

Sanità e politica: separarsi è difficile

di Andrea Tardiola

Con un disegno di legge collegato alla Finanziaria il governo cerca di limitare l'ingerenza della politica nelle procedure di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie e dei primari. Ma le regioni rivendicano l'autonomia sancita in materia dalla riforma costituzionale del 2001. E nella loro visione, la politica della salute si identifica con la gestione dell'apparato. Per ragioni diverse tra Nord e Sud. Il governo dovrebbe allora sviluppare modalità pattizie, anche sulle regole, che possano differenziarsi nei diversi ambiti territoriali.

Si torna a discutere del rapporto tra **sanità e politica**. A esprimere con efficacia i termini del problema è ancora la domanda: “preferireste essere operati da un chirurgo che ha una specializzazione all'avanguardia o da quello che appartiene all'entourage del politico di turno?”. La discussione di oggi prende le mosse dall'ennesimo grido d'allarme lanciato dalla Società ligure di chirurgia, ma anche dalla presentazione di un disegno di legge collegato alla Legge finanziaria 2008 in materia di sanità (A.S. n. 1920), nel quale si propone una revisione delle **modalità di selezione** dei direttori generali delle aziende sanitarie e dei primari.

Una pregiudiziale per le regioni

Le posizioni in campo sono nette: da un lato, il **governo nazionale** che cerca di mettere al riparo le procedure di nomina dall'ingerenza della politica. Dall'altro, le **regioni** che considerano qualsiasi intervento una violazione dell'autonomia in materia di tutela della salute sancita dalla riforma costituzionale del 2001. Prima ancora di valutare la proposta del governo o le soluzioni alternative, è da sottolineare come la posizione delle regioni muova da una pregiudiziale: non si può togliere il presidio della politica regionale sulla sanità, poiché essa costituisce il **70 per cento** delle risorse pubbliche che questi enti impiegano nella propria missione istituzionale. Ne consegue che i direttori generali delle aziende sanitarie devono essere collegati alla regione da un rapporto di natura strettamente fiduciaria. Se questo venisse meno, verrebbe messo in crisi il **circuito rappresentativo** interno all'ente, poiché il mandato di governo ricevuto dai cittadini non potrebbe essere pienamente esercitato sulla più importante tra le politiche pubbliche regionali. Il governo, invece, intende introdurre un vincolo di professionalità alla determinazione della politica. In altri termini, la politica ha il legittimo potere di nominare, ma solo tra coloro che sono riconosciuti tecnicamente qualificati. (1)

La politica che vuole gestire

La visione regionale esprime l'idea che la politica della salute si identifichi con la **gestione** dell'apparato della salute, dalla quale non può essere separata. La decisione sull'apertura di un pronto soccorso, la creazione, chiusura o fusione di dipartimenti ospedalieri, la preposizione di dirigenti apicali - i primari - sono decisioni che passano per gli assessorati, se non anche per le presidenze delle giunte. Il nodo da sciogliere, quindi, al di là della patologia del “manager o del primario con la tessera di partito”, è quello del **modello istituzionale** per il comparto salute, con specifico riferimento alla questione dello spazio che è opportuno riservare e garantire alla sfera tecnica.

C'è da chiedersi se sia possibile immaginare, parafrasando un'espressione tipica del settore, un modello di *evidence based management* in sanità, nel quale la trasformazione dei fattori produttivi in servizi e prestazioni è una prerogativa del solo management, mentre alla politica rimane il compito, non certo meno importante, di individuare gli obiettivi di salute, le quantità di risorse disponibili per realizzarli, chi e quanto paga un'eventuale compartecipazione ai loro costi, le regole per la valutazione delle performance a cui collegare sistemi di incentivo o sanzione. Si può, in altri termini, far avanzare un modello di governo della sanità nel quale la scelta dei sistemi di acquisto da parte delle aziende sanitarie o i percorsi professionali dei medici non siano determinati prevalentemente dai partiti politici, che devono invece riappropriarsi di un potere forte di verifica della congruenza tra gli obiettivi e i risultati conseguiti dai manager? Una politica che, facendo questo, non deciderebbe di meno, al contrario, perché quando quella congruenza non si registra, dovrebbe avere il coraggio di sostituire, licenziare e riavviare in fretta un nuovo ciclo gestionale. (2)

Il paradosso del Titolo V

Nel dibattito sulla governance della salute occorre considerare il modo in cui si sono distribuite le diverse visioni e, in particolare, l'idea che la salute gestita dalla politica attraversa trasversalmente il ceto politico regionale, infrangendo le appartenenze di area. I politici regionali, di destra e di sinistra, sono uniti nell'affermare l'**indispensabilità della politica** che gestisce la salute. Di fronte a questo schieramento si collocano il governo nazionale - che peraltro non intende abdicare al tentativo di una soluzione condivisa del problema - e un'opinione pubblica che ritiene sempre più deleteria l'infiltrazione della politica in terreni che non le appartengono. A ben vedere, le ragioni che uniscono il fronte regionale sono diverse tra **Nord e Sud**, perché diverso è il modo in cui la politica concepisce la propria presenza in sanità, nelle varie aree del paese. Se nelle solide realtà del Centro-Nord la politica ritiene l'equilibrio raggiunto nel proprio ambito territoriale il migliore possibile, nel Sud questo pensiero è sostituito dalla consapevolezza che le risorse della salute costituiscono una parte consistente dell'intero **Pil** del territorio. La drammatica sequenza delle morti in Calabria riflette proprio questa situazione: una rete ospedaliera progettata per allocare risorse sul territorio attraverso micro-ospedali, che non è in grado di assicurare la sicurezza delle cure neppure per interventi dai livelli di rischio poco elevati. Le politiche della salute, che dovunque rappresentano un forte moltiplicatore di reddito (3), in molte aree del Sud costituiscono la prima fonte di ricchezza. E si comprende come le scelte sul loro impiego non siano prevalentemente finalizzate a migliorare i livelli di efficacia ed efficienza del servizio sanitario, ma ad attuare una **logica redistributiva**. Questa distonia crea il blocco attuale: le regioni forti difendono il proprio "buon governo" dall'intrusione di Roma, ma così facendo impediscono che questa intervenga a sostegno delle regioni deboli, rimaste al palo oppure catturate da dinamiche di "malmanagement".

Lo stretto spazio per una soluzione

Quando nel 2006 è stato siglato l'accordo tra Stato e regioni (Patto per la salute) vi era da un lato la necessità di certezza sulla entità delle risorse destinate alla sanità nel triennio di riferimento, dall'altro l'urgenza di coadiuvare alcune regioni in situazione di dissesto finanziario, con i piani di rientro per sette. L'accordo sulle regole per una governance della salute che bilanci le esigenze della politica e la necessità di competenze tecniche è difficile da ricondurre a queste condizioni. Rimane invece molta distanza tra l'affermazione delle regioni di una politica sanitaria che nomina (tutto), cogestisce (molto) e valuta (troppo poco) e la richiesta del governo di una politica sanitaria che nomini (tra coloro che sono pre-selezionati dai tecnici), programmi (lasciando la gestione ai tecnici) e valuti (rendendo evidenti sia le valutazioni che gli esiti delle stesse).

Una strada è quella che lo stesso governo abbandoni la tradizionale vocazione monistica, poco utile per affrontare un panorama regionale così diverso al suo interno, per sviluppare invece modalità **pattizie** (anche sulle regole) che possano differenziarsi rispetto al territorio sul quale hanno producono effetti.

* Le valutazioni espresse sono esclusivamente personali e non coinvolgono l'ente di appartenenza.

(1) Ovviamente questa è ancora una definizione di genere, poiché di meccanismi per valutare tale qualificazione professionale se ne possono individuare molti, e anche piccole differenze determinano l'ampliamento della discrezionalità di natura politica a svantaggio del giudizio tecnico, e viceversa.

(2) Con riferimento all'ingerenza della politica nelle dinamiche gestionali, che l'attuale sistema non assicuri un'efficiente condotta manageriale e neppure un efficace controllo politico su tali dinamiche, è evidenziato macroscopicamente dal fatto che sulla dinamica dei costi del Ssn pesa in maniera determinante la voce degli acquisti di beni e servizi intermedi, cresciuta tra il 2004 e il 2006 del 30 per cento.

(3) La produzione e il valore aggiunto diretto e indotto della filiera salute nel 2006 si attesterebbe al 12,5 per cento del Pil secondo il recente studio Confindustria *L'andamento della "filiera della salute"*, in corso di pubblicazione; al 17,6 per cento del Pil prendendo in considerazione le sole attività dell'industria e del terziario. Un effetto moltiplicatore consistente tenendo conto che la spesa sanitaria pubblica e privata diretta si attesta all'8,6 per cento del Pil.