamo considerarli degli effettori di costo, non possiamo considerarli delle controparti punto. Il discorso che faceva Zamagni prima: i soggetti sono la parte vera del sistema; non sono le tecnologie, non sono i muri, sono i soggetti professionali che fanno la differenza e i soggetti professionali esprimono dei comportamenti e i comportamenti caratterizzano i servizi. Sono gli ospedalieri che fanno in modo che l'ospedale si comporti in un certo modo. Quindi il modo di essere delle professioni, il modo di essere dei servizi secondo me è un altro orizzonte sul quale noi dobbiamo aprire un discorso nuovo.

Un passaggio lo voglio fare anch'io sull'azienda, anche perché qui ci sono dei direttori generali coi quali ho discusso molto; voglio, come dire, prendimi una piccola rivincita. Nel senso che in questi anni ho sempre sostenuto che l'azienda sanitaria era una cosa positiva e non ho mai detto che è una cosa negativa ma ho sempre sostenuto che l'azienda dovesse essere *sui generis* cioè specificarsi con le caratteristiche peculiari di una cosa che si chiama medicina e una che si chiama sanità, nulla di più, e sono passato per un antiaziendalista, il che non è vero. Oggi l'azienda è traversata da un conflitto tra un tipo di autonomia – quella del gestore – e un altro tipo di autonomia che è quella del medico, l'autonomia cosiddetta tecnico-funzionale. Il conflitto è tra due generi di autonomie. Io dico la mia: a me le soluzioni che si chiamano *clinical government* come sono state messe in campo non mi hanno mai convinto. Sono dell'idea che il Direttore generale deve fare il Direttore generale, il medico deve fare il medico, va fatto nella postmodernità quindi adeguandoci ai contesti; ma a me non piacciono i pasticci gestionali tanto per capirci. Dico solo che si deve trovare il modo di mettere in interdipendenza

una autonomia di un tipo e un'altra autonomia di un altro. Conosco un sacco di direttori generali che in funzione dell'autonomia gestionale pretendono di assorbire l'autonomia tecnico-funzionale del medico: questo è un errore. Allora troviamo il modo, quel modo che ho sintetizzato nei miei libri con l'idea di "autore" – l'autore che vuol dire ridefinire il rapporto tra l'autonomia "auto" e la responsabilità "re". Dammi più autonomia e ti do più responsabilità. E la responsabilità la misuro attraverso il controllo degli esiti. Io mi ricordo quando è nata l'azienda. Era considerata la grande soluzione al burocratismo sanitario, ma adesso l'azienda è diventata un'altra burocrazia pesante con altre forme, altri modi ecc ... Possibile che non ci sia un'altra strada? Io penso che ci sia, dobbiamo crederci, dobbiamo discuterne, dobbiamo lavorare su una cosa del genere. Io credo che il discorso dell'azienda vada rimesso al centro e nulla vieta che si possa fare, perché oggi – dopo la modifica del titolo V della Costituzione – la Regione e l'Azienda non hanno poteri piccoli, hanno poteri grandi. E mi piacerebbe molto che la Regione Emilia-Romagna facesse una riflessione su come sono andate le Aziende e sui rapporti interni, ma non per liquidare l'Azienda – insisto – per permetterle di evolvere, per svilupparla. Quando abbiamo fatto le aziende non avevamo a disposizione un modellino *sui generis* come io propongo. Abbiamo preso l'Azienda manifatturiera e l'abbiamo messa lì dentro. Cosa abbiamo detto alla sanità: "Ti prego adattati a questo modello". Adesso sono passati tanti anni, possiamo permetterci il lusso di dire: "cara Azienda adattati tu alla realtà della sanità e alla sua complessità". È impossibile, è velleitario fare un discorso del genere nell'interesse dell'Azienda? Quindi io non ci credo alla possibilità di risolvere o affrontare la questione medica al di fuori dell'Azienda. La battuta che faccio sempre: facciamo finta di fare un medico perfetto ma è inutile fare un medico nuovo e metterlo dentro un contesto aziendale vecchio! I significati contestuali incidono sui significati di base. Il significato di base di medico dipende dal significato contestuale di azienda, per cui se devo ripensare il medico devo ripensare anche il contesto in cui opera. Finisco con un esempio. Siccome ho sostenuto che la compatibilità si può fare finché è compatibile, mi chiedo quali siano le altre politiche con le quali integrare il discorso della compatibilità. E qui viene una parolina nuova "compossibilità". Cosa vuole dire compossibile. Vuol dire semplicemente che in una relazione tra A e B, se tra A e B non ci sono contraddizioni la relazione è compossibile. Allora se trasferisco questo ragionamento al rapporto tra domanda e offerta, ne deduco che domanda e offerta sono compossibili se non ci sono contraddizioni, ma se ci sono? Allora qui riviene fuori il discorso del cambiamento. Per rimuovere le contraddizioni devo cambiare qualche cosa. Non le rimuovo le contraddizioni semplicemente adattandomi in senso darwiniano, devo cambiare qualche cosa. Se l'ospedale è in contraddizione con la domanda sociale devo cambiare l'Ospedale: non c'è altra strada. La compossibilità ci dice che è possibile non morire di compatibilità. Esistono altri approcci sui quali dobbiamo spenderci: uno di questi è la compossibilità, un altro è la sostenibilità ma nel suo significato autentico cioè la produzione di salute come risorsa. Quindi io credo che dobbiamo in un qualche modo ripartire dalla politica. Tutti questi discorsi – ... fuori la politica ... faccio un passo indietro ... faccio un passo avanti ... tutte queste cose di questi anni – insomma hanno per me poco senso Vedete noi non possiamo permetterci il lusso di governare questo settore complesso senza la politica.

Dobbiamo pretendere però che la politica abbia quella qualità che c'era nel 1978, cioè di essere a sua volta servizio. Adesso purtroppo per una serie di questioni la politica non si fa più servizio attraverso il servizio e questo spiega i dati che citava Zamagni prima. Una volta in sanità la conoscenza si faceva politica in sanità e la politica si faceva conoscenza. Adesso con la lottizzazione, il risparmio a tutti i costi, questa interdipendenza si è persa. Il punto è quello di un nuovo rapporto tra politica, conoscenza e gestione. Noi ci stiamo giocando la natura pubblica di un sistema, ci stiamo giocando lo spessore dei suoi valori. Io non voglio rinunciare all'universalismo, alla natura pubblica del sistema – sarebbe davvero grave. Guardate tutti parlano di Obama, ma è sfuggito il fatto che perfino la Cina ha deciso di dotarsi di un sistema sanitario pubblico. La Cina ha capito che il fattore salute è un fattore di sviluppo. E quindi ci ha messo un sacco di soldi. Per tutte queste cose mi piacerebbe davvero che l'Emilia-Romagna si mettesse alla testa di un nuovo pensiero riformatore che cambiasse un po' le cose nella continuità di alcuni valori senza per questo essere costretti a rinnegarli. Vi ringrazio per l'attenzione.

Dott. GIANCARLO PIZZA, Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna

Grazie ai tre relatori. Hanno messo a fuoco molto bene i temi che ci stavano a cuore. Ora la parola è all'uditorio perché questa è una giornata di riflessione con i relatori e gli intervenuti. Cedo la parola al Dott. Mauro Moruzzi, amministratore delegato di CUP 2000.

Dott. MAURO MORUZZI, Professore a contratto Facoltà Scienze Politiche Università di Bologna, Direttore Generale CUP 2000, Bologna

Abbiamo ascoltato tre interventi molto diversi questa mattina: De Rita, Zamagni, Cavicchi. Condivido del tutto l'analisi del Prof. Zamagni e non mi sentirei di aggiungere nulla rispetto a quello che ha detto perché il tema è di una tale profondità e complessità che merita soltanto una attenta riflessione, cioè dobbiamo andare a casa e pensare a quello che ha detto.

Un commento sull'intervento del dott. De Rita. Debbo sottolineare che l'Emilia-Romagna, per quanto attiene le reti internet in sanità (e-Health) deve essere considerata all'avanguardia. Questa è una delle prime regioni europee, non solo italiane, insieme alla Lombardia, che sta realizzando il fascicolo sanitario elettronico (FSE), vero punto di arrivo di una nuova sanità ad "alta comunicazione". Il terzo punto del programma del Presidente Obama, non ancora realizzato in America, è infatti la cartella clinica elettronica per tutti gli americani, che è anche una delle direttive fondamentali della comunità economica europea in materia di sanità pubblica.

In regione abbiamo già molti cittadini che stanno sperimentando il fascicolo sanitario elettronico: una vera rivoluzione comunicativa in ambito sanitario. Quello che De Rita ha detto in riferimento alla PEC, ovvero di profonda innovazione nel rapporto cittadini-pubblica amministrazione, tassello di un nuovo modo di comunicare, noi lo stiamo già realizzando in Emilia-Romagna con il fascicolo sanitario elettronico. Esso rappresenterà una innovazione profonda nel sistema sanitario regionale, un punto di approdo per il passaggio al nuovo modello di ospedale, di sistema di cure. La nuova idea di ospedale e di ASL, di sistema sanitario locale e regionale, sarà fondata su un nuovo modo di comunicazione con i cittadini incentrato sul FSE. Un'ultima osservazione sulla relazione del prof. Cavicchi. È vero quello che dice, e che ha detto anche De Rita prima di lui: l'Emilia-Romagna ha perfezionato con ottimi risultati il modello novecentesco della sanità pubblica, su questo terreno sono stati conseguiti ottimi risultati. Ma non viviamo più nel novecento, viviamo nel nuovo millennio e nell'era informazionale di Internet: prevale in questa nuova era un modello basato su forme di alta comunicazione tra le organizzazioni e i cittadini. Quando parliamo di nuovi modelli di sanità non possiamo che rapportarci ad un mondo ad alta comunicazione caratterizzato dalla diffusione delle reti di Internet e da sistemi gestionali non più verticali o verticistici, ma di tipo "orizzontali". Ecco, qui registriamo il ritardo del modello emiliano-romagnolo, la contraddizione tra la diffusione dell'e-Health, e in primis del FSE, e la vecchia cultura del sistema gestionale delle ASL. Condivido i riferimenti dei relatori nei riguardi della Regione Toscana che ha cercato, con le società della salute, di innovare il SSR, ma dobbiamo anche prendere atto che questa regione non è riuscita nell'intento per la ragione opposta: non ha investito nell'e-Health e nelle reti. In Emilia-Romagna occorre assolutamente pensare ad un nuovo corso gestionale della sanità. Una nuova era di "condivisione di dati e informazioni" fra professionisti, medici, ma soprattutto con il cittadino, attraverso il FSE. Questa è la nuova frontiera. Ed io penso che ci siano le condizioni per fare questo salto culturale nella sanità della nostra regione. Grazie.

Dott. BRUNO DI LASCIO, Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ferrara

Mi ero ripromesso di tacere ma gli interventi precedenti con il continuo riferimento al "sistema" mi obbligano ad intervenire. A mio parere c'è un po' di confusione. Il "sistema" è una entità astratta: ciò che conta, per me, è la persona che si rivolge a noi e che ha un bisogno; il "sistema" deve essere funzionale a questa e non viceversa.

Facendo un passo indietro, cerchiamo di partire da un comune "vocabolario", altrimenti non andiamo da nessuna parte. Che cosa è la diagnosi? Per la giurisprudenza, tralasciando il riferimento etimologico, viene individuata chiaramente come una peculiarità del medico. La diagnosi, quindi, in ambito sanitario compete solo al medico: per oggi.

Se in futuro sarà diverso ci adegueremo.

Io ricordo che per poter accedere alla facoltà di medicina bisognava essere usciti da un percorso scolastico individuato nel Liceo: poi è arrivato il 1968. Ho assistito all'attacco ai cosiddetti "baroni", responsabili, per alcuni, della gestione scorretta dell'Università; ho assistito poi alla trasformazione dei medici in "dirigenti" (non si sa bene di cosa) con la scomparsa di "punti di riferimento" e al simpatico gioco del trasferimento del "cerino" nonché alla dilagante e comoda pratica della delega.

Oggi mi trovo di fronte ad una persona malata che viene "assistita" da una miriade di figure delegate a questo; tra le tante troviamo le cosiddette badanti. Queste sono persone che, spesso, importano in Italia medicinali di cui non conosciamo nulla, somministrano – attenzione non fanno diagnosi – somministrano farmaci, ai propri "assistiti" ritenendo di essere in grado di affrontare e risolvere un problema.

La mia generazione è stata bombardata dalle case editrici che hanno riempito le case italiane di enciclopedie della medicina; alcune aziende hanno fatto miliardi con queste iniziative; oggi non c'è l'enciclopedia della medicina ma c'è Elisir la domenica sera, a cui sono quasi costretto ad assistere per poter preparare le risposte alle domande che i pazienti mi faranno il giorno dopo; c'è la Lamber-tucci, e chi più ne ha più ne metta.

A questo punto il paziente diventa funzionale al sistema e non viene affrontato il problema del singolo malato che ha necessità di avere un punto di riferimento: il medico.

Figura professionale che ha dovuto seguire un percorso formativo specifico e particolare per poter giungere ad affrontare e, augurabilmente, a risolvere un problema relativo ad un bene inalienabile quale quello della salute.

Il legislatore ha stabilito di attribuire ad una figura sola questa funzione: al medico.

È quindi sbagliato ritenere che si vogliono difendere privilegi; come giustamente ha fatto osservare il dottor De Franco è fondamentale definire "chi fa che cosa".

Attenzione, questo non significa impedire attività accessorie (ad esempio un tracciato elettrocardiografico), ma significa che solo il medico può, sulla base non solo del esame tecnico, formulare una diagnosi, di cui è responsabile. Questo non significa svilire la funzione dell'infermiere, ma ricondurre ad un percorso che individua esattamente ruolo e funzioni connesse alla responsabilità.

La funzione dell'infermiere è fondamentale e in moltissimi reparti insostituibile prezioso elemento nella gestione degli stessi reparti (vedi ad esempio terapie intensive e rianimazione): però ognuno sa quello che deve fare ed ognuno ha un suo ruolo.

Oggi stiamo inducendo a far ritenere che tutti siano in grado di fare tutto; personalmente non ho assolutamente apprezzato il percorso con cui si è introdotto in Italia il triage, copiando dal mondo anglosassone con differente cultura e formazione professionale (i paramedici dei telefilm sono persone tratte da una realtà formativa ben diversa dalla nostra).

Ma io, nel momento in cui vengo a contatto con la struttura ospedaliera, ho il diritto di sapere chi è colui al quale affido la mia salute o no?

Esaminando lo specifico progetto del See and Treat, osservo che il paziente che si rivolge al Pronto Soccorso può essere seguito dal primo operatore disponibile, medico o infermiere.

Ho capito qualche cosa male io o siamo fuori dal balcone. Cosa vuol dire? Che mi vede un infermiere del triage che, sulla base della sua esperienza e formazione e in relazione a protocolli, collega il mio stato ad un codice-colore; in caso di codice bianco mi fa accedere ad un percorso successivo in cui sono presenti medici ed i infermieri.

Per una casualità ovvia, mi capita l'infermiere.

Ora, senza nulla togliere allo stesso, metto a disposizione la mia salute, la valutazione sul tipo di patologia di cui posso soffrire e per la quale si deve intervenire nelle mani di un infermiere, sia pure "appositamente formato"?

Ma qualcuno ha chiesto il mio parere, come paziente? Posso dire che non sono d'accordo e che voglio un medico? Allora il sistema mi può obbligare e dire "tu vai dal primo che ti capita" o posso decidere io paziente di andare da chi mi pare, o di essere seguito da chi è stato identificato da un preciso percorso normativo come unico competente a formulare una diagnosi?

Stiamo parlando di diagnosi, non stiamo parlando della diagnosi fatta dall'elettrauto, dal muratore, dall'idraulico; oltretutto non si capisce bene per quale motivo l'unico settore in cui ognuno "pontifica" è la medicina mentre nessuno confuta un idraulico piuttosto che un meccanico: che sia una questione di fiducia?

Il diritto alla tutela della salute delle persone deve essere garantito dal medico inserito in un sistema o dal sistema in cui sono inseriti operatori sanitari?

Affrontiamo quindi l'argomento insieme senza pregiudizi e preconcetti, ma definendo da subito ruolo e funzioni secondo il concetto del sapere chi fa che cosa.

Dott. GIULIANO BARIGAZZI, Assessore alla Sanità Provincia di Bologna

Non voglio dilungarmi, ringraziando dell'occasione di oggi molto proficua. Riprendo alcune cose che diceva il Prof. Cavicchi perché sono d'accordo con lui. Penso che qui abbiamo razionalizzato quello che si poteva razionalizzare, uno sforzo è stato fatto ed è grande. Chiudere 5 ospedali per potenziare quelli di Budrio, Bentivoglio, San Giovanni in un luogo in un territorio di 200.000 abitanti dove ne erano presenti 9, è stato uno sforzo di razionalizzazione notevole, ma anche uno sforzo di carattere culturale. Noi abbiamo pensato un sistema che investisse in maniera particolare sul

territorio, e siamo riusciti ad avere consenso perché non abbiamo solo chiuso degli ospedali ma abbiamo proposto, e i professionisti sono stati con noi, un'idea diversa di organizzazione delle politiche sanitarie. Oggi siamo effettivamente alla chiusura di un ciclo glorioso che ci ha insegnato molte cose ma si deve pensare alle sfide del futuro e cioè al fatto che la comunità che amministravamo sta cambiando dal punto di vista demografico, sociale ed economico. E lo si vede dal profilo del cittadino che si rivolge alla sanità che è cambiato profondamente. Per questo se si pensa che fare qualche riaggiustamento all'interno del sistema che abbiamo realizzato ci permetterà di mantenere un livello di eccellenza riuscendo a guidare, a governare i cambiamenti nella società, allora è chiaro che non ce la faremo. Perché l'osservatorio che ho io, la percezione che si comincia ad avere in giro è quella dell'insofferenza del cittadino rispetto a molte delle risposte che diamo e il paradosso è che si fa fatica a governare perché c'è in Emilia-Romagna un sentimento dell'eccellenza della sanità Bolognese ed emiliana in generale; iniziano però ad esserci dei processi di delegittimazione sociale che io non sottovaluterei, perché sono profondi, sono ancora sotterranei ma facilmente possono legarsi a politiche che sfociano nel populismo. La politica dovrebbe dare prospettive di carattere diverso, sbocchi, soluzioni, risposte di carattere culturale, non solo atti amministrativi. Dobbiamo costruire una rinnovata idea di sanità e prospettare i contorni per i prossimi anni: penso che in questa Regione, abbiamo un patrimonio di conoscenza ed esperienza che ci può far diventare l'epicentro di un nuovo pensiero riformista, a partire dalle cose che stiamo già facendo oggi. Penso per esempio all'esperienza della Conferenza sociale sanitaria territoriale di Bologna, da me presieduta, che cerca di essere il luogo della programmazione, della verifica del controllo, ma anche di elaborazione culturale. Ed è anche il tentativo di ricerca di una relazione nuova fra amministrazione, politica, management e professionisti; quella che abbiamo costruito in passato all'interno delle aziende non basta più. Il tema diventa come facciamo a trasmettere al corpo della azienda lo sforzo che si sta facendo, come coinvolgerli. Come riesco a far sì che questo tipo di dibattito si allarghi e i professionisti possano essere protagonisti nel rispetto delle autonomie differenti. La politica deve riappropriarsi di un ruolo chiaro di programmazione e di indirizzo, e non di gestione. Il management deve assumersi le responsabilità di tradurre quello che la programmazione e gli indirizzi indicano e il professionista deve avere però una sua autonomia che è quella tecnico-funzionale ma deve essere posto in grado di esprimerla. Allora cerchiamo di capire se abbiamo costruito dei contenitori che riescano a valorizzare questi tre soggetti. Inoltre dobbiamo puntare più decisamente sulle strategie di salute e non solo di cura come idea principale e pensare le aziende come un soggetto produttore di salute. Il salto oggi è nelle integrazioni delle politiche, e le politiche di Welfare devono contenere le politiche sanitarie all'interno di una filiera assieme a quelle del lavoro, della casa, urbanistiche, della scuola.

Pensate a tutto il tema della non autosufficienza che abbiamo affrontato con il fondo apposito. La scelta non ha voluto solo dire, in questa Regione, allocare risorse per la terza età; vuol dire che ci sta costringendo a ripensare modi e approcci sulla domiciliarità quale scelta principale, sui percorsi da intraprendere per renderli omogenei. Vogliamo fare diventare questa un'occasione, ad esempio, per ripensare tutto un sistema che produce salute? Se riusciamo a fare delle politiche sulla prevenzione seria, significa meno ricoveri ospedalieri, meno capacità di incidere sul sistema sanitario, meno ingressi di una serie di soggetti che oramai sono una quantità davvero grande. Spostare il tema sulle strategie di salute, sulla produzione di salute, significa poter rilanciare un pensiero che deve lasciarsi alla spalle l'idea del rimaneggiamento infinito di ciò che abbiamo e intraprendere quello che si dice essere un nuovo percorso riformista. Noi nelle prossime settimane presenteremo un nuovo piano strategico, riprendiamo la riflessione su quello che vuole diventare la sanità bolognese. Vogliamo riportarlo nella comunità questo piano strategico, per riflettere su quello che abbiamo fatto e che vorremmo fare sui modelli, sulle strategie che vorremmo per essere di nuovo un territorio guida per il cambiamento. L'ambizione vorrebbe essere l'inizio di una discussione con tutta la comunità provinciale consapevole come siamo che la sanità e le politiche sociali possono essere uno dei motori dello sviluppo economico.

MARIO FALCONI, Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma

Sono sempre stato convinto che "piangersi addosso" senza proporre adeguate soluzioni e mettere in atto le conseguenti opportune strategie per migliorare le situazioni negative, non porta a nulla e non aiuta il Paese.

Ricordo che qualche anno fa presentai, alla stampa ed al mondo politico, un progetto che, se fossi-

mo stati meno “miopi” ed avessimo avuto la lungimiranza di attuarlo, avremmo potuto, anche “usando” la sanità italiana in una logica di competizione ed in un mondo globalizzato, recuperare importanti risorse economiche da tanti Paesi, in particolare da quelli che si affacciano sul Mediterraneo, da reinvestire in Italia contribuendo così, ad incrementare il pur cospicuo budget non sufficiente in ogni caso a rispondere all’enorme domanda di salute che cresce esponenzialmente e parallelamente al progressivo incremento della vita media.

Ma vorrei dare un input diverso alla discussione che si è appena conclusa. E lo faccio dicendovi quello che raccomando ai ragazzi, ai giovani neo laureati, quando vengono all’Ordine a ritirare il tessero di iscrizione. Do loro un consiglio che ha una doppia valenza etica ed utilitaristica: siate umani ed abbiate rispetto della persona, come recita il codice deontologico, perché così facendo manterrete un buon rapporto con il cittadino ed eviterete anche le facili denunce.

Mi permetto di lanciare una provocazione a Ivan Cavicchi, per il quale nutro sentimenti di affetto e stima e del quale apprezzo i lavori dai quali ho spesso tratto spunti interessanti: io credo che se non allarghiamo l’orizzonte, uscendo dai discorsi che trattano esclusivamente i temi sanitari, noi non andremo da nessuna parte.

In un tuo prossimo libro – semmai lo scriverai, ma io spero di sì – dovresti incentrare la tua analisi sull’innovazione che bisognerebbe attivare all’intero Paese, perché molte sono le variabili che interferiscono nel rapporto tra cittadino e medico.

Ma se noi analizziamo il Paese a 360 gradi quali sono le interferenze in questo rapporto? Con il poco tempo a disposizione posso fare solo alcune provocazioni.

Quale è il livello di interferenza della politica nella gestione della sanità o di una non corretta informazione in questo Paese? Tu che come me vai in televisione, rilasci interviste, sai che la sanità viene spesso “usata” per aumentare l’indice di ascolto. In Italia esiste quella che io definisco una vera e propria “tossicodipendenza” che è l’indice di ascolto; per un punto di share si fanno cose inenarrabili. Se non rivisitiamo il modo di fare informazione su un diritto costituzionalmente garantito quale la tutela della salute, e quindi fermiamo chi utilizza l’informazione per fare sensazionalismo e scandalismo, noi potremo essere tutti bravi, avere degli ottimi Direttori generali, degli ottimi medici, ma non basterà, perché anche in sanità, come in qualunque sistema complesso, qualche errore ci sarà sempre. Non esiste un sistema perfetto.

Sorvolo, si fa per dire, sul livello di formazione dell’Università e su quanto abbia influito la nuova programmazione universitaria, per esempio, dei crescenti nuovi profili professionali. Non si insegna economia, ci hai detto, oggi al medico però la si insegna nelle scuole infermieristiche. Mi sorge spontanea una ulteriore domanda: quale è il livello di una inappropriata interferenza oggi nel nostro Paese dei profili professionali non medici nel rapporto medico paziente? E dirò di più, quale è il livello della giustizia in questo Paese? Sembrerà sciocco in tema di tutela della salute, ma una giustizia che non funziona, che non produce qualità, si ripercuote anche sulla salute dei cittadini e quindi sul sistema sanitario. E per quanto riguarda i politici: quale è la formazione del politico oggi? Fino a qualche anno fa il politico si formava dal basso, frequentava la propria sezione di partito, oggi dove si formano sui grandi temi che riguardano gli interessi dei cittadini?

Io credo quindi che la disamina delle problematiche sanitarie vada ampliata, esaminando tutte le variabili possibili compresa l’umanizzazione delle cure e la meritocrazia.

Dobbiamo intervenire rapidamente sulla scuola dell’obbligo, perché se ai ragazzi non insegniamo sin da piccoli modelli e stili di vita più virtuosi, indispensabili per una efficace prevenzione, non solo non concretizzeremo il dettame costituzionale, ma continueremo a dover sopportare costi sempre più insostenibili.

Ritengo giusto rivisitare la sanità, come è stato affermato nel corso del dibattito, ma guardando al sistema Paese, un sistema Paese che deve rinnovarsi non solo in campo sanitario ma anche in molti altri ambiti.

Grazie.

Prof. PAOLO CACCIARI, Professore Associato di Igiene Generale, Università di Bologna

Mi congratulo per l’iniziativa dell’Ordine.

Avendo svolto per quasi 11 anni la funzione di Direttore generale dell’Azienda Ospedaliero-universitaria di Bologna S. Orsola-Malpighi ho effettivamente fatto esperienza di gestione in un periodo in cui c’era tanto da *compatibilizzare*. È stato un impegno faticoso, ma ne è derivato un esito positivo.

Ora probabilmente è passato quel momento, soprattutto dove il servizio è stato ben gestito e questo – come ha già detto il Prof. Cavicchi – è appunto il caso di Bologna.

È quindi oggi necessario riflettere su come procedere oltre, come fare un passo avanti. Bisogna che però si passi rapidamente dalla “mozione degli affetti” ad un programma concreto di argomenti e di impegni perché altrimenti i professionisti (ne abbiamo appena avuta una testimonianza, benché curiosamente esposta, da parte dell’Ordine dei Medici di Ferrara) si distraggono o replicano vivacemente ribadendo che mentre i programmatori discutono a loro tocca affrontare quotidianamente i problemi pratici dei pazienti e del lavoro.

È necessario riuscire rapidamente a fare in modo che le varie anime del Sistema si confrontino sulle azioni che ciascuna di esse considera prioritarie.

L’insuccesso di questo tentativo è stato il problema vero fino ad oggi.

“Governance” non è sinonimo di “government”.

Voleva significare – ma non siamo stati capaci di realizzarla – che ciascuna componente, politica, gestionale e professionale, pur nel rispetto delle rispettive competenze e delle gerarchie, dovesse porre attenzione anche alle esigenze ed alle proposte delle altre, “metticciarsi” e far portare da ciascuno al mulino comune il proprio originale contributo.

Questo impegno è ancora del tutto attuale e sempre più urgente dato il fatto che anche chi lo ha definito non vi ha dato pratica applicazione (si pensi alla modestia delle ricadute derivanti dall’istituzione dei Dipartimenti e dei Collegi di direzione).

Anche con alcuni strumenti promossi dall’Ordine di Bologna (commissioni tematiche, incontri, questionari ecc.) si è tentato di animare il dibattito, partendo ad esempio dall’analisi delle difficoltà di comunicazione fra i collegi ospedalieri e del territorio e/o dagli sforzi per migliorare la comune conoscenza dei provvedimenti normativi e programmatori in vigore in questa regione ed in questa provincia. Si è tentato di capire quali siano le relazioni che bisogna stimolare prioritariamente per far emergere l’opinione informata dei professionisti, in modo che essa possa più efficacemente incidere sull’organizzazione e sulla programmazione.

Non abbiamo avuto grande risposta nemmeno da parte della nostra categoria.

Bisogna riprendere e migliorare questi tentativi, anche se l’opera non è né facile né rapida.

È fondamentale far crescere la partecipazione degli operatori sanitari ed in primis dei medici che, anche se stanchi delle altrui enunciazioni generiche, non possono a loro volta soltanto trincerarsi dietro la pigra e trita posizione del “piove, governo ladro”, ma debbono pretendere di essere parte realmente attiva del “governo” del nostro sistema sanitario.

Ciò comunque evitando di cadere in qualunque paranoia.

Tutti gli strumenti utili sono benvenuti, ma per favore non cadiamo nella tentazione di credere alle soluzioni semplicistiche di un argomento così complesso, come ad esempio la convinzione che una panacea stia nella “information and communication technology”.

Dott. PIETRO DI NATALE, Medico Odontoiatra, Commissione Albo Odontoiatri dell’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna

In questo momento parlo come Vice Segretario Regionale e Provinciale del SUMAI. Vorrei partire dalla considerazione dell’Ing. De Rita che ha detto che bisogna mettersi dalla parte dei cittadini. Vorrei dunque focalizzare la considerazione paradossale di un Sistema Sanitario Nazionale Italiano, ritenuto dalle organizzazioni internazionali il secondo al mondo per efficienza mentre soltanto il 9% degli italiani lo considera un sistema valido. Mettiamoci nei panni del cittadino. Quale percorso fa il cittadino che richiede una prestazione per accedere al servizio oggi? Io direi “*quo vadis*” paziente? Perché è al paziente che serve la Sanità e del paziente dobbiamo occuparci. Se non c’è una interazione (e io questo non l’ho sentito da nessuno) tra l’ospedale, di cui soltanto si è parlato, e la medicina territoriale come si fa Sanità. Sanità vuol dire assistenza ai malati e l’assistenza si fa con un percorso predeterminato e io in questo devo spezzare una lancia per l’azienda per cui lavoro perché i percorsi li sta delineando e l’azienda sta facendo di tutto per permettere al paziente un percorso adeguato per arrivare ai servizi. Questa è la sanità! Ed è questo su cui bisogna lavorare.

Un’altra considerazione che vorrei fare è sulla problematica sollevata dall’assessore Barigazzi, quella della prevenzione. Certo la prevenzione è una delle cose di cui volevo parlare, ma chi fa la prevenzione, l’ospedale? Se non si spostano le risorse sul territorio e non si fa una programmazione a lunga scadenza noi continueremo qui a sentirci dire le solite cose che sentiamo da anni, la medicina non funziona, i servizi non ci sono ecc ... spostiamo un po’ di risorse dall’ospedale al territorio e vediamo

cosa succede. Vediamo chi è disposto a suonare in armonia in una banda musicale consona; se non suoniamo insieme l'orchestra stona e noi siamo tutti medici di una stessa azienda, medici del territorio, medici di famiglia, medici pediatri, specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri. Tutti devono lavorare in sincronia, questo è quello che mi piacerebbe sentire oggi.

Dott. ROBERTO GRILLI, Direttore Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna

Devo dire che ho apprezzato molto le relazioni, anche se non ho potuto fare a meno di ascoltarle con un qualche "disagio", perché la discussione così come si è sviluppata sino a questo momento si è incentrata sui temi che ha affrontato – i professionisti ed il loro difficile ruolo nelle organizzazioni sanitarie – in modo sin troppo simile a quanto si poteva fare almeno dieci anni fa.

In questo senso il mio, più che un intervento, è un invito a proseguire questo dibattito provando a tenere in maggiore considerazione quello che è accaduto nel frattempo, soprattutto nel contesto del servizio sanitario della Regione Emilia-Romagna.

Mi riferisco in particolare alla scelta che qui è stata compiuta di individuare nel collegio di direzione aziendale l'ambito del governo clinico. Questa scelta non può essere considerata in modo così dismissivo in questa discussione. Questa regione qualche anno fa in una legge ha affermato formalmente che il collegio di direzione è l'organo del governo clinico e che il governo clinico in questa regione, diversamente da quello che accade in altri contesti nazionali ed internazionali, è stato declinato come partecipazione dei professionisti allo sviluppo strategico dell'organizzazione, dell'azienda sanitaria. In estrema sintesi significa che è stata affidata alla responsabilità dei professionisti è una cosa così delicata come il futuro di una organizzazione sanitaria. Altrove il governo clinico è altro, e come giustamente riferiva il prof. Zamagni nel suo intervento, si traduce in sistemi, più o meno complessi e sofisticati, di governo e controllo della pratica clinica, solitamente nella forma di indicatori di performance che sono calati dall'alto e che hanno la finalità di valutare ogni singola decisione clinica ed i suoi effetti. In questa regione abbiamo invece affermato che il governo clinico è partecipazione dei professionisti. Stiamo dicendo in sostanza che le aziende sanitarie non possono andare avanti né possono svilupparsi se non impariamo a catturare quell'insieme di competenze, di capacità, di professionalità che nessuno ha, che nessun direttore generale ha, ma che hanno i professionisti.

Ora, certamente questa scelta è ancora ben lontana dall'essere penetrata concretamente nella vita reale delle aziende. Ma il punto è che sarebbe proprio per questo utile far partire da qui la nostra riflessione sulla situazione dei professionisti nel contesto delle organizzazioni sanitarie. Partiamo da questo problema, partiamo dal perché questa scelta che abbiamo delineato nei termini che ho ricordato non sta ancora esattamente funzionando come noi vogliamo, e mettiamola anche in discussione se necessario. Voglio dire che si tratta di tenere conto del fatto che le nostre aziende da tempo non sono più una cosa che assomiglia anche lontanamente a quelle del 1992, anno della loro istituzione. Sono diverse dal punto di vista delle relazioni interne e delle relazioni che hanno con le comunità cui fanno riferimento.

Inoltre, in questa regione il disegno delle reti assistenziali, la loro organizzazione la fanno i professionisti, la fanno le commissioni professionali. Non sono gli amministratori che disegnano come è fatta la rete regionale per la cardiologia, la cardiocirurgia ed altro. Sono delle commissioni professionali dove gente come voi ha quella specifica responsabilità, quella di dire come deve funzionare il sistema, come deve essere organizzato, come entrano e quali percorsi devono fare i pazienti e come deve essere condotta la manutenzione e la verifica della qualità dell'assistenza che ne consegue. Questa è la Regione che ogni anno investe più di 10 milioni di euro per fare ricerca nel e per il servizio sanitario. A livello nazionale il Ministero ne mette a disposizione, per tutte le Regioni, solo 14 milioni, tanto per dare un ordine di grandezza. Qui in questa regione la ricerca è un altro modo per favorire la partecipazione dei professionisti allo sviluppo del sistema assistenziale, perché è attraverso la ricerca, le iniziative di cambiamento ed innovazione che vengono promosse, che i professionisti elaborano ipotesi progettuali che concorrono a disegnare il servizio sanitario del domani.

Il mio punto quindi non è sostenere che funziona tutto meravigliosamente bene, altrimenti non saremmo qui a discuterne. Abbiamo una montagna di problemi da affrontare, ma l'unico modo costruttivo per affrontarli in un dibattito che non sia la triste ripetizione delle cose che ci diciamo da 10 anni a questa parte è quello che di cominciare ad essere analitici e ragionare sui problemi concreti, partendo dal ruolo dei collegi di direzione. Secondo me vi sono almeno tre ordini di ragioni che spiegano perché questo ruolo ancora non sia stato assunto pienamente: la diffidenza delle direzioni

generali, l'incapacità e anche la non disponibilità dei professionisti ad esercitare il ruolo loro attribuito, l'ancora insufficiente azione di stimolo e sostegno a questi organi aziendali che abbiamo saputo esercitare. Concludo dicendo che il mio voleva essere semplicemente un richiamo alla necessità di ancorare questa discussione alla concretezza delle scelte e delle azioni condotte nel nostro contesto, anche per correggere quanto vi è da correggere, perché se non capiamo dove siamo, da dove veniamo non capiremo mai dove vogliamo andare.

Dott. AUGUSTO CAVINA, Direttore Generale Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi
Grazie Giancarlo per avere organizzato questa occasione. "Come vanno le cose" è stata la principale domanda posta dalla tua introduzione, è stato messo poi l'accento, anche nell'intervento del Prof. Zamagni, sul disagio dei medici nel contesto dell'aziendalizzazione della sanità, l'infelicità dei medici, come giustamente ha sottolineato Cavicchi, è un problema che non riguarda sicuramente solo il nostro paese e le cause hanno origini lontane. Se può essere di qualche consolazione, potrei citare l'infelicità dei Direttori Generali continuo bersaglio di accuse di operare tagli di risorse come se fosse nelle loro disponibilità la decisione su quante risorse mettere a disposizione della sanità. La mia risposta alla principale domanda è che nella nostra Regione la sanità va relativamente bene se facciamo il confronto con altre realtà regionali. Siamo fra le regioni di testa in tutte le graduatorie di qualità delle agenzie nazionali e abbiamo l'equilibrio di bilancio. Però cominciamo ad avere anche noi il fiato corto rispetto alla capacità di soddisfare la domanda sanitaria e la sostenibilità economica del sistema. Sono assolutamente d'accordo con le cose che ha detto Cavicchi. Ritengo si debba dare atto che l'aziendalizzazione è stata la soluzione meno imperfetta possibile per il governo della sanità; è come la democrazia, sistema di governo meno imperfetto. Ovviamente non dobbiamo intendere l'aziendalizzazione come il mero trasferimento alla sanità di modelli gestionali di realtà produttive che hanno caratteristiche molto diverse rispetto una azienda sanitaria, azienda pubblica di servizi alla persona per eccellenza. Deve essere inteso che l'aziendalizzazione significa soprattutto assunzione di responsabilità nei confronti dei pazienti e della collettività, rispetto alla qualità dei servizi e il buon uso delle risorse, nonché rispetto alle esigenze di valorizzazione delle persone che lavorano nell'organizzazione. Siamo d'accordo su questi temi? E allora professionisti e gestori verifichiamo se possiamo fare meglio. Esiste certamente un problema di fidelizzazione dei medici nei confronti del modello di aziendalizzazione in sanità. Sicuramente c'è bisogno di maggiore cultura organizzativo-gestionale. Parlo innanzitutto per chi fa il mio lavoro, ma non escludo i professionisti. La sanità ha bisogno di una maggiore leadership clinica e di una maggiore adesione e coinvolgimento di tutte le componenti professionali al fine di creare vettori di forze che si esprimano in un'unica direzione e che non si contrappongano. Siamo tutti d'accordo che non ci sono ulteriori significativi spazi di razionalizzazione della spesa sanitaria; tanto è vero che nel bilancio della sanità questa Regione ha inserito 150 milioni di euro provenienti dal bilancio generale. Quindi sono state utilizzate risorse che avrebbero dovuto essere destinate per altri settori di attività pubblica. Questa è la migliore dimostrazione che ormai i margini di razionalizzazione si stanno esaurendo. Siamo inoltre tutti d'accordo che la salute è un problema politico per eccellenza e quindi la politica deve occuparsi della sanità perché la sanità si occupa della salute dei cittadini. Siamo anche d'accordo che ci deve essere una separazione fra il ruolo politico e il ruolo tecnico. Scusate, ma sono ormai 15 anni che ricopro un ruolo dirigenziale in questa Regione, quanto è durato l'assessorato alla Sanità di Giovanni Bissoni, e io vi posso dire, e sono pronto a sostenerlo in qualsiasi sede, che in questa Regione è possibile esercitare con adeguata autonomia il ruolo tecnico-gestionale. Ovviamente come in altri contesti di lavoro, ci sono tante pressioni e tentativi di condizionamento dei processi decisionali.

È inoltre vero, Prof. Zamagni, che i Direttori Generali delle aziende ospedaliere non sono i "prefetti" della Regione e non lo sono più da tempo. Ad esempio, i piani sanitari locali non li decide la regione, li decide la Conferenza Sanitaria Territoriale alla quale i Direttori Generali rispondono in primis oltre che alla regione. Il contesto istituzionale-gestionale è quindi diverso rispetto a quello che qui ho sentito tratteggiare. Rispetto alla situazione dell'incremento del contenzioso civile e penale che pesa sulla classe medica e sulle aziende per i crescenti costi assicurativi, credo sia necessario un plus di assunzione di responsabilità rifuggendo dalla tentazione della medicina difensiva da parte dei professionisti. È necessario che professionisti e gestori si assumano il massimo impegno e responsabilità per migliorare la qualità delle relazioni con i cittadini. I medici, del territorio, degli ospedali, i gestori, sono in grado di migliorare fin da subito aspetti inerenti la continuità assistenziale; so-

no capaci fin da subito di migliorare l'informazione al paziente. In Inghilterra in caso di ricovero ospedaliero programmato, il medico di medicina generale deve proporre 5 strutture ospedaliere diverse. Potenziamo l'informazione ai pazienti sui servizi e le diverse alternative per migliorare il livello di condivisione dei cittadini alle decisioni inerenti la loro salute. Il problema dei medici non è solo nei confronti del management. Una minore infelicità dei medici potrebbe essere favorita da una migliore risposta alle esigenze di autonomia professionale dei medici altamente qualificati che non hanno responsabilità di struttura. Il problema è anche quello dei rapporti fra la professione medica e le altre professioni sanitarie in particolare la professione infermieristica che ha ottenuto tale riconoscimento solo nel 2000. Ciò anche nella prospettiva che a medio termine, fortunatamente, non ci sarà più la storica condizione di "plethora medica" con la prospettiva di una maggiore valorizzazione professionale ed economica dei medici e delle altre professioni sanitarie non più condizionate dalla competizione occupazionale. Ecco in questi temi credo siano identificabili le maggiori criticità, sui quali noi abbiamo la possibilità di intervenire. Termino con un riferimento a quello che ha detto l'Ing. De Rita. Io credo che le tecnologie informatiche siano importanti nella sanità a supporto dei processi organizzativi. La qualità del risultato è legata però più alla qualità del processo organizzativo-funzionale. Quindi noi non dobbiamo resistere all'introduzione della tecnologia ICT ma non dobbiamo pensare che la tecnologia sia la soluzione dei processi organizzativi irrazionali.

Dott. CLAUDIO CAMPIERI, Nefrologo, Responsabile Centro Dialitico Ospedale Maggiore Bologna

In questa costruttiva giornata caratterizzata da interventi di altissimo livello, mi pareva doveroso dare un piccolo contributo lanciando un messaggio positivo e concreto di terapia che vede l'utilità dell'informatica come suggerite dall'Ing. De Rita.

Noi nefrologi sappiamo che la maggior parte dei pazienti che vanno in dialisi sono diabetici, perché in essi l'evoluzione negativa della funzionalità renale assume una velocità doppia rispetto ai pazienti con danni renali non causati da diabete.

La dialisi, aiuta sì la sopravvivenza, ma i danni vascolari, specie quelli a carico degli arti inferiori, evolvono negativamente con necessità di amputazioni.

Anche la morbilità e mortalità per eventi cardiovascolari è estremamente elevata e per questi pazienti ed è più probabile la morte che il raggiungimento della fase di insufficienza renale avanzata.

Il 6 aprile us è stato pubblicato su *Diabetologia* uno studio controllato che documenta la prevenzione dei danni a carico delle proteine dei glomeruli, della retina e dei nervi in un gruppo di ratti trattati con tiamina e benfotiamina¹. Ciò è in linea con un precedente contributo del 2003². Anche nel giugno 2008 veniva documentato che AST-120 (Kremezin) assunto precocemente blocca la progressione della disfunzione renale nei diabetici³. Anche se il 28 aprile è stato pubblicato su *Jama*⁴ uno studio controllato che segnala inefficacia di alte dosi di vitamina B nei diabetici, tuttavia gli studi di base devono far cercare il dosaggio giusto e la documentata efficacia per la vitamina B od esplorare il reale impatto di AST-120 (Kremezin).

Mi troverò con i diabetologi per discutere questi dati e trovare una strada da percorrere che possa risultare utile ed efficace rispetto alla ineluttabilità evolutiva del quadro clinico della nefropatia diabetica. Occorrono tentativi concreti, specie se a basso costo, utilizzando le modalità che l'Ing. De Rita indica – un Database-Registro per sapere quanti diabetici bolognesi assumono la vitamina B₁ rispetto a quanti, nonostante indicazioni specifiche, non la prendono. È un problema di informatica ma anche di diritti del cittadino. È inderogabile capire se questo semplice provvedimento terapeutico potrà portare a ridurre le sofferenze personali e familiari ed i costi sociali del diabete e della nefropatia diabetica evolutiva.

Per quanto riguarda il discorso del Prof. Zamagni che da sempre ci propone questa visione etica

¹ Karachalias N et al - Increased protein damage in renal glomeruli, retina, nerve, plasma and urine and its prevention by thiamine and benfotiamine therapy in a rat model of diabetes - *Diabetologia*

² Babaei-Jadidi R et al - Prevention of incipient Diabetic Nephropathy by High-Dose Thiamine and Benfotiamine - *Diabetes*. 52, 2110-2120, 2003

³ Konishi K et al - AST-120 (Kremezin) initiated in early stage chronic kidney diseases stunts the progression of renal dysfunction in type 2 diabetic subjects - *Diabetes Research and Clinical Practice*. 81:310-315, 2008

⁴ House A.A., Effect of B Vitamin Therapy on Progression of Diabetic Nephropathy: a Randomized Controlled Trial *JAMA* 303.1603-1609, 2010

composta e precisa, ritengo che abbia chiaramente suggerito come i gestori delle aziende debbano ascoltare, vagliare e verificare le più qualificate proposte per la salute e magari chiedersi come mai tocchi ad un nefrologo suggerire proposte concrete.

L'ottima interpretazione che di queste proposte è stata data dal Dott. Grilli ci fa sperare che, con il nuovo Assessore alle Politiche della Salute della nostra regione, su questa proposta di prevenzione non cada il silenzio e si riesca ad intraprendere un nuovo corso che preveda maggiore attenzione verso i medici annullando l'impressione che, nonostante il loro costante impegno, non paiono sufficientemente ed obiettivamente vagliati né tantomeno apprezzati dal livello politico-gestionale.

Prof. GERARDO MARTINELLI, Docente di Anestesiologia e Rianimazione, Università di Bologna

Ho 72 anni e quest'anno termino la mia attività lavoratrice, ne ho viste tante, tutte le riforme, tutti i cambiamenti, cosa voglio dire, cosa ho sentito e apprezzato oggi da questi meravigliosi relatori e da tutti gli interventi, che bisogna modificare qualcosa e queste modifiche devono tendere al benessere del paziente, così il 9% possa diventare il 39% e soprattutto e questo lo dico anche per la sede in cui ci troviamo nei confronti anche del medico, se ne è accennato. Bene sto concludendo dicendo che la cosa che spero è che questi sistemi – che debbono essere modificati, migliorati – tendano a realizzare quello che io da solo non sono riuscito a conculcare nella mia lunga carriera, soddisfazione, serenità, salute, sicurezza, soldi.

BRUNO RAVERA, Presidente Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Salerno

Ringrazio il Presidente Pizza per l'invito a partecipare a questa importante conferenza dal titolo "Sanità, Quo vadis?".

Il Prof. Zamagni, nel corso del suo eccellente intervento, che condivido, ha tra l'altro accennato alla sua esperienza come componente del CdA dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma, dove negli ultimi anni vi è stato un netto recupero in termini di qualità delle prestazioni fornite e di stabilità finanziaria.

Vorrei sapere se questi risultati sono dovuti solo alle grandi motivazioni "intrinseche ed estrinseche" del Personale o anche a incentivi economici.

La seconda domanda riguarda l'attuale ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale che privilegia le Regioni in cui è maggiore il numero di anziani rispetto alle Regioni (v. Campania) che hanno ancora un alto tasso di natalità.

Non è solo un problema etico perché mi sembra assurda questa contrapposizione tra "bambini e vecchi", ma un problema di risorse. Non a caso in Italia siamo all'ultimo posto per l'assistenza all'infanzia e al cosiddetto quoziente familiare. So bene che questo non è un compito che spetta alla Sanità, ma non si può negare che anche la salute (in senso lato) del bambino abbia un suo costo e richieda adeguate risorse.

Vi è un altro problema che io vorrei porre con forza questa mattina. Sento parlare di primato della politica e qui dobbiamo intenderci.

Se con questa espressione si intende che la politica deve perseguire finalità di carattere generale e fare delle scelte che indirizzano verso il raggiungimento del bene comune, siamo tutti d'accordo.

Occorre diffidare però quando di questo primato parlano i politici. La carenza di alta politica (quella che persegue l'interesse generale) lascia spazio alla bassa politica.

Negli anni 30 su tutti i luoghi pubblici campeggiava un avviso "Qui non si parla di alta politica o di alta strategia, qui si lavora". E Benedetto Croce commentava che era molto giusto, perché lì si parlava di bassa politica e di bassa strategia. La politica non è un affare ma un servizio alla Società, che comporta la necessità di programmare e di decidere, l'assunzione di responsabilità prima ancora che di potere.

Quello che molte volte interessa al politico è di avere un "proprio" direttore sanitario o generale, non che l'azienda o l'ospedale funzioni bene.

Io non mi permetto di giudicare in casa d'altri, ma non ho difficoltà ad ammettere che nel Mezzogiorno o almeno nella Regione cui appartengo, cioè la Campania, le scelte clientelari sono la regola, con qualche significativa eccezione.

Io sarei favorevole ad un Albo Nazionale dei Direttori Generali per evitare condizionamenti e ricatti. In generale quando il D.G. non ha preparazione e competenza tecnico-sanitaria adeguata, il

suo problema finisce con l'essere solo il pareggio del bilancio; ma quando il suo interesse è solo per l'azienda, siamo proprio sicuri che sia così anche per il paziente?

Noi medici conosciamo le difficoltà economiche di una azienda e in un certo senso siamo disponibili (è giusto?) a tenere a bada le esigenze etiche, ma l'azienda queste esigenze etiche non le accetta, perché parla di adattamento e quindi di compatibilità e qui arriviamo al discorso del prof. Cavicchi.

Ma si dovrà trovare qualcosa di mezzo perché, come dice il Prof. Zamagni, il medico è sottoposto alle pressioni di due principali agenti; se accontenta l'assessore scontenta l'ammalato e se accontenta l'ammalato scontenta l'assessore.

Vi è una terza questione e poi chiudo.

Si parla sempre della riforma degli studi universitari. La tabella 18 non è stata un vero progresso. Voi vi rammaricate che manca l'insegnamento dell'economia, io sarei contento se mancasse solo quello. Mancano molte altre cose, perché in gran parte l'attuale ordinamento didattico universitario ricalca quello del passato. Prima di parlare di questo bisognerebbe farsi alcune fondamentali domande: quale tipo di medico si vuole formare e per che cosa?

Qual è la mission della facoltà, cioè il suo modello culturale? Occorre riportare al centro del processo formativo lo studente e non il professore (nessun equivoco sessantottesco); io sto esaltando il ruolo del vero professore, che meglio sarebbe chiamare maestro. Mi fermo qui, perché andrei fuori tema.

Andrebbero rivisti anche alcuni non secondari punti della riforma ex DM 270/2004.

Anche noi medici abbiamo le nostre responsabilità e lo ha detto molto bene Mario Falconi poco fa. Non sempre ci siamo battuti con efficacia sui tanti provvedimenti che non hanno giovato alla sanità. Le rappresentanze mediche spesso si sono impegnate a fondo sugli aspetti economici dei contratti e convenzioni (ed era giusto), ma un po' meno sui contenuti normativi. Non possiamo recitare il confiteor battendo i pugni sul petto degli altri. Questo comunque non giustifica una certa propensione, non solo ideologica, a penalizzare i medici.

Vi faccio un esempio. Tutti sanno che all'esame della Commissione Sanità della Camera vi è un progetto di legge condiviso da tutte le parti politiche, per la istituzione di 2I, dico ventuno, Ordini Professionali, per tutte le categorie sanitarie, dai tecnici di laboratorio agli infermieri etc.

Ma c'è di più.

Nella Regione Toscana è, mi pare, in atto il discusso esperimento del *See and treat*, cioè affidare ad un infermiere particolarmente addestrato (oggi l'infermiere è un professionista laureato, non ce lo dobbiamo mai dimenticare) la responsabilità di alcuni interventi compresi nel cosiddetto codice bianco, su cui si articola il pronto soccorso ospedaliero.

I circa 700.000 infermieri italiani fanno chiaramente capire (lo ha detto Leonardi) che questo è il primo passo verso una completa autonomia. Per i primi 6 mesi dell'esperimento è prevista la presenza di un tutor medico che deve disciplinare e controllare. E dopo?

Io non credo che nei medici vi sia ancora il desiderio di mantenere una dominanza come negli anni passati (anche se io, per onestà intellettuale non lo posso escludere del tutto, anche se mi sembra anacronistico).

Quello che mi preoccupa è di garantire l'autonomia sulla base della responsabilità.

È necessario discutere e approfondire per evitare che il pendolo oscilli da una condizione di inferiorità degli infermieri ad un assemblearismo, che decida magari a maggioranza se si debba o meno dare un'aspirina. Fantascienza? Può darsi, ma vi è un precedente ammonitore: chi ricorda ancora il "contratto unico" degli ospedalieri degli anni '70? Il fatto che quasi tutti lo abbiano dimenticato, potrebbe significare che lo si consideri ormai un reperto archeologico da non conservare. Se è così, va bene. Ma non torniamoci sopra, mai più. Grazie.

Dott. FRANCESCO RIPA DI MEANA, Direttore Generale AUSL di Bologna

Proprio perché dell'aziendalizzazione mi interessa particolarmente la crescita del management, vorrei soffermarmi più sulla cultura di quest'ultimo piuttosto che disputare sul modello aziendale e sulle sue eventuali evoluzioni. Non trovo interessante difendere la organizzazione aziendale in quanto tale, mi interessa semmai farlo guardando ad essa come servizio alla proprietà (la Regione) e ai professionisti per raggiungere meglio i propri obiettivi. Vorrei in questo breve intervento riprendere alcuni dei concetti espressi dai precedenti relatori.

Riguardo al primo al tema proposto, della asimmetria tra un Direttore Generale che ha un'unica

relazione con un unico agente principale (il Governo Regionale) e il medico che ha due referenti (l'azienda e l'ordine professionale), vorrei ricordare che il manager è a sua volta un professionista con dei riferimenti valoriali. Per quanto mi riguarda, per esempio, non faccio riferimento solo all'Assessore che mi ha nominato ma in realtà, come avete sentito, anche al Presidente della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna e, infine, io sono iscritto all'Ordine di Roma e c'è qui il mio Presidente e quindi come professionista io non posso esimermi dal tenere conto di tutte queste afferenze e appartenenze. Lo stesso varrebbe se io fossi un economista o altro: vedo nella limitatezza di quella posizione la solita subdola affermazione che assimila riduttivamente (e direi irrispettosamente) il manager alla politica.

Da questo assunto derivano alcune considerazioni. Prima di tutto non si può dire certamente che la visione dell'assessorato sia l'unica considerata. Ricordo, per esempio, che per la mia funzione sono chiamato a rispondere ai reclami dei cittadini e, negli ultimi tempi, alla giuste richieste di tutela dei professionisti a fronte di attacchi ingiustificati e alla deprecabile tendenza a fare di tutta tua erba un fascio. In realtà, come direttore mi trovo in una situazione che mi fa sentire più simile ad uno snodo di relazioni tipicamente manageriali, non derivate assolutamente dal potere politico. Insomma, a questa posizione si deve il rispetto per la dignità professionale e, al limite, il problema attuale può essere quello dell'autorevolezza del manager e dei sistemi sanitari, quindi il direttore generale deve contribuire alla costruzione di questa autorevolezza. In questo senso penso che il manager possa essere giudicato per quanto riesce a proporre e a realizzare la crescita del corpo professionale sul quale si fonda la maggior parte della autorevolezza della sanità in un territorio.

Quanto all'altro tema, quello della compatibilità, Ivan Cavicchi ha già aperto la strada dicendo che qualcuno parla di sostenibilità assimilandola a razionamento. Io vedo un chiaro messaggio nella parola sostenibilità, specialmente se ci si chiede: "...per sostenere cosa?". Io dico che in sanità la parola sostenibilità è inscindibile da quella sviluppo o innovazione. Porto l'esempio della unificazione delle tre aziende bolognesi. Abbiamo fatto tutto questo sforzo, e avete sofferto molto in tutti questi anni, prima di me, per costruire le compatibilità economico-finanziarie (è stato abbattuto il grande disavanzo degli anni 2000), ma tutto questo a cosa sarebbe servito se non per fare di questa nuova capacità di tenuta del sistema a Bologna un punto di partenza per uno sviluppo sostenibile? Ebbene è chiaro che qui la compatibilità la stiamo trasformando in sostenibilità, anche perché sostenibilità vuol dire anche avere un progetto per il futuro. Ritorna dunque il tema della committenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) che ci chiede una mano per tracciare questo futuro e in questo, lo avete ripetuto più volte, mi ritrovo perfettamente nell'affermare che qui a Bologna una pianificazione legata solo al passato non tiene più e che il patrimonio accumulato ci obbliga a guardare alle sfide del futuro.

In questo momento a Bologna i tre manager della sanità sono tre medici e trovo che l'elaborazione che sta avanzando nelle tre aziende è più orientata a vedere come affrontare il futuro impostando nuove modalità organizzative, che superino i confini delle singole aziende come le reti ospedaliere interaziendali che stiamo costruendo o che stiamo consolidando. Non mi ritrovo sulle affermazioni intorno al tema della ricchezza, a Bologna, dei contenitori e dell'impovertimento dei contenuti. Vorrei che tutta Bologna, guardando al futuro, vedesse, per esempio, l'imminente prossimo arrivo dell'IRCCS delle Neuroscienze come un momento non tanto per avviare un nuovo contenitore quanto piuttosto per valorizzarlo, dentro e fuori dal nostro mondo bolognese, per i contenuti che sta già sviluppando: l'attività neurochirurgica, radiologica, neurologica rappresentano contenuti già esistenti e porli tutti nello stesso contenitore non potrà che accrescerne le potenzialità sia a livello locale che nazionale.

E qui concludo con il tema affrontato da Grilli, che mi tocca particolarmente, il collegio di direzione. Credo di avere vissuto da Direttore generale, prima a Piacenza ora a Bologna, il passaggio dal prima al dopo l'esistenza del Collegio di Direzione che, è chiaro, è stato modificato radicalmente facendolo diventare "organo aziendale". Credo che siamo tutti perfettamente convinti che costruendo questa nuova relazione fra Direzione e Professionisti sia finita l'epoca della contrapposizione tra professionisti e livello gestionale. A dimostrazione di questa affermazione riferisco qui che, nel tracciare il futuro, molti dei nostri professionisti hanno affermato: "... vogliamo esprimere contenuti manageriali propri nel gestire le nostre unità operative, non è vero che ci pesa, magari dovete eliminare molti aspetti inutili della gestione amministrativa che non toccano a noi; torniamo al governo clinico unitario con il management". Ebbene, essendo noi aziende nate per far lavorare in sicurezza i professionisti, e questo lo dice la legge, è chiaro che in questo

momento noi non dobbiamo prendere queste parole come sterile polemica ma come l'affermazione della volontà di voler sostenere la sfida professionale con maggiori strumenti. Consentitemi di dire insieme ad altri, oggi, che le difficoltà di clima non sono originate dalla depressione di stare dentro l'azienda, ma da tante altre componenti, anche esterne che vanno analizzate e affrontate. Per esempio le difficoltà della nuova relazione dei clinici con altre professioni, delle quali si è parlato prima. Io credo che ciascuno di noi abbia un ruolo, dobbiamo evitare contrapposizioni perché tutti abbiamo bisogno l'uno dell'altro per costruire un percorso clinico efficace intorno al paziente.

Insomma, ritengo che il management debba diventare non solo garanzia di servizio per il cittadino ma anche per supportare i professionisti, per ridare autorevolezza a questo sistema. Nel nostro caso, ciò vuol dire anche proporre un progetto di rilevanza regionale e nazionale per la sanità bolognese, ritengo si debba fare leva su queste novità, magari imposte dalla legge, ma che devono essere utilizzate per costruire dal basso. E in questo dobbiamo fare chiarezza su quale parte di responsabilità vogliamo assumerci per il futuro, non nel certificare il declino ma per costruire il rilancio.

GIOVANNI BELLONI, Presidente Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Pavia

Due brevi cose. Ringrazio i relatori per i loro contributi. Parto da un punto di vista molto pratico. Nel nord d'Italia almeno l'80% della spesa sanitaria è dovuta al 20% dei pazienti con patologia cronica. Questo vuol dire che veramente dobbiamo cambiare e non solo sulla carta perché dobbiamo approntare un nuovo profilo organizzativo per questi pazienti. In Lombardia, ma pare anche in Emilia, il rapporto ospedale-territorio è un'utopia. Se vogliamo veramente cambiare dobbiamo modificare anche gli impegni di spesa. È inutile fare nuovi ospedali per nuove acuzie quando le acuzie sono in regressione. Provengo da una provincia dove c'è la maggiore concentrazione di fondazioni IRCS: abbiamo 500.000 abitanti e tre fondazioni IRCS, ed ora anche il CNAO che è l'unico in Italia. Questo spinge a parlare di eccellenza. Attenti a non sottolineare una intrinseca autoreferenzialità. Perché eccellenza? Chi lo dice? Lo dice il medico che lavora lì? L'autoreferenzialità è negativa totalmente. Bisogna che ciascuno di noi faccia delle riflessioni. Per quanto mi riguarda, visto che ho anche la fortuna di insegnare agli studenti di Medicina del VI anno e della scuola di specialità in Medicina interna, io non sarei così negativo nei confronti degli studenti. Mi sono iscritto alla Facoltà di medicina nel fatidico 1968 e anche nel '68 nessuno ci insegnava niente, ognuno di noi andava nelle corsie a imparare. Se uno studente viene in reparto assiduamente impara a visitare un paziente. L'Università ha molte colpe: ad esempio non informa gli studenti che è presente un Codice deontologico. Noto invece che i giovani colleghi hanno molta più passione di noi.

CLAUDIO PANDULLO, Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Trieste

Le relazioni della giornata mi offrono lo spunto per alcune considerazioni.

La prima in relazione al federalismo fiscale in sanità.

Il Friuli Venezia Giulia è una piccola regione con circa 1.200.000 abitanti, le dimensioni di una grande città caratterizzata però da una offerta scientifico-formativa importante: 2 università, 2 IRCCS; e da una offerta sanitaria notevole: 8 ospedali di rete, 3 ospedali di riferimento regionale-nazionale e 20 distretti. Siamo una Regione autonoma e dal 1994 siamo autonomi anche per quanto concerne la gestione economica della sanità, ossia il Friuli Venezia Giulia è in gran parte indipendente dai finanziamenti nazionali.

Questo genera delle criticità in quanto il finanziamento della sanità trova dei problemi nei momenti di crisi economica, come l'attuale, quanto la programmazione sanitaria si deve confrontare con una riduzione delle risorse legate al gettito fiscale, pertanto nella nostra Regione la riduzione del PIL legata alla contrazione dell'IRPEF rende problematico reperire i fondi per assicurare un adeguato finanziamento in questo ed altri settori.

Il nostro territorio è inoltre caratterizzato dalla presenza di un gran numero di anziani: più di 1/3 della popolazione ha più di 65 anni di età con tutte le necessità in tema di cronicità che ne conseguono.

La seconda: l'ingerenza della politica nella Sanità.

Quello che abbiamo osservato nel corso degli anni è la pesante intromissione della politica in tutte le nomine delle posizioni apicali della sanità: in pratica sono anni che girano sempre le stes-

se persone alle direzioni di diverse aziende od ospedali o a capo di agenzie regionali sempre legate al servizio sanitario regionale. Questa osservazione ritengo sia condivisibile a tutte le realtà sanitarie del nostro Paese.

Si crea una sorta di meccanismo a cascata in virtù del quale sono i referenti politici che decidono le nomine dei direttori generale, questi il direttore amministrativo e sanitario e così via via fino alla nomina dei referenti delle strutture semplici.

In definitiva l'aziendalizzazione della sanità ha permesso alla politica di occupare posti chiave e sistemare i soliti personaggi che devono essere sistemati.

Terzo: il ruolo del medico nei nuovi scenari.

Ho sentito oggi tanti interventi interessanti ma anche tantissima retorica.

Ripetiamo che il medico è al centro del sistema: non è vero.

Sempre più spesso i direttori generali nominati hanno l'incarico di "razionalizzare" le risorse che vuol dire razionare la spesa sanitaria ed arrivano i tagli catena. I medici sono chiamati ad "armonizzare" i loro comportamenti per adeguarsi ad un sistema che ha risorse limitate.

Arrivano "suggerimenti" che fanno notare il costo di certe terapie, l'opportunità di privilegiare linee terapeutiche meno costose ... e così via.

Altro argomento interessante è quello relativo alla famigerata PEC.

Ritengo che troppo spesso il ministro Brunetta lavori di accetta quando è invece il caso di lavorare di fioretto.

La PEC ci ha messo tutti quanti in crisi. Inizialmente la FNOMCeO aveva avanzato l'ipotesi di fornirla gratuitamente agli iscritti, in realtà ogni Ordine ha dovuto provvedere autonomamente.

Chiedo ancora: cosa dobbiamo fare dei Colleghi che sono pensionati e che spesso non hanno il computer, li cancelliamo dall'Albo? Sono Medici di serie B? La PEC è una raccomandata, se un ci arriva una PEC ed il medico destinatario non la apre dal punto di vista medico legale cosa succede?

Quarto punto. Rapporti medico paziente informatica.

È stato citato dai relatori il modello inglese.

In Inghilterra il paziente si lamenta perché la maggior parte del tempo della visita il medico la passa con gli occhi incollati al computer e non guarda in faccia la persona.

Stiamo attenti anche all'informatica proposta come panacea; io l'appoggio e sono favorevole al suo utilizzo, fatto però con saggezza ricordandoci che la nostra professione è fondata sul rapporto umano.

Quinto punto. Il rapporto medico/paziente nei contesti attuali.

Ieri (23 aprile) a Trieste abbiamo organizzato un corso sugli stati vegetativi sull'onda di quanto proposto da Giancarlo Pizza.

Fra i relatori era presente l'oncologo Prof. Giorgio Mustacchi. Una sua osservazione mi ha colpito e fatto molto riflettere: in base ai tempi che vengono fissati dai DRG per una visita oncologica dopo aver completato la parte burocratica gli rimangono circa 3 minuti di tempo per dire a un paziente che ha un cancro.

È per questi motivi che seppur siamo al secondo posto a livello mondiale come Servizio Sanitario solo il 9 % degli utenti ne è pienamente soddisfatto.

Una osservazione per il Prof. Cavicchi in merito ai percorsi di qualità. Stiamo attenti nel seguire i processi produttivi ed i protocolli, a non costruire dei bellissimi salvagente di ghisa che tuttavia hanno superato tutti i percorsi della qualità!

Fermiamoci ogni tanto a riflettere se quello che facciamo è corretto, è logico.

I protocolli hanno tutto un altro significato, sono da applicare alle realtà locali e contingenti, non devono essere delle catene alla libertà di agire del medico.

Quindi ricordiamoci di non farci travolgere dall'aziendalismo dirompente, i modelli che vengono proposti in sanità troppo spesso sono mutuati da altre realtà lavorative, dall'industria, dalle assicurazioni... che nulla hanno a che fare con la sanità.

Cerchiamo in sintesi di recuperare il rapporto medico paziente che è un fondamento della nostra professione.

Dott. GIANCARLO PIZZA, Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna

Grazie a tutti gli intervenuti anche per essere stati nei tempi assegnati. Ora è il momento delle risposte dei Relatori alle osservazioni e procederei in ordine di successione come per gli interventi iniziali. Prof. Zamagni prego.

Prof. STEFANO ZAMAGNI, Docente di economia Università di Bologna

Era inevitabile, noi eravamo stati chiamati per parlare della condizione del medico, molti degli interventi molto interessanti hanno allargato l'orizzonte, però se posso dare un consiglio se si parla di un tema bisogna stare sul tema. Perché la salute è la funzione della sanità, è funzione degli stili di vita. Vi do un dato che forse voi sapete, la spesa sanitaria sapete quanto concorre al miglioramento dello stato di salute della popolazione? Il 5%. E la spesa sanitaria occupa il 90% di tutta la spesa per la salute. Questi sono dati. Però molti discorsi fatti sono basati sulla non conoscenza, il che ci aiuta a capire il disagio cioè il 90% dei soldi per finanziare una sanità che contribuisce solo al 5% al miglioramento dello stato di salute. Moruzzi ha posto un problema importante e io sono d'accordo con lui, cioè le nuove tecnologie non hanno un potere taumaturgico, esigono un modello organizzativo adeguato, quello che invece tendiamo fare in Italia introduciamo le tecnologie ma manteniamo il vecchio modello organizzativo ed è lì che abbiamo gli sprechi e le inefficienze, bisogna che ce lo scriviamo. C'è il nuovo modello che non so se qui è noto ... che vuol dire un modello di produzione alternativo a quello tradizionale e che è basato sulla gestione dei beni di uso comune. Ora se voi studiate questo modello è radicalmente diverso da quello che viene applicato nelle nostre aziende sanitarie, ma non per colpa dei nostri direttori generali ma perché siamo ancora tayloristi. L'amico di Salerno ha detto una cosa importante quando ha detto che la Legge non impone il C.D. ai medici. L'altra questione, Dott. Ripa di Meana, il problema management io l'ho usato in senso tecnico, nonostante quel modello ci sono molte realtà e l'Emilia Romagna è un caso che non si comportano secondo quel modello. Quando dici che il Direttore Generale è uno snodo, forse pensando a te o a Cavina, è vero ma perché lo vuoi fare tu, tu non saresti tenuto. Per concludere all'origine dei problemi c'è che il cittadino è elettore e paziente.

In quanto elettori abbiamo interesse a pagare meno tasse possibili, quindi abbiamo interesse a votare a quei partiti o a quelle piattaforme partitiche che ci promettono di non aumentare la tassazione, però in quanto pazienti abbiamo esattamente l'obiettivo opposto di ottenere il massimo delle attenzioni ecc. Ora è evidente che non se ne è parlato perché non era questo l'argomento, che c'è un problema di risorse non adeguate, che spendiamo poco in sanità perché c'è una distorsione nel sistema dei prezzi relativi. Se vogliamo risolvere buona parte dei problemi bisogna che informiamo, che acculturizziamo i nostri cittadini e questo lo si può fare a livello regionale. Come si scioglie la contraddizione? Molto semplicemente andando verso il modello di democrazia deliberativa. Io politico se mi rivolgo ai miei concittadini devo dire guardate che voi vivete questa contraddizione di tipo pragmatico che siete al tempo stesso elettori allora io vi chiedo di contribuire non solo e non tanto con l'aumento della pressione tributaria ma con una locazione diversa delle risorse pubbliche a livello regionale togliendo da alcuni comparti e buttrandole qui in cambio di una partecipazione di tipo deliberativo alle grosse scelte. Ora in Italia non si vuole parlare di democrazia deliberativa, l'unica regione che se la è data circa un anno mezzo fa è stata la Toscana. Io ho parlato con quelli della mia Regione ma non l'hanno voluta fare e questo va denunciato.

Chiudo con un'osservazione di carattere generale. Voi sapete che ci sono due modelli nel modo con cui si formano le norme sia nazionale che regionali, e il modello è quello di Cesare Beccaria e l'altro è quello di Giacinto Dragonetti. Tutti conoscono Beccaria nessuno conosce Dragonetti. Dragonetti dell'Aquila diventa poi Presidente del Tribunale del Regno delle due Sicilie a Palermo. Nel 1765 Cesare Beccaria a Milano pubblica il libro *Dei delitti e delle pene* l'anno dopo Dragonetti a Napoli pubblica in risposta a Beccaria *Delle Virtù e dei Premi*. Dragonetti vien completamente dimenticato; se voi andate al Sud nessuno lo sa, nessuno lo conosce, questa è una delinquenza perché il libro di Dragonetti venne tradotto in quattro lingue mentre in Italia lo abbiamo distrutto. Voi direte dov'è il punto? Il punto è che Dragonetti aveva ragione: se vogliamo che le cose marcino bisogna che le leggi stabiliscano premi ai virtuosi piuttosto che perdere risorse per penalizzare i delinquenti che ci saranno, ma perché noi dobbiamo fare le norme pensando al comportamento generale che è delinquenziale quando invece non è vero, e il risultato è con la frustrazione. Cioè il modo di legiferare deve essere tale da valorizzare la componente virtuosa che c'è in ciascuno di noi, invece noi facciamo le leggi per penalizzare i delinquenti (e vanno penalizzati) ma in questo modo gli altri si sentono naturalmente frustrati. Ecco che bisogna allora recuperare la filosofia di Dragonetti che è stato un grande illuminista, perché come voi sapete l'illuminismo napoletano è superiore di quello milanese. Ecco perché recuperare questa filosofia, secondo me è molto importante.

Prof. IVAN CAVICCHI, Docente di Sociologia dell'Organizzazione Sanitaria e Filosofia della Medicina, Università Tor Vergata, Roma

Facciamo finta di tirare una linea dal momento che abbiamo cambiato assessore e quadro politico. Cosa deve continuare e cosa si deve interrompere. Se devo riassumere la discussione di oggi mi pare che abbiamo deciso tutti insieme che le politiche semplificate e semplificanti oggi debbono essere complessificate. Non ci basta più la compatibilità: abbiamo detto che ci vuole la sostenibilità. Io insisto, anche se non siete abituati a questo termine, ci vuole anche la compostibilità. Perché sento l'urgenza di questo, perché ho il problema che riassumo con l'espressione: i costi standard. Sarà una drammatizzazione di quello che abbiamo descritto, non sarà una soluzione. Per me il costo standard funzionerà come una esasperazione di conflitto tra diritti e risorse, e saranno dolori. Qual è il problema politico e culturale grosso? Quello del principio della "meaning variance". Che cosa è? Secondo questo principio i significati delle cose – medico, malato, ospedale, malattia – sono destinati a cambiare se cambiano i contesti. Oggi ho un contesto che è cambiato, quindi devo aggiornare i significati di base di direttori generali, azienda, malato, servizio, pratica ecc., cioè devo mettere in campo un "ripensamento". Siccome è stato eletto Lusenti quale assessore, che certo di sanità e medicina non è a digiuno, mi viene da pensare ma in Emilia Romagna che facciamo? Continuo a riorganizzare o assumo uno spirito riformistico nuovo? In questo spirito riformistico ovviamente c'è la riorganizzazione ma dov'è la differenza? Che mentre prima riorganizzavo e basta adesso metto in campo un progetto di cambiamento all'interno del quale ridefinisco le quote di riorganizzazione. Oggi i servizi non bisogna più solo riorganizzarli ma riformarli. A Cavina dico questo: io sono un po' scettico su questi rapporti tra politici, direttori generali e medici. Sono probabilmente influenzato da altre realtà. A Cavina rispondo così: esiste una differenza tra regionalismo e regionalismo. Il regionalismo è una brutta bestia, il regionalismo lo auspicherei. Il regionalismo è quando la politica gestisce la gestione. Al contrario la politica non deve gestire ma riformare. Faccio notare che con i costi standard probabilmente l'Emilia-Romagna avrà un problema in più, perché una quota di entrate vi deriva dalla mobilità interregionale. Dubito che le regioni del Sud nella prospettiva del federalismo fiscale, continueranno a foraggiare le regioni del nord con la mobilità regionale. Per cui l'Emilia-Romagna rischierà di andare in disavanzo.

Passo a un altro discorso. Questa faccenda dell'integrazione ospedale e territorio ecc. Stefano Zamagni parlava di taylorismo; si è creduto di poter fare il territorio in modo tayloristico pensando che tanto dopo lo avremmo integrato, la stessa cosa per l'ospedale. In realtà non si integra un bel niente se non si progetta l'integrazione in un sistema di relazione nuovo. Il taylorismo non è integrabile, per integrare dobbiamo superare questa concezione.

Chiudo rispondendo a Grilli. Per me il governo clinico è una quota del problema, non il problema. La 502 a proposito dell'azienda dice così: l'AUSL è azienda, e basta, con autonomia gestionale, patrimoniale, organizzativa, contabile e tutto quello che volete. Perché il legislatore è stato così generico? Poteva dire come ha fatto la Lombardia, la ASL è una azienda di gestione, poteva dire è un'azienda di erogazione ecc. perché non l'ha fatto? Ha scelto di essere generico perché aveva un problema di mediazione politica, perché a seconda di come connotavi l'azienda essa andava o sotto al comune, o alla regione. Vorrei che si definisse una cosa molto semplice: l'azienda è uno strumento che si caratterizza attraverso gli scopi di chi lo usa. Siccome chi usa l'azienda è lo Stato e i suoi scopi sono etici, l'azienda è un soggetto primariamente etico con vincoli economici. Nello stato di fatto l'azienda come funziona? Come un oggetto e non come un soggetto: un soggetto economico con vincoli etici. Allora io dico che fra le due aziende fare il medico non è la stessa cosa. Ma davvero Grilli tu credi che noi andiamo a ridiscutere la natura dell'azienda chiamando a cogestire i capi di dipartimento e facendo i dipartimenti strutturali? Perché nel modello gestionale dell'azienda non si prevede una rappresentanza della domanda sociale? Perché non definire il carattere sociale dell'azienda. Credo che questo sia un punto caldo, credo che l'Emilia-Romagna ha l'esperienza, ha tutte le carte in regola per fare un passo in avanti e fare da capo scuola specificando quella che è la natura aziendale, se noi mutiamo il contesto muterà anche il significato di base di azienda, se noi mutiamo il contesto aziendale cambierà il significato di base di operatore, di medico, di servizio. Io credo che questa sia la sfida vera.

Dott. Ing. GIORGIO DE RITA, Direttore Generale del CNIPA, Ministero Pubblica Amministrazione e Innovazione

Condivido quanto affermato prima da Zamagni: dovremmo cominciare a ragionare delle virtù e dei premi e non soltanto delle pene. Lo strumento informatico: condivido l'opinione che aiuta,

serve, è importante ma che non risolve tutti i problemi. Credo che sia uno strumento molto potente e che in qualche modo imponga a tutti coloro che sono chiamati a confrontarsi, a riflettere fino in fondo in che modo occorre usarlo, senza riserve. A proposito della tessera sanitaria, affermava prima il Dott. Di Lascio che è un oggetto tra i più inutili che esistano. Ho nel mio portafoglio la tessera per i premi che mi ha dato il mio benzinaio: tecnologicamente è equivalente a una tessera sanitaria. Il problema non è la tessera in sé; di per sé irrilevante; però offre la possibilità al mio benzinaio e al gestore delle reti di benzinai di capire chi c'è dall'altra parte, di capire il mio profilo: quante volte compro, dove compro, quanto spendo. Non è importante la tessera di plastica il cui valore è di pochi centesimi di euro, ma la capacità di chi dall'altra parte di metterci l'intelligenza. La responsabilità dei sistemi sanitari, in questo caso regionali, non consiste solo nell'averla fatta e distribuita a tutti: non può servire soltanto a comprare le sigarette, è necessario metterci dentro l'intelligenza. Con Bagnoli poc'anzi notavamo che non abbiamo affrontato un tema: la medicina è diventata una industria di massa, cioè è diventata qualcosa a cui tutti domandano non soltanto la cura, non soltanto lo star bene, ma forse qualcosa in più. Non dobbiamo dimenticare che 3 minorenni su 4 – nell'ultima settimana – hanno dichiarato di aver consumato un farmaco. Oggi la medicina è veramente un'industria di massa. Allora ci si deve porre il problema del suo comportamento, della presenza della tecnologia all'interno della massa e dell'economia complessiva, all'interno di un modello mutato. Modello con cui ci confrontiamo e che non corrisponde più a un rapporto di élite, occasionale, ma che è diventato un rapporto sostanziale. All'interno di questa società digitale, come la definiamo oggi, devi sì interrogarti, ma devi anche assumerti il rischio di pensare a un nuovo schema di controllo.

Dott. GIANCARLO PIZZA, Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna

Siamo giunti al termine di questo inizio di discussione intorno al “disagio” medico. È l'inizio di un percorso di stimolo che l'Ordine intende proseguire. Concordo con la necessità di intraprendere una valutazione approfondita sul SSN per migliorare, per quanto possibile, i percorsi di salute del cittadino e per venire incontro a quello che Ivan Cavicchi chiama la “questione medica” approfittando dell'Interlunio citato in precedenza per farlo. Il lucido intervento del Prof. Zamagni non può che rappresentare un caldo invito agli uomini politici, locali e non, per avventurarsi nella ricerca di qualcosa di nuovo nell'organizzazione sanitaria e già, pare di comprendere, l'Assessore Barigazzi ne ha colto il senso. L'ing. De Rita, quale rappresentante di un Ministero che sta profondamente innovando anche in campo sanitario, ci ha spiegato le ragioni e le ottiche che ne sono all'origine. Naturalmente condivisibili come lo sono anche le ragioni dei medici che si ritrovano a fare più cose, anche nuove.

A nome del Consiglio Direttivo dell'Ordine e mio personale desidero esprimere un caloroso ringraziamento ai relatori e a tutti gli intervenuti in questa riunione. A contrasto dell'ipoglicemia, vista l'ora, abbiamo provveduto ad approntare nella stanza adiacente una colazione. Buon appetito e grazie ancora.