

Logiche proprietarie, lavoro cognitivo e crisi della forma azienda

Dr Carlo Romagnoli¹

Parole chiave: aziendalizzazione, logiche proprietarie, organizzazioni professionali, economia della conoscenza, lavoro cognitivo

Keywords: aziendalization, ownership logics, professional organizations, knowledge economy, cognitive work.

Riassunto: gli impatti della interazione tra Covid 19 e popolazione suscettibile presentano variazioni spaziali inter ed intra statali molto marcate, facendo emergere il ruolo di modificatore di effetto delle politiche sanitarie nazionali e regionali. Si pone così il problema di esaminare in profondità tali politiche, ricercando: a) su testi di sociologia delle organizzazioni i parametri di progettazione organizzativa in generale e in sanità ed i criteri che hanno ispirato, in base alla teoria del New Public Management, la aziendalizzazione del SSN; b) le interpretazioni di economisti critici che vedono nel ruolo crescente della economia della conoscenza ragioni per il superamento delle logiche proprietarie aziendali. Su queste basi è stata analizzata la risposta che il SSN, così modificato e per di più regionalizzato, dà alla complessificazione della situazione epidemiologica, alle disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi, ai fenomeni corruttivi in sanità ed alla presenza nei propri servizi di lavoratori cognitivi dotati di ampia autonomia professionale. Emerge il potente ruolo distorto delle logiche proprietarie ispirate dal New Public Management che favoriscono tagli ai servizi territoriali, privatizzazioni, chiusura dei processi partecipativi, con effetti di amplificazione della disuguaglianza tra regioni. Particolari problematiche emergono nelle interazioni con il lavoro cognitivo degli operatori sanitari, che determinano conflitti con la governamentalità proprietaria imposta con le aziende, derivante dal ruolo di bene comune della conoscenza e del suo beneficiare dei processi di condivisione propri del metodo scientifico. Nelle conclusioni viene sviluppata l'ipotesi per cui la società attuale, basata sull'economia della conoscenza, risente positivamente del conflitto che il lavoro cognitivo ingaggia con le logiche proprietarie, sia producendo modalità di gestione comune adatte alle caratteristiche specifiche del common knowledge e quindi utili per riprogettare la sanità, sia contrastando efficacemente le logiche neodarwiniste e negazioniste particolarmente forti tra le élites anglosassoni, sia in quanto produttive di promettenti rotture nella asfissiante sussunzione reale che ha caratterizzato gli ultimi 30 anni della economia capitalistica.

Summary: the impacts of the interaction between Covid 19 and the susceptible population show very marked inter and intrastate spatial variations, highlighting the role of national and regional health policies as a modifier of effect. This poses the problem of examining in depth such policies, researching: a) on texts of sociology of organizations the parameters of organizational design in general and in health and the criteria that have inspired, according to the theory of New Public Management the aziendalization of the NHS; b) the interpretations of critical economists who see in the growing role of the knowledge economy reasons for the overcoming of corporate proprietary logic. On this basis, the response that the modified and, moreover, regionalized NHS gives to the complexity of the epidemiological situation, to inequalities in health and access to services, to corruptive phenomena in health care and to the presence of cognitive workers with wide professional autonomy in their services, has been analyzed. It emerges the powerful distorting role of the proprietary logics inspired by New Public Management that favour cuts to territorial services, privatizations, closure of participatory processes, with effects of amplification of inequality between regions. Particular problems emerge in the interactions with the cognitive work of health workers, which lead to conflicts with the proprietary governamentality imposed with aziendalizations, resulting from the role of the common good of knowledge and its benefit from the sharing processes

¹ Medico specialista in Igiene, Epidemiologia e sanità Pubblica, ora in quiescenza. Esperto in organizzazione, programmazione e valutazione dei servizi sanitari. Presidente ISDE Umbria.

of the scientific method. In the conclusions the hypothesis is developed that the current society, based on knowledge economy, is positively affected by the conflict that the cognitive work engages with the proprietary logic, both by producing common management modes suitable to the specific characteristics of commons knowledge and therefore useful to redesign health care, and by effectively contrasting the neo-Darwinist and negationist logic particularly strong among the Anglo-Saxon elites, both as productive of powerful breaks in the asphyxiating real subsumption that has characterized the last 30 years of capitalist economy.

Problematiche affrontate

Molta acqua è passata sotto i ponti da quando ormai 28 anni fa il Servizio Sanitario Nazionale con la legge 502/92 fu riorganizzato sulla base della forma azienda, ritenuta più adatta, in tempi segnati dall'egemonia del pensiero unico neoliberista, rispetto al modello partecipativo e sistemico cui si ispiravano le Unita' Sanitarie Locali.

Nel frattempo il mondo non ha smesso di cambiare: non solo non c'è stata la fine della storia, ma - la disuguaglianza si è approfondita e strutturata in assetti societari e finanziari finalizzati a valorizzarla e amplificarla (1) anche grazie a incalzanti e reiterati processi di privatizzazione e sfruttamento dei sistemi di welfare. Nonostante sia stato definito il suo ruolo di causa delle cause e quantificati i danni che determina alla qualità della vita ed alla salute di molte e molti (2), oggi la disuguaglianza si struttura con il suprematismo² in proposta politica che legittima il sacrificio dei più vulnerabili dati i loro costi sociali, approfittando della crisi economica determinata dalla pandemia;

- un parametro centrale nella progettazione organizzativa dei servizi sanitari come la transizione epidemiologica³ è oggi pienamente falsificato dall'insorgere di nuove e vecchie epidemie e pandemie, rendendo evidente l'inappropriatezza dei setting preventivi e assistenziali progettati per gestire le sole malattie cronico degenerative sotto le nuove condizioni prodotte dalla globalizzazione neoliberista;

- la crisi climatica richiede secondo numerosi rapporti dell'IPCC⁴ il rapido abbandono delle fonti energetiche legate al fossile ed il passaggio all'economia circolare, evoluzioni tutte in aperto contrasto con l'agenda di importanti paesi guidati da suprematisti (es USA, UK, Australia, Brasile, Israele, ecc.) che ne negano l'esistenza, mentre fenomeni meteorologici estremi, ondate di calore, trombe d'acqua, modificazioni degli areali di diffusione dei vettori ne rappresentano impatti abituali in Italia;

- la crisi ambientale vede un rapido declino della biodiversità, sintesi dell'impatto sistemico del degrado delle matrici ambientali inquinate da produttori di rischio tutelati da normative funzionali ai loro interessi che creano una *inettitudine organizzata* in cui le agenzie di prevenzione ambientale sono costrette a consentire l'esercizio di sistemi produttivi lineari e obsoleti: valga nel degrado generale l'esempio delle plastiche immesse sul mercato senza valutazioni tossicologiche a priori o i 6 milioni di italiani costretti a vivere nei territori inquinati dei Siti di Interesse Nazionale in cui si sorvegliano morti e malati ma non si fa prevenzione primaria (4), un problema rilevante per

² https://it.wikipedia.org/wiki/Potere_bianco

³ Questa teoria è stata originariamente posposta da Abdel Omran nel 1971 (3). Questo autore ha diviso la transizione epidemiologica della mortalità in tre fasi, nell'ultima delle quali le malattie croniche sostituiscono l'infezione come causa primaria di morte. Una tale transizione assumeva che la sostituzione delle malattie infettive con malattie croniche nel corso del tempo fosse determinata dall'aumento della durata della vita in seguito al miglioramento dell'assistenza sanitaria e della prevenzione delle malattie.

⁴ L'Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) è un organismo intergovernativo delle Nazioni Unite che si dedica a fornire al mondo informazioni scientifiche obiettive e pertinenti per comprendere le basi scientifiche del rischio del cambiamento climatico indotto dall'uomo, i suoi impatti e rischi naturali, politici ed economici e le possibili opzioni di risposta. È stato istituito nel 1988 dall'Organizzazione Meteorologica Mondiale (OMM) e dal Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente (UNEP) ed è stato successivamente approvato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite.

Dipartimenti di Prevenzione, ARPA e Piano Nazionale della Prevenzione, che operando in base alle normative suddette, hanno difficoltà a produrre efficace prevenzione primaria sui fattori di rischio collettivi, finendo spesso per tutelare i produttori di rischio piuttosto che gli esposti;

- conflitti di interesse di ogni tipo riempiono le cronache giudiziarie del mondo sanitario e alimentano sia complottismi e irrazionalismo che legittime richieste di modelli gestionali capaci di arginarli e rendere trasparente l'azione amministrativa per la tutela della salute;

- lo sviluppo e la diffusione delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione hanno enormemente arricchito le interazioni sociali e la condivisione dei saperi, creando consapevolezza sulla potenza del sapere sociale disponibile in generale e di quello utile alla soluzione dei problemi sopra richiamati. Secondo AA viviamo in una 'Economia basata sulla conoscenza' (5, 6, 7) in cui sistemi di welfare (sanità, istruzione,..) e ricerca e sviluppo hanno raggiunto dimensioni che soverchiano le produzioni di beni materiali e richiederebbero diversi assetti produttivi, capaci di sviluppare il bene comune conoscenza, ora sottoposto a tentativi forzosi di cattura del suo valore sociale, inibendo così le potenzialità sociali del lavoro cognitivo che lo produce grazie ad incessanti processi di condivisione e collaborazione. Del pari, disuguaglianze, precarietà, degrado ambientale e crisi climatica stanno soggettivando in tutto il mondo giovani e meno giovani che ora si battono per cercare di garantire a se stessi condizioni di vita accettabili; l'insieme delle lotte biopolitiche e delle proposte portate avanti da movimenti sociali, lavoro cognitivo e movimenti ambientalisti costituiscono le principali forze sociali che chiedono e supportano nuovi assetti societari e nuovi sistemi di welfare (8);

- tutto questo avviene in un contesto di grande incertezza, determinata dagli effetti economici della pandemia da Covid 19 sulle filiere produttive globalizzate, da quelli psicosociali sulle popolazioni affette e rafforzata dalla compresenza di molteplici fattori di crisi (ambientale, economico finanziaria, sociale e geopolitica) che aprono una lotta tra stati e tra classi senza esclusione di colpi per l'accaparramento delle risorse; [sviluppi positivi per i sistemi di welfare in una situazione così critica ed incerta appaiono fortemente collegati con la capacità di mettere in campo sistemi di programmazione esperta, partecipata e capace di garantire risposte efficaci e appropriate ai bisogni dei cittadini sul modello degli obiettivi ONU del millennio \(9, 10\).](#)

Sembra giunto pertanto il momento di tornare ai fondamentali, domandarsi se i parametri di progettazione dell'organizzazione sanitaria sostengono o meno l'adozione della forma azienda in sanità e più in generale in tutto il welfare, iniziando a valutare la capacità delle aziende sanitarie di fornire risposte all'altezza dei fattori di crisi richiamati e aprire un processo di riflessione condivisa per individuare e sperimentare nuove forme organizzative più adatte ai problemi del presente ed ai complessi scenari socio economici ed epidemiologici più probabili nel breve e medio periodo.

Obiettivi

Ci si propone pertanto di:

- 1) Richiamare i principali parametri di progettazione organizzativa in sanità e le finalità esplicite delle basi teoriche che depongono per l'aziendalizzazione della sanità.
- 2) Analizzare la funzionalità della logica aziendale nel raggiungimento dei fini legittimi del SSN in relazione a definite problematiche emergenti quali: a) variazioni del quadro epidemiologico; b) presenza di disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari; c) contrasto ai fenomeni corruttivi ed associazioni riservate; d) interazione con servizi ed operatori ad alta densità di conoscenza.

Materiali e metodi

Questo testo si sviluppa a partire dalla adozione di due chiavi di lettura del fenomeno indagato.

La prima, analitica, punta a definire i parametri di progettazione organizzativa facendo riferimento a testi di sociologia delle organizzazioni che compendiano i principali approcci teorici in sociologia delle

organizzazioni (11,12,13, 14) mentre per la progettazione organizzativa in sanità si è fatto riferimento all'opera di Henry Mintzberg (15,16). Questo ha permesso di individuare nel filone di pensiero che vede l'organizzazione come una macchina che risponde a logiche proprietarie le basi concettuali che depongono per la forma azienda come soluzione organizzativa generale e che trovano nella teorie denominate Public Choice (17,18) e "New Public Management" (19) il razionale che ne ha portato all'adozione in sanità.

Il complesso delle opere citate individua quale elemento critico per la progettazione organizzativa in sanità il ruolo da assegnare alla *conoscenza* ed ai suoi portatori, il che ha comportato la necessità di sviluppare una seconda chiave di lettura del fenomeno indagato operando una ricognizione delle teorie (5, 6, 7 op cit) che ne analizzano il ruolo nell'attualità attraverso le categorie di;

- "*economia basata sulla conoscenza*" dove si ipotizza che la conoscenza socialmente prodotta e mantenuta nei sistemi legati a istruzione, sanità e ricerca e sviluppo siano oggi divenuti centrali sul piano qualitativo nello sviluppo societario;

- "*capitalismo cognitivo*" come insieme di dispositivi volti a catturare il valore prodotto nella economia basata sulla conoscenza;

- "*lavoro cognitivo*" come forza sociale che rappresenta la frazione predominante di "lavoro vivo"⁵ e produce con le sue pratiche sociali di gestione comune della conoscenza, conflitto e innovazione centrali per lo sviluppo sociale.

In questa chiave interpretativa il potere della conoscenza esercitato da medici ed operatori sanitari nelle organizzazioni professionali indagate da Mintzberg, si offre ad una lettura diversa dal professionalismo e fornisce prefigurazioni delle modalità organizzative e funzionali preferenziali in contesti produttivi ad alta densità di conoscenza, divenendo in tal senso un laboratorio per la comprensione delle dinamiche proprie della economia basata sulla conoscenza e del lavoro cognitivo.

Su queste basi sono stati indagati l'obiettivo 1 e 2d e definite le aree di problemi emergenti degli obiettivi 2a^a, 2b, e 2c.

Per quanto riguarda i fini legittimi del SSN si è fatto riferimento all'art 32 della Costituzione Italiana⁶, all'art1 della legge 833/78⁷ e agli articoli 1, 2 e 3 del Decreto legislativo 502/92⁸

Risultati

Sul piano etimologico il termine Organizzazione (O.) deriva dal greco "organon" che significa strumento / mezzo. Questa matrice ne ha a lungo influenzato la semantica, a favore delle accezioni basate su approcci meccanicistico finalistici. Ovviamente anche il concetto di O. è socialmente determinato e oggi disponiamo di molte definizioni al riguardo, ognuna delle quali risente dell'ambiente sociale e del momento storico in cui è stata coniata. Così, per la teoria classica (20) l'O. può essere intesa come uno strumento per raggiungere degli obiettivi in una logica *proprietaria*

5

⁶ "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività..."

⁷ "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività' mediante il servizio sanitario nazionale...Il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio..."

⁸ "1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto. 2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse. 3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente."

(sistema razionale che funziona nel modo più efficiente possibile), mentre in termini di approccio sistemico, l'O. viene definita come un sistema costituito da elementi tra di loro legati da rapporti di interdipendenza, all'interno di processi intenzionalmente orientati al raggiungimento di uno scopo (21, 22). Per i costruttivisti (23) l'O. è una temporanea coalizione di persone che cercano insieme di svolgere la loro attività, per soddisfare i loro bisogni e contribuire nello stesso tempo a far funzionare l'O.. Ancora, in chiave strutturalista (13, op cit) l'O. diventa una unità sociale (o raggruppamento umano) deliberatamente costruita e ricostruita per il raggiungimento di fini specifici.

Ora, questa molteplicità di accezioni si riflette sulla esistenza di una molteplicità di approcci teorici che vengono qui richiamati per chiarire che esistono più approcci organizzativi di cui va verificata l'appropriatezza negli specifici contesti, al di là di adesioni fideistiche o ideologiche a questo o quel modello, tenendo presente che la scelta di uno specifico approccio dovrebbe tenere conto sia della conoscenza di elementi teorici generali che basarsi sulla utilizzazione delle evidenze sociologiche disponibili.

1) Principali parametri di progettazione organizzativa in sanità e finalità' esplicite delle basi teoriche che giustificano l'aziendalizzazione della sanità.

Ai nostri fini, di particolare interesse è *l'approccio situazionale* che si è affermato a partire dalle ricerche svolte nella seconda metà del secolo scorso da diversi autori (24, 25, 26) secondo i quali il successo delle organizzazioni dipende dal rapporto tra compito dell'O. e ambiente in cui si trova ad operare, per cui non c'è un modello organizzativo valido in ogni situazione ma la possibilità' di realizzare una O. efficace dipende dalla capacità di raggiungere un qualche equilibrio e una qualche forma di armonizzazione tra la strategia, la struttura, la tecnologia, i bisogni e le aspirazioni dei dipendenti e l'ambiente esterno. La chiave di volta di questo tentativo consiste nello sforzo di declinare a ciascun livello quelle che si ritengono essere le condizioni per una progettazione organizzativa efficace ovvero la coerenza tra le variabili organizzative e fattori situazionali, in modo da fornire una base materiale al concetto di appropriatezza organizzativa. Mintzerbg ha sviluppato l'analisi situazionale (15, op cit) definendo cinque diverse tipologie di O. a partire dal complesso delle modalità secondo le quali viene effettuata la divisione del lavoro in compiti distinti e viene quindi realizzato il coordinamento tra tali compiti ed ha approfondito le specificità' delle organizzazioni professionali (sanità, insegnamento di diverso ordine e grado, ricerca e sviluppo), che sono caratterizzate dalla presenza nel nucleo operativo di professionisti adeguatamente formati e "socializzati" per svolgere compiti in cui la standardizzazione e manutenzione di conoscenze e competenze è il principale parametro di progettazione mentre sia la standardizzazione dei processi che quella degli esiti, danno luogo a risposte disfunzionali.

L'approccio situazionale comporta quindi una visione delle variabili organizzative come insieme di elementi formali ed informali, da considerare unitariamente in qualsiasi processo di analisi organizzativa e nelle esperienze di progettazione e di riprogettazione. Su queste basi quanti operano nel settore dello sviluppo organizzativo hanno contribuito ad operazionalizzare le intuizioni dell'approccio situazionale e di quello sistemico sviluppando dei modelli "diagnostici" e "prescrittivi" per identificare i malanni organizzativi e porvi rimedio, che ruotano intorno a 5 quesiti centrali concernenti i rapporti organizzazione / ambiente:

- 1) ***di quale natura è l'ambiente dell'O.?*** Semplice e stabile o complesso e turbolento? Vi sono cambiamenti nel settore economico, tecnologico, nel mercato, nelle relazioni sindacali e a livello socio politico?
- 2) ***Quale è la strategia impiegata?*** L'O. è priva di strategia e si limita a reagire ai cambiamenti che eventualmente si presentano? L'O. analizza sistematicamente l'ambiente per scoprire nuove minacce e nuove opportunità? Adotta un atteggiamento innovativo e attivo? L'atteggiamento nei confronti dell'ambiente è competitivo o collaborativo?
- 3) ***Che tipo di tecnologia (meccanicistica o non meccanicistica) viene impiegata?*** I processi utilizzati per trasformare gli input in output sono standardizzati e routinizzati? La tecnologia

impiegata da luogo a mansioni caratterizzate da ambiti di responsabilità ed autonomia estesi o limitati?

4) **Quali sono le caratteristiche dei dipendenti e quale è la “cultura” e l’etica dominante nell’O.?**

I dipendenti attivi nel nucleo operativo devono eseguire compiti semplici o affrontare problemi che richiedono discrezionalità ed autonomia professionale? Che atteggiamenti hanno sul lavoro? Quali sono i valori e le credenze fondamentali con cui si conformano i modelli della cultura aziendale? Sono presenti organizzazioni informali o riservate?

5) **Quale è la struttura dell’O. e quali sono gli stili direzionali prevalenti?** L’organizzazione è burocratica? Lo stile direzionale predominante è autoritario e basato su uno stretto controllo o incoraggia le iniziative innovative, lo spirito di intraprendenza e la collaborazione tra gruppi di lavoro?

Queste domande si basano sull’assunto che l’O. è formata da sottosistemi interrelati di natura strategica, umana, tecnologica, strutturale nonché manageriale che devono essere coerenti tra di loro e adeguati alle condizioni ambientali (11, op cit pp 77-78).

Sulla base delle osservazioni di Mintzberg sulle O. professionali e di altri autori che hanno indagato le basi materiali dell’autonomia professionale (27, 28) emergono focalizzazioni sui parametri organizzativi appropriati per la sanità ed i suoi sottosistemi operativi, sotto forma di griglia per far esercitare gli specializzandi in Igiene nella diagnosi organizzativa (Tab. 1).

1b) Basi teoriche dell’adozione della forma azienda in sanità

I modelli “razionali”, meglio conosciuti come Teoria classica dell’O. o O. Scientifica del Lavoro o Scientific Management rappresentano il primo modello organico di teoria organizzativa particolarmente apprezzata ed utilizzata in situazioni in cui la strategia è centrata su **bisogni e logiche proprietarie**. Sono fortemente connotati da una concezione meccanicistica del mondo e da una teoria della motivazione fondata sull’assunto per cui “l’uomo è mosso solo dalla paura della miseria e dal desiderio di maggiori guadagni” (20, op cit) per cui i lavoratori renderanno al limite delle loro capacità fisiche, se verranno retribuiti in maniera esattamente proporzionale allo sforzo effettuato. Quanto ai sottosistemi operativi: a) i sistemi tecnico specifici (quelli attraverso cui si realizza l’attività centrale dell’O.) sono basati sulla parcellizzazione del compito (quanto più un procedimento lavorativo viene scisso nelle sue componenti più semplici, tanto più il lavoratore può divenire specializzato ed esperto nel compierlo (29); b) il sistema premiante è basato sul denaro, la retribuzione è determinata solo ed esclusivamente dall’attività svolta, senza tenere conto di altri fattori (anzianità quale proxy della competenza, etc); la gestione del personale prevede retribuzioni sulla minor scala temporale possibile; d) il sistema di controllo misura la produttività individuale.

La teoria classica dell’O. è stata ed è applicata nella produzione di merci nell’industria - come nelle fabbriche di automobili Ford del primo dopoguerra negli Usa - ed ha caratterizzato la cosiddetta fase fordista, in cui la massimizzazione dei profitti grazie ad economie di scala ed un rigido controllo sui produttori avveniva all’interno degli stati nazione, mentre le politiche salariali rendevano possibile il consumo di massa delle merci così prodotte.

Quando l’espansione dei servizi pubblici nel secondo dopoguerra ha raggiunto dimensioni cospicue, sotto la spinta delle lotte dei lavoratori che esigevano risposte appropriate ai loro bisogni sociali, James Buchanan (18 op cit) e Gordon Tullock⁹ (17 op cit), due economisti appartenenti alla teoria classica, assumendo l’uniformità del comportamento umano sia nelle O. private che in quelle pubbliche, hanno iniziato a sostenere che occorre omogeneizzare teoria e pratica del funzionamento dello stato e del mercato. Secondo questi autori il problema era evitare che la “burocrazia” (cioè i funzionari e gli operatori dei vari servizi pubblici) massimizassero il proprio interesse personale, dato che il burocrate non lavorerebbe per l’interesse generale e per rispondere ai

⁹ Buchanan e Tullock sono i teorici principali della scuola del Public Choice, il cui storico centro è la University of Virginia a Charlottesville e che ha prodotto una analisi dei servizi pubblici interessandosi non alla natura dei beni prodotti ma al modo con cui li si produce. James Buchanan nel suo “I limiti della libertà” (18, op cit) propugna la soppressione dello stato previdenziale e la sua sostituzione con un nuovo contratto sociale in cui i ricchi verserebbero ai poveri una compensazione finanziaria in cambio delle prestazioni soppresse.

bisogni sociali, ma per accrescere il credito del suo ufficio e il numero dei suoi sottoposti o per salire nella gerarchia, dando luogo ad un rigonfiamento dell'offerta cui corrisponde un impulso all'espansione della domanda. Per questi autori si formerebbe una sorta di grande alleanza tra i funzionari burocrati ed i membri della classe media, che più di tutti si servono dei servizi pubblici, con un irrazionale rigonfiamento degli effettivi e l'espansione della spesa pubblica. (17, op cit; 30).

Questo ha dato il via ad una vasta riorganizzazione delle amministrazioni volte ad "affamare la bestia". Christofer Hood nel 1991 (30, op cit) ha dato il nome di New Public Management a questo processo di trasformazione delle istituzioni pubbliche ispirato sistematicamente alle logiche di concorrenza ed ai metodi imprenditoriali in uso nelle imprese private: "la concorrenza, i ridimensionamenti, le esternalizzazioni, l'auditing, la regolazione tramite agenzie specializzate, l'individualizzazione dei compensi, la flessibilità del personale, la decentralizzazione dei centri di profitto, gli indicatori di prestazione ed il benchmarking costituiscono strumenti per adattare il settore pubblico alla realtà del mercato e della globalizzazione" (30, op cit). Le tecniche di management sono fondate su obiettivi e risorse assegnati con logica proprietaria a dirigenti e lavoratori, cosicché' la valutazione della performance pesa l'allineamento alla strategia aziendale e l'assoggettamento ai suoi valori ed il sistema premiante/sanzionatorio è finalizzato alla ricompensa dei dipendenti obbedienti ed alla punizione di quelli non preformanti e non assoggettati; come nelle industrie private anche nel pubblico aziendalizzato la logica proprietaria non prevede ruoli significativi per la partecipazione, mentre le retoriche aziendali enfatizzano la soddisfazione del cliente per la prestazione ricevuta. In tal modo "i burocrati" del pubblico - la bestia - sono sottoposti alle stesse condizioni del lavoratore salariato nel privato e la logica di concorrenza pervade sia le istituzioni del welfare, sia l'azione dello stesso Stato, a sua volta messo in concorrenza con altri sul piano mondiale.

2) Analizzare la funzionalità' della logica aziendale nel raggiungimento dei fini legittimi del Servizio Sanitario Nazionale in relazione a definite problematiche emergenti

Sintetizzando molto possiamo affermare che l'aziendalizzazione del SSN è stata narrata come l'introduzione di logiche proprietarie nel SSN al fine di aumentarne l'efficienza, consegnando poi le aziende sanitarie a gestori pubblici - le regioni- individuati come livelli amministrativi capaci, rispetto ai comuni che avevano gestito le Unità sanitarie locali, di evitare usi incongrui e sostituzioni dei fini, mentre la programmazione economico finanziaria (DPEF e leggi finanziarie) da un lato e quella di settore (Piano sanitario nazionale e regionali) dall'altro avrebbero dovuto assicurare politiche e risorse adeguate e il loro uso in cornici appropriate e consone con le finalità istituzionali del SSN, governando gli eccessi di variabilità delle specifiche politiche regionali e garantendo uguaglianza di accesso a un pacchetto base di prestazioni di efficacia nota (Livelli Essenziali di Assistenza).

Al di là delle narrazioni, in cui non emergono gli assunti e le finalità esplicite dei teorici della Public Choice e del New Public Management sopra richiamati, il nostro SSN è stato esposto fin dal 1978, data della sua nascita, ad una duplice linea gestionale, volta a differenziarlo da un lato dagli input programmatici previsti sul piano formale - il primo PSN vedrà la luce solo nel 1992 con la firma del carcerando Ministro De Lorenzo - e a sottoporlo dall'altro a una progressiva e immobilizzante restrizione di risorse finanziarie e di personale¹⁰.

¹⁰ Nel 1984 iniziava la "manovra economica in sanità" con la separazione da parte del Governo Craxi delle spese sociali da quelle sanitarie per la salute mentale, manovra di cui le leggi finanziarie hanno da allora in poi approfondito e sviluppato portati e livelli applicativi estendendola fino ai nostri giorni e disarticolando attentamente le risorse finanziarie del SSN. Tra i tanti provvedimenti assumono risalto i tagli subentranti al Fondo Sanitario Nazionale, l'eliminazione della quota in conto capitale per investimenti strutturali, innovazioni e manutenzioni; l'introduzione dei ticket che hanno creato, mantenuto e ampliato nicchie di convenienza nel ricorso al privato; la esternalizzazione delle funzioni di supporto (mense e cucine, lavanderia, magazzino, ecc); la esternalizzazione di quote importanti di prevenzione (es.: salute in fabbrica che così disaffezionava i lavoratori nei confronti del Ssn alla cui affermazione avevano grandemente contribuito), di assistenza sanitaria territoriale (es: salute dentale, assistenza domiciliare, diagnostica strumentale e di laboratorio, assistenza specialistica ambulatoriale ...), ospedaliera (per le parti relative agli interventi elettivi) e gran parte della riabilitazione. Accanto ai tagli

Se si tiene conto del fatto che le scelte politiche di un definito livello amministrativo hanno, tra gli altri impatti, la funzione di “modificatore di effetto” dei determinanti di salute, potenziandone o riducendone le conseguenze sulle condizioni sanitarie della popolazione residente nell'areale in cui queste politiche hanno effettiva applicazione (2 op cit), il combinato disposto dall'introduzione di logiche proprietarie nella sanità, l'approvazione del federalismo in sanità con la riforma del titolo V della Costituzione e la pluriennale manovra economica in sanità gestita dai precursori dell'attuale Ministero Economia e Finanze hanno avuto l'effetto complessivo di disarticolare l'azione del nostro SSN creando 21 servizi sanitari regionali con un indebolimento generale delle funzioni di prevenzione ed assistenza e con una capacità di rispondere adeguatamente a problematiche sanitarie emergenti diversa nei vari contesti. Vediamo alcuni esempi concreti.

2a) Variazioni del quadro epidemiologico.

Le segnalazioni di infettivologi e virologi circa la possibilità di comparsa nel breve medio periodo di nuove zoonosi (31) non ha inficiato la credenza nella sostanziale centralità di lungo periodo delle malattie cronico degenerative come parametro per la progettazione dei servizi sanitari: le esperienze della epidemia di HIV alla fine del XX secolo e l'emergere delle epidemie di SARS, MERS ed Ebola all'inizio del XXI secolo, pur rappresentando la punta dell'iceberg di circa 200 nuove malattie infettive emergenti non ha portato la nostra programmazione nazionale ad assumere la complessificazione degli scenari epidemiologici e non si è assistito alla preparazione di piani per gli imminenti nuovi scenari pandemici ed epidemici (32, 33); di più, la sanità regionalizzata ha continuato in alcune importanti regioni ad accentuare l'indebolimento del territorio, riservando investimenti principalmente alla sola funzione ospedaliera o allo sviluppo del settore privato. In questo contesto la pandemia da Covid 19 ha funzionato da cartina di tornasole: i dati disponibili ci parlano soprattutto di **forti disuguaglianze spaziali nei tassi di contagio e di mortalità**: la Lombardia, dove sono presenti tutte le variabili che gli studi epidemiologici hanno finora individuato come determinanti della malattia da Covid 19 (34), ha al 15 maggio 2020:

- 1) un tasso di contagio cumulativo pari ad 8,3 per 1.000 residenti contro un valore medio italiano pari a 3,7, 12 volte più elevato rispetto alla regione italiana con meno casi, la Basilicata, dove ci sono stati fino a quella data 0,7 contagi ogni mille residenti;
- 2) un tasso di mortalità cumulativa pari a 155/100.000, tre volte quello italiano (55 su 100.000) e 32 volte più elevato di quello della Basilicata, pari a 4,5 su 100.000.

Queste disuguaglianze confermano il ruolo di modificatori di effetto da parte di variabili quali:

a) le politiche sanitarie concretamente portate avanti negli anni dai governi nazionali e regionali, che hanno condizionato a loro volta la risposta concreta che si è nei fatti saputo dare alla pandemia: quando confrontiamo i dati notificati sul database OMS (35) al 15 maggio 2020 per due paesi che hanno un SSN in cui sono state introdotte robuste logiche proprietarie come l'Italia e la Gran Bretagna con quelli di Repubblica Popolare Cinese e Corea del Sud osserviamo tassi di contagio cumulativo che sono da 17 a 60 volte più elevati e tassi di mortalità cumulativa che sono tra 102 e 154 volte più elevati nei primi: l'esposizione a rischio e a danno nella pandemia di Covid-19, peraltro più probabile per le persone economicamente svantaggiate (36, 37) evidenzia importanti variazioni di effetto a seconda della politica adottata dal governo dello stato/regione in cui si risiede;

b) la variabile “risposta politica del livello amministrativo” contiene al suo interno anche la qualità

finanziari, devastanti sono stati gli interventi sui lavoratori cognitivi in sanità con pluriennali blocchi del turn over, che hanno depotenziato soprattutto i servizi territoriali, la precarizzazione dei nuovi assunti, l'introduzione del numero chiuso a Medicina. Queste politiche hanno rappresentato il minimo comun denominatore di tutte le leggi finanziarie approvate dal 1984 ad oggi e trovano pedissequa applicazione negli altri pochi stati che si sono dotati di un SSN permettendo di affermare che vi è stata una programmazione occulta sovranazionale che ha trovato applicazione da parte di settori statali nazionali volta a disarticolare i servizi sanitari. In Italia negli ultimi anni l'indebolimento così ottenuto del SSN ha creato spazio per politiche sia di esplicita frammentazione del SSN, quali lo stralcio del piano nazionale della prevenzione e la marginalizzazione della medicina generale, sia di esplicito affidamento di quote di assistenza ai privati tramite la creazione del cosiddetto secondo pilastro, mentre il terzo pilastro con clamorosi appoggi sindacali mira a fornire prestazioni “aggiuntive” tramite fondi “integrativi” (Donzelli, 2018).

del setting *preventivo* e distintamente *assistenziale* offerto a contagiati e malati, che hanno fortemente condizionato presa in carico, gravità del decorso clinico e probabilità di morire per tutti i cittadini ed ancor più per le persone economicamente più svantaggiate, mentre i ritardi nella messa a disposizione di adeguati dispositivi di protezione personale per gli operatori sanitari hanno determinato tassi importanti di contagio e mortalità, [evidenziando l'inadeguatezza del momento ospedaliero nel far fronte alla pandemia e più in generale la subordinazione delle direzioni aziendali e dei servizi di prevenzione aziendale agli input inappropriati dei governi regionali.](#)

2b) Presenza di disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari

Numerosi rapporti di agenzie pubbliche mondiali, europee e nazionali (2, op cit; 38, 39) documentano il crescere della disuguaglianza a livello globale e, dato il suo ruolo già richiamato di causa delle cause, della disuguaglianza nella esposizione a rischio, nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari.

In Italia Istat (40, 41) documenta una differenza degli anni di vita in salute tra regioni che vede un delta di oltre 17 anni tra quelle con dati peggiori (es.: Calabria) e quelle con dati migliori (es.: Bolzano) con un chiaro gradiente legato a reddito, livelli socio-culturali e collocazione geografica.

Questo dato indicherebbe il fallimento delle politiche perequative adottate a livello nazionale se non sapessimo dalla cronica mancanza del Psn, dalla lettura dei piani di prevenzione e dalle decisioni della Conferenza Stato Regioni che il problema non viene percepito come prioritario, in quanto non solo non dà luogo a politiche perequative efficaci ma si accompagna a richieste di autonomia differenziata da parte delle regioni economicamente più forti, che vogliono avere maggiore controllo sulle imposte pagate nei rispettivi territori sottraendo risorse al riequilibrio del sistema.

2c) Contrasto ai fenomeni corruttivi ed associazioni riservate

Charles Bettelheim nel 1918 metteva in guardia la neonata URSS sui problemi che, pur in un contesto di gestione socialista, potevano nascere dal fatto che il *possesso* dei beni da parte di specifici apparati e funzionari poteva dare luogo a fenomeni di appropriazione sostanziale, distraendoli dagli usi sociali e riproducendo così nuove classi e nuove forme della lotta tra classi (42). Il problema ha dato luogo ad approfondite discussioni e a dure battaglie politiche volte a mantenere attiva la catena di senso tra l'appartenenza formale dei beni ed il loro uso sostanziale per i bisogni sociali. Negli stati capitalisti è la forza effettivamente esercitata dalle classi subalterne per garantirsi reddito e risposte ai bisogni sociali che ha imposto lo sviluppo del welfare e la istituzione dei servizi sanitari nazionali e ha modulato nelle diverse fasi storiche l'uso privato del pubblico: in epoca fordista lo stato nazione ha rappresentato un contesto favorevole al controllo popolare sulle istituzioni riducendo l'ampiezza dei processi di privatizzazione, [nel post-fordismo la globalizzazione neoliberista ha mutato queste condizioni a favore dei detentori di capitale e introdotto ovunque logiche proprietarie che hanno il fine esplicito di consentire la valorizzazione di quote crescenti di capitale anche nei settori pubblici legati al welfare.](#) In particolare la sanità subisce molteplici assalti su più piani, come risulta da innumerevoli atti sia di commissioni parlamentari (43) sia della magistratura contabile¹¹: se ci concentriamo sulla sola assistenza farmaceutica - ma [potremmo fare lo stesso discorso per il settore degli appalti, gli acquisti di beni e servizi e per i processi di autorizzazione ed accreditamento e così via - l'assalto alle risorse di tutti da parte delle multinazionali farmaceutiche è ampio e articolato e va dal disease mongering alla corruzione di funzionari dei vari livelli amministrativi statali, regionali, aziendali fino a coinvolgere quote non trascurabili di medici ospedalieri, mmg, pls e farmacisti, talora massicciamente rappresentati come avviene in Sicilia e altre regioni in associazioni riservate \(43, op cit\). Se di fronte ai fenomeni](#)

¹¹ In base all'art 100 secondo comma della Costituzione, la Corte dei Conti è chiamata ad esercitare il controllo preventivo di legittimità sugli atti del Governo e quello successivo sulla gestione del bilancio dello stato; inoltre essa partecipa al controllo sulla gestione finanziaria degli Enti che ricevono contributi statali in via ordinaria e riferisce direttamente sul risultato del riscontro eseguito dando vita ad una ricca produzione di atti, relazioni e referti www.corteconti.it

corruttivi si può' sempre sostenere che "il male" viene da forze esterne alla sanità che riescono in vari modi a far prevalere gli interessi extra organizzativi su quelli legittimi del SSN, notevole preoccupazione viene sollevata dai casi in cui la corruzione viene esercitata dai livelli politici ed amministrativi che hanno la funzione istituzionale di combatterla. Con frequenza crescente nella ultima decade abbiamo dovuto osservare nel SSN la crescita di processi di corruzione istituzionale in cui è il complesso "amministrazione regionale – direzioni aziendali – apparati di staff e uffici amministrativi" a produrre una gestione dei servizi pubblici coerente con gli interessi extra organizzativi: Lombardia, Calabria, Basilicata ed Umbria sono un elenco approssimato per difetto di processi corruttivi sistemici in cui i funzionari regionali ed aziendali impegnati nelle attività di direzione strategica sono stati colti con le mani nel sacco mentre collaboravano con specifiche tipologie di uso privato del pubblico promosse dai responsabili politici regionali dei vari SSR. In Umbria si è arrivati al livello da far individuare ai magistrati inquirenti il reato di "associazione a delinquere" dato il comportamento coeso di giunta regionale, direzione generale, sanitarie ed amministrativa e numerosi staff e uffici amministrativi aziendali della AOPG nell'applicare input politici extra organizzativi provenienti da Giunta regionale, massonerie, curia e sindacati. Se certamente tutti sono innocenti fino a condanna definitiva in Cassazione, qui interessa esaminare la questione sotto la specifica ipotesi assunta nell'articolo, cioè valutare il ruolo delle logiche proprietarie costitutive della azienda come condizione senza le quali l'associazione a delinquere non si sarebbe potuta costituire né sarebbe riuscita a imporre la propria linea di comando su una organizzazione che ha fini diversi e che addirittura approva piani aziendali in applicazione delle normative nazionali sulla trasparenza.

Questo è potuto accadere anche perché nel tempo grazie alle logiche proprietarie che regolano il funzionamento delle aziende sanitarie è stata selezionata una classe di dirigenti in base al principio di obbedienza, scelta per egemonizzarne l'operatività a scapito sia del principio di competenza che di quello etico, in modo da rendere proprietaria la gestione pubblica, piegandola a una complice gestione di varie tipologie di interessi extra organizzativi.

Il problema è rilevante e consistente in quanto la semplice sostituzione del colore politico delle forze che amministrano la Regione potrebbe non dare garanzie sufficienti a produrre il necessario riallineamento tra azione amministrativa e fini istituzionali.

Nella sostanza le logiche proprietarie applicate impropriamente in sanità come documentato dalle evidenze sociologiche sommariamente richiamate nelle sezioni precedenti producono sostanziali sostituzioni dei fini che vengono documentate da abbondanti e significative casistiche di eventi sentinella, che potremmo definire altresì casi di corruzione evitabile e che rimandano ad una attenta riorganizzazione della forma azienda in base ai parametri di progettazione organizzativa.

2d) Interazione con servizi ed operatori ad alta densità' di conoscenza.

Nel SSN prevale quella parte di organizzazione, detta professionale, il cui lavoro consiste nell'applicare conoscenze e competenze cliniche in condizioni di ampia discrezionalità nell'uso delle risorse data l'indeterminatezza sostanziale che avvolge due processi centrali del lavoro cognitivo in sanità: la diagnosi e la terapia (27, op cit). L'autonomia professionale (che vuol dire: "darsi da sé le proprie leggi") è un privilegio che la società concede ai professionisti che possedendo conoscenze e competenze cliniche capaci di ri/dare salute, sanno garantire la transizione dallo stato di malato a quello di sano, il che rappresenta sia la base materiale del potere della conoscenza (28 op cit) sia quello che manca al potere burocratico, il che crea uno squilibrio di potere sostanziale a vantaggio del lavoro cognitivo.

Potremmo periodizzare l'interazione tra lavoro cognitivo e logiche proprietarie aziendali in:

- una prima fase (primi dieci anni dalla riforma del 1992) sono stati sottoposti a verifica gli eventuali vantaggi effettivamente comportati dai sistemi di programmazione e controllo (il budget), dai sistemi di pagamento a tariffa e dalla funzione dirigenziale - tutti i laureati erano stati calati nei ruoli dirigenziali - scoprendone nel lavoro quotidiano retoriche sottese e limiti sostanziali;

- una seconda fase - da inizio 2000 fino alla crisi finanziaria globale del 2008 - in cui il lavoro cognitivo ha provato a trasformare la governamentalità proprietaria di ASL ed AO in clinical governance tesa a migliorare la qualità dell'assistenza (44) sui piani della efficacia, della appropriatezza, della sicurezza, della equità nell'accesso alle cure, dell'efficienza e del coinvolgimento dei fruitori, tutte cose difficili da raggiungere tramite l'esercizio del potere amministrativo lungo le linee gerarchiche; sono state proposti e messi in pratica strumenti operativi appropriati per il lavoro cognitivo (approccio per problemi, epidemiologia clinica e valutativa, valorizzazione metodo scientifico, sistemi di finanziamento in cui "paga la salute" -global budget, quota capitaria,...- audit clinici, revisioni tra pari, Evidence Based Medicine, trasparenza sui conflitti di interesse, educazione continua del medico e degli altri operatori sanitari, valutazione condivisa degli esiti tra operatori e fruitori ecc..) scontrandosi con direzioni regionali e aziendali che il federalismo metteva nelle mani di funzionari, spesso espressi da clan territoriali e selezionati in base al principio di obbedienza, mentre la governance aveva bisogno per svilupparsi di capacità di coordinamento fortemente basate sul principio di competenza (45);

- una terza fase in cui i programmi di austerità imposti forzatamente per ripianare i debiti pubblici saccheggianti per sostenere banche e mercati finanziari nella crisi del 2008, hanno chiuso gli spazi per la governance e imposto una governamentalità proprietaria che ha prodotto drastici tagli alle risorse finanziarie, al personale e alle strutture sanitarie, depauperazione dell'assistenza territoriale, enfasi sui fattori di rischio comportamentali, sviluppo del settore privato, ecc. che hanno creato quelle modificazioni di effetto per cui la pandemia ha potuto fare danni da record mondiale proprio nei contesti territoriali che hanno più caldeggiato e applicato le logiche proprietarie in sanità.

La richiesta del lavoro cognitivo di modificare il government aziendale in clinical governance è stata affrontata dai sostenitori delle logiche proprietarie (governi bypartisan, scuole di direzione aziendale, tecnici obbedienti delle direzioni regionali e aziendali...):

a) da un lato premiando la quota di professione più attenta ai comportamenti utilitaristici con la concessione di ampi spazi per l'uso privato del pubblico di cui la libera professione è chiara espressione;

b) dall'altro lato sono state messe in atto:

b.1) tutta una serie di misure volte a produrre controllo sul lavoro cognitivo tentando "di utilizzare la supervisione diretta, la standardizzazione dei processi di lavoro o la standardizzazione degli output. L'inserimento di livelli intermedi di supervisione diretta deriva dall'ipotesi che l'attività professionale possa essere controllata, come ogni altra attività, in modo top-down, un'ipotesi che si è invece ripetutamente dimostrata sbagliata. Le forme di standardizzazione diverse dalla standardizzazione delle capacità, invece di consentire il controllo dell'attività professionale, spesso scoraggiano e ostacolano i professionisti: i complessi processi di lavoro non possono essere formalizzati mediante regole e norme e gli output vaghi e indeterminati non possono essere standardizzati attraverso i sistemi di programmazione e controllo se non con effetti fuorvianti.

Programmando i comportamenti sbagliati e misurando gli output sbagliati, si obbligano i professionisti a giocare il gioco della burocrazia meccanica e cioè a soddisfare gli standard invece di servire i cittadini, operando una inversione mezzi-fini. Se nella burocrazia meccanica la razionalizzazione rende disponibili ai clienti output a basso costo, nelle attività professionali la razionalizzazione comporta invece servizi inefficaci e impersonali" (Mintzberg op cit).

b.2) tentativi di reificazione delle conoscenze e cattura del sapere professionale tramite l'intelligenza artificiale. La reificazione delle conoscenze è possibile quando:

-i processi conoscitivi sono trasformabili in procedure, il che a sua volta può avvenire quando le capacità che la conoscenza fonda sono il frutto di funzioni cognitive elementari proprie del pensiero convergente (memoria, calcolo, deduzione...) e utili per affrontare problemi *noti*, ma non quando sono implicate funzioni cognitive superiori proprie del pensiero divergente (induzione, creatività, fantasia, immaginazione, ecc) utili per affrontare problemi *nuovi*;

- c'è chiara corrispondenza tra una data contingenza ed una data procedura: una parte delle condizioni che portano a malattie cronico degenerative (diabete tipo 2, ipertensione, iperlipidemia, ecc.) potrebbero rientrare in questa condizione, mentre la complessificazione del quadro

epidemiologico cui si è fatto riferimento in premessa, la invalida;

- l'oggetto cui si applica la procedura non ha particolare valenza simbolica;

b3) pianificando sul lungo periodo tramite il numero chiuso a medicina lo sfoltoimento dei ruoli professionali, restando altrimenti inspiegabile la inettitudine organizzata con cui si è scelto di non fare nulla a fronte dell'invecchiamento della quota prevalente di professionisti attivi nel SSN, evidente già a fine secolo quando se ne esaminavano i dati demografici: i ventennali blocchi del turn over, figli della programmazione non esplicita di tutti i governi bypartisan negli ultimi vent'anni, sono comprensibili solo in una ottica di disarticolazione del potere della conoscenza.

b.4) aumentando la *presenza crescente di personale precario*, che trascinando di rinnovo in rinnovo la propria condizione di precarietà, è stato costretto a lavorare in condizioni di marginalità organizzativa, insicurezza esistenziale, compressione della retribuzione reale e differita; le norme succedutesi negli anni hanno fatto di tutto per consolidare nel precariato cognitivo della sanità la convinzione che la sua presenza fosse inessenziale per il SSN o comunque marginale, condizionandone negativamente gli orientamenti all'approfondimento dei back ground professionali: ha poco senso mantenere ed approfondire le proprie conoscenze e competenze cliniche se la probabilità di continuare ad esercitare la professione è bassa o comunque ammantata di incertezza.

b.5) Università, ricerca e formazione in servizio sono state a loro volta sottoposte alle torsioni che le politiche di servizio al neoliberismo hanno imposto a tutta la pubblica amministrazione: le nuove conoscenze vengono recintate dalla comparsa di fornitori di "servizi" (Wiley, Elsevier, etc) che si appropriano di lavori, frutto del metodo scientifico e impongono balzelli artificiali per il libero accesso a tali informazioni; la spinta a brevettare le scoperte scientifiche ha cercato di far passare l'idea che esse siano il frutto di saperi individuali, quando ognuno di noi senza l'interazione sociale non riuscirebbe nemmeno ad apprendere il linguaggio, figuriamoci aggiungere un tassello ulteriore all'enorme sapere sociale accumulato; in generale le risorse divengono sempre più scarse ed assegnate al di fuori di una cornice temporale che permetta di pianificare investimenti strategici in una qualche direzione sensata, il che contribuisce a rendere la vita dei ricercatori sempre più difficile in aggiunta a quanto già fanno precarietà ed esiguità dei redditi. Quando tutto ciò accade anche nei policlinici universitari la socializzazione dei futuri professionisti avviene in un contesto in cui sono le "non norme" dei comportamenti utilitaristici a dare senso all'agire professionale, dissipando il patrimonio cognitivo acquisito in lunghi anni di formazione e creando delle dissonanze profonde con le condizioni che in passato hanno portato al delicato equilibrio su cui si è costruito il riconoscimento sociale dell'autonomia professionale; il tutto aggravato dai filtri di casta che regolano l'accesso all'università.

Quindi nel complesso si è avuto un disinvestimento programmato e plurilivello nel lavoro cognitivo in sanità, creando intenzionalmente condizioni disfunzionali per la manutenzione e lo sviluppo di conoscenze e capacità, ampliando la schizofrenia tra fini ufficiali del SSN, tendenze insite nella sua natura di organizzazione professionale ad alta densità di lavoro cognitivo e gestione aziendalistica.

Discussione e conclusioni

Il termine "crisi" viene dal greco crisis che significa separazione, scelta, giudizio, che a sua volta deriva dal verbo crinein che vuol dire giudicare. La pandemia data dal Covid 19 e amplificata da definite politiche governative basate su logiche proprietarie nella società e nella sanità, ha messo davanti ai nostri occhi la necessità di giudicare i portati di queste logiche.

Dall'analisi condotta emerge la legittimità di parlare di *crisi della forma azienda in sanità* in quanto:
- i parametri di progettazione organizzativa in sanità depongono per *la necessità di ripensare l'organizzazione del nostro SSN e del nostro welfare* dato che siamo in presenza di una complessificazione degli scenari operativi per gestire la pandemia e l'associato disordine ambientale globale;

- *la pandemia si affronta efficacemente con politiche territoriali proattive di tracciamento e*

intervento non farmacologico (46), mentre le funzioni ospedaliere accentrate su cui aveva puntato il modello di policlinico universitario del DM 70 e l'ipertrofia del momento ospedaliero propria di alcune politiche regionali, vanno ripensate in profondità;

- il differenziale di salute elevato tra nord e sud evidenzia i **limiti della regionalizzazione in sanità** che ingessa le disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi efficaci sia per le malattie cronico degenerative che per le malattie infettive, come le sostanziose e inaccettabili differenze spaziali tra regioni evidenziano, e richiede da un lato un'azione di perequazione forte da parte dello stato centrale e dall'altro la responsabilizzazione delle comunità locali che devono poter partecipare alla gestione dei servizi in modo da evidenziare i problemi reali di salute e di assistenza;

- **le disuguaglianze nella esposizione involontaria a rischio richiedono un ruolo forte dei territori nelle politiche di prevenzione primaria rivolte ai fattori di rischio collettivo e modelli di prevenzione primaria capaci di tutelare le matrici aria, acqua e suolo dai produttori di rischio** (4, op cit);

- la deriva etica del SSN evidenzia come le logiche proprietarie si **indovano (prendono casa)** nella strategia aziendale e trasformano l'O. in una arma a disposizione di un qualche clan territoriale che la usa per far prevalere interessi extra organizzativi tanto eterogenei quanto disfunzionali per l'interesse generale: il raccomandato del politico x, l'appalto alla ditta gestita dalla moglie di y, la convenzione con clinica gestita dall'adepto della loggia massonica z....;

L'inappropriatezza dei modelli aziendali centrati su logiche proprietarie nel gestire sistemi di welfare e ricerca e sviluppo è quindi l'elefante nella stanza.

Dato che tutto questo avviene intorno ad un processo sociale chiamato "conoscenza", dato che senza società non si dà nessuna conoscenza e dato che AA hanno sostenuto che la conoscenza è un bene comune (47), va ricordato che:

- se in generale per beni comuni si intendono "Beni che sono proprietà di una comunità e dei quali la comunità può disporre liberamente" (commons della tradizione giuridica anglosassone) Hess ed Ostrom¹² ne forniscono una definizione più problematica in quanto intendono per bene comune:

"una risorsa condivisa da un gruppo di persone e soggetta a dilemmi (ossia interrogativi, controversie, dubbi, dispute, ecc.) sociali"; per queste autrici "un bene comune è libero da valori: il suo esito può essere buono o cattivo, sostenibile oppure no e per garantire sistemi durevoli e stabili abbiamo bisogno di chiarezza, buone capacità decisionali e strategie di gestione collaborativa";

- nel caso di risorse "sottraibili", come per esempio le zone di pesca, l'uso che ne fa una persona riduce i benefici disponibili per gli altri, tanto che una elevata sottraibilità è generalmente una caratteristica basilare delle risorse comuni "naturali";

- quasi tutti i tipi di conoscenza, al contrario, sono relativamente non sottraibili. Anzi si crea tanto più valore quante più sono le persone che usano la risorsa e si uniscono alla comunità di utilizzatori: si parla pertanto di "cornucopia dei beni comuni": il valore della letteratura scientifica o di un software open source di fatto aumenta all'aumentare del numero di persone che partecipano all'impresa, un fenomeno che gli economisti definiscono "effetto di rete"; quando la conoscenza è gestita come un bene comune l'efficienza della condivisione è superiore a quella della competizione.

- Hardin (48) sostiene che "la rovina è il destino ineluttabile di tutti coloro che perseguono il proprio interesse in una società che professa il libero accesso alle risorse comuni. È una libertà foriera di disastro generale". Se questa tesi è nota come la "tragedia" dei beni comuni, Ostrom ed Hess ribattono che se è vero che molto spesso si verificano situazioni in cui è applicato il modello di Hardin è anche vero che molti gruppi, comunità locali o associazioni professionali si sono dimostrati in grado di gestire e sostenere con efficacia le risorse comuni, a condizione che si disponga di condizioni adatte: regole appropriate, meccanismi efficaci per la risoluzione dei conflitti, ben definiti confini di utilizzazione, garantiti da enti terzi.

A queste affermazioni qualitative si aggiungono le già richiamate analisi sviluppate da alcuni critici dell'economia politica per i quali, sintetizzando molto, l'economia basata sulla conoscenza si

¹² Elinor Ostrom ha vinto il Premio Nobel per l'economia nel 2009.

è decisamente sviluppata negli ultimi 50 anni con riferimento ai settori sanità, istruzione e ricerca e sviluppo (5, op cit) che, risultando legati ai sistemi di welfare, hanno un ruolo biopolitico dove il lavoro cognitivo che produce conoscenza per la vita entra in conflitto con le strutture di potere (biopotere) che cercano di trarre profitto da tali produzioni, imponendo logiche proprietarie. La centralità crescente dell'economia della conoscenza è tale da mutare il tipo di configurazione della società capitalistica portandola ad essere biocapitalismo cognitivo (7, op cit).

In epoca fordista la produzione e riproduzione sociale delle conoscenze ha dato luogo a tipologie organizzative che risentivano nel loro funzionamento della particolare natura della conoscenza in quanto bene comune non sottraibile dove la condivisione e non la competizione creano sviluppo e benessere, producendo da un lato vantaggi principalmente per i professionisti, accanto ad una serie di sistemi operativi del tutto eterogenei rispetto a quelli usati nelle imprese di produzione di beni materiali. In epoca postfordista lo sviluppo dell'economia della conoscenza ha spinto il biopotere a cercare di imporre controllo e messa a valore di tale economia tramite logiche proprietarie che non sono state capaci di assoggettare le pratiche sociali del professionalismo: nelle nuove condizioni di questa fase il professionalismo è confluito nel lavoro vivo cognitivo producendo conflitto con il biopotere che si esprime a più livelli:

- nella contestazione della governamentalità neoliberista dove il lavoro vivo cognitivo ha chiesto e praticato clinical governance a fronte della controproduttività specifica nella economia della conoscenza del government aziendale e delle sue disfunzionali logiche proprietarie;
- la ricchezza della strumentazione operativa messa in campo dal lavoro vivo cognitivo è impressionante per concretezza e superiorità nel consentire uso e sviluppo delle conoscenze nei confronti dei dispositivi proprietari: approccio per problemi, epidemiologia clinica e valutativa, valorizzazione metodo scientifico, promozione della salute, sistemi di finanziamento in cui “paga la salute” - global budget, quota capitaria - audit clinici, revisioni tra pari, evidence based medicine, trasparenza sui conflitti di interesse, educazione continua del medico e degli altri operatori sanitari, valutazione condivisa degli esiti tra operatori e fruitori ecc.., rappresentano un elenco parziale dei potenti strumenti operativi messi in atto dal lavoro cognitivo per continuare a sviluppare l'economia della conoscenza, facendo emergere la pochezza sconcertante insita nei sistemi operativi proprietari: basti pensare che nel tanto decantato “management by objective” i problemi sono sottratti alla discussione collettiva in quanto selezionati dai proprietari, inchiodando i lavoratori alla realizzazione degli obiettivi assegnati loro da altri, facilmente riconoscibili, una volta calato il velo delle retoriche, in proprietari che pasticciano proposte in settori in cui le logiche proprietarie producono danni enormi alla salute ed alla conoscenza come la pandemia da Covid-19 dimostra.

Le condizioni di rischio prodotte dalla pandemia hanno evidenziato gli interessi divergenti tra popolazione e lavoratori cognitivi che chiedono che sia data centralità alla salute di tutti e usano a tal fine gli strumenti per la gestione comune della conoscenza e le logiche proprietarie del biopotere, che a loro volta vorrebbero imporre continuità nei processi produttivi del biocapitalismo cognitivo, trovandosi però senza argomentazioni, schiacciati su insostenibili posizioni negazioniste, nella impossibilità di zittire e licenziare tutti i lavoratori cognitivi del mondo, una contraddizione che è ben esemplificata nello scontro tra evidenza e ignoranza che viene mass mediaticizzato nelle figure del dr. Antony Fauci¹³ e dell'OMS da un lato ed amministrazione suprematista Usa dall'altro.

In sintesi nella economia della conoscenza il lavoro vivo cognitivo, contrapponendosi al biopotere è impegnato nel rompere la disgiunzione tra potere ed esperienza (49) che ha caratterizzato il trentennio neoliberista. Se la produzione di conoscenza è un processo da tutti riconosciuto come sociale, emerge che nella economia della conoscenza la potenza del lavoro vivo cognitivo sta aprendo brecce tanto inattese quanto concrete nella sussunzione reale¹⁴ facendo

¹³ Anthony Stephen Fauci è un immunologo statunitense che ha fornito contributi fondamentali nel campo della ricerca sull'AIDS e altre immunodeficienze, sia come scienziato che come capo dell'istituto statunitense National Institute of Allergy and Infectious Diseases.

¹⁴ **Marx** chiama **sussunzione reale** del lavoro al capitale la determinazione del modo stesso di essere del lavoro da parte del rapporto sociale capitalistico che lo ingloba.

emergere addirittura modalità gestionali superiori alle logiche proprietarie aziendali, in quanto più appropriate allo sviluppo sociale della cornucopia del commons conoscenza. Questo conflitto avviene ora, sotto i nostri occhi:

- in Italia, la rottura della sussunzione reale e/o della disgiunzione tra potere ed esperienza si è espressa nella capacità della moltitudine di far prevalere la salute sull'economia, richiesta alle cui ragioni il lavoro cognitivo ha dato e sta dando un contributo sostanziale;
- il cuore politico delle elites anglosassoni, il partito repubblicano USA è impegnato nel cercare di imporre l'inefficienza organizzata nella gestione della Pandemia Covid 19, sostenendo che il sacrificio dei più deboli è il prezzo che vale la pena pagare per mantenere in vita il sistema economico su cui basano la loro smisurata ricchezza;
- nel mondo 7 miliardi e settecento milioni di persone attendono che un vaccino e/o cure efficaci siano messe a disposizione di tutte e tutti, il che significa che vogliono beneficiare dei frutti del bene comune conoscenza.

Concludendo, possiamo affermare che, se ci troviamo oggi di fronte a scenari che fanno tremare i polsi dato l'incalzare di gestione inappropriata della pandemia, crisi climatico ambientale e crisi economica da rottura delle filiere lunghe della produzione globalizzata, le energie biopolitiche che uniscono nel SSN lotte per il diritto alla salute e lavoro cognitivo sono preziose per dare carne e sangue alla possibilità di espellere finalmente le logiche proprietarie dal nostro SSN, e non solo.

Se la aziendalizzazione ha rappresentato il tentativo, sanguinosamente fallito, di imporre queste logiche al fine di rendere capitalisticamente produttive malattie e salute, il biocapitalismo cognitivo produce con sempre maggiore difficoltà comando e cattura della conoscenza prodotta dal lavoro cognitivo. E' dunque possibile sperimentare modelli societari ed organizzativi adatti alla economia della conoscenza ed in grado di garantire sviluppo adeguato all'enorme sapere sociale di cui disponiamo. Affidando alla pace degli archivi i modelli di organizzazioni proprietaria voluti dal New Public Management.

Bibliografia

- 1) Piketty T (2013) *Le capital au 21e siècle*. Editions du Seuil – pp 946.
- 2) Marmot M. (2016) *La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2016, pp 233.
- 3) Omran, A. R. (2005) [1971], "The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change" (PDF). *The Milbank Quarterly*, 83 (4): 731–57, doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x.
- 4) Romagnoli c, Neri F, Pala L (2019) *Dai danni alle esposizioni o dalle esposizioni ai danni? Una analisi di caso nel SIN Terni-Papigno*. *Sistema Salute* 65, 1 2019: pp 11-40.
- 5) Vercellone C e Fumagalli A. (2007) *Le capitalismo cognitif. Apports et perspectives, introduction*, *European Journal of Economic and Social Systems*, Vol. 20, n°1, pp. 7-14.
- 6) Vercellone C, Fumagalli A., Giuliani A. Lucarelli S. (2019) *Cognitive Capitalism, Welfare and Labour*. Routledge, pp 216.
- 7) Fumagalli A. (2017) *Economia politica del comune. Sfruttamento e sussunzione nel capitalismo bio – cognitivo*. *Derive e Approdi*, pp 224.
- 8) Negri T, Hardt M (2018). *Assemblea*. Ponte alle grazie, pp 439.
- 9) United Nations Development Group (2013) *A million voices: the world we want*. Published September 10, 2013. <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/MDGs/UNDGAMillionVoices.pdf>. Accessed June 29, 2016.
- 10) Romagnoli C. (2017): *Promozione dell'equità nella salute ed irresponsabilità sociale delle elites*. *Sistema salute*, 61, 4, 12-38.
- 11) Morgan G (1995) *Images. Le metafore dell'organizzazione*. Franco Angeli, pp 481.
- 12) Bonazzi G (2002) *Storia del pensiero organizzativo*. Franco Angeli, pp 512.
- 13) Gross E et Etzioni A (1996) *Organizzazioni e società*. Il Mulino, pp 333.
- 14) Drucker PF (2000) *Manuale di management. Compiti, responsabilità, metodi*. Etas Libri pp 862
- 15) Mintzberg H (1996) *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Il Mulino, Bologna, 1996
- 16) Mintzberg H (2005) *Managers Not MBAs: A Hard Look at the Soft Practice of Managing and Management Development* Paperback, 2005 pp 314.
- 17) Tullock G (1965) *The politics of bureaucracy*. Public Affair Press, Washington.
- 18) Buchanan J (1998) *I limiti della libertà. Tra anarchia e leviatano*. Rusconi 1998 pp 250.
- 19) Hood Christopher (1995) *The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a theme*. Accounting,

- organizations and society: 20 (2-3), 93–109.
- 20) Taylor F (1911) *Principles of scientific management*. New York: Harper and Row.
- 21) Bogdanov AA (1912) *Essays in Tektology*. Trad ingl. The systems Inquiry Series, Intersystem Publications Seaside California 1980.
- 22) Kast E and Rosenzweig JE (1973) *Contingency views of organization and management*. Chicago, Science Research Associates.
- 23) Goffman E (1959) *The presentation of self in everyday life* Garden City, NY: Double-day.
- 24) Burns t and Stalker GM (1961) *The management of innovation* London: Tavistock.
- 25) Woodward J (1965) *Industrial Organization: theory and practice*. London Oxford University Press.
- 26) Lawrence PR and Lorsch JW (1967) *Differentiation and integration in complex organizations*. Administrative Science Quarterly, 12;1-47.
- 27) Jamous H et Peloille B (1970) *Professions or self perpetuating system; changes in the France university hospital system*. In Jackson J (ed) *Profession et professionalisation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 28) Popitz H (2015) *Fenomenologia del potere. Autorita', dominio, violenza, tecnica*. Il Mulino, pp 212.
- 29) Gulick I and Urwick L (eds) (1937) *Papers in the science of administration*. New York: Institute of Public Administration, Columbia University.
- 30) Dardot P et Laval C (2013) *La nuova ragione del mondo. Critica della razionalita' neoliberista*. Derive e Approdi, Roma, pp 497.
- 31). Madhav N et al (2017) *Pandemics: Risks, Impacts, and Mitigation*. In: *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*. 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017 Nov. Chapter 17.
- 32) Ferguson NA et Al (2020) *Impact of non pharmaceutical interventions to reduce Covid -19 mortality and health demand*. Imperial College Covid -19 Response Team DOI”<https://doi.org/10.25561/77482>
- 33) *Redefining vulnerability in the era of Covid 19* Lancet. 2020 Apr 4;395(10230):1089. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30757-1.
- 34). Buja et al (2020) *Demographics and socio economics factors and resourece indicators associated with the rapid spread of COVID 19 in Northern Italy: an ecologiocal study*. Med Rdv preprint: <https://doi.org/10.1001/20202.04.25.20075369>.
- 35) <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
- 36) Costa G e Schizzerotto A, “Se la pandemia accentua le disuguaglianze di salute”, Lavoce.info 07-04-2020.
- 37) Faheem Ahmed, Na'eem Ahmed, Christopher Pissarides, Joseph Stiglitz (2020) “*Why inequality could spread COVID-19.*”, Published Online April 2, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30085-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30085-2)
- 38) Mackenbach JP (2013) *Persistence of social inequalities in modern welfare states: Explanation of a paradox*. J Epidemiol Community Health. 2013 May;67(5):412-8
- 3 9) OMS (2013) *Governance for health equity. Taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region*. Ginevra 2013 pp 80,
- 40) Istat (2017) *Rapporto BES 2017* Istat Roma
- 41) Istat (2018) *Rapporto BES 2018* Istat Roma
- 42) Bettelheim C (1975) *Le lotte di classe in URSS 1917/1923*. Etas Libri 2 vol.
- 43) Commissione Parlamentare di inchiesta sul fenomeno della mafia e altre organizzazioni criminali anche straniere. (2018) *Mafia e sanità'*. Relazione conclusiva del 7 febbraio 2018. <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1066861.pdf>
- 44) Regione Umbria (2003) *Piano Sanitario Regionale Un patto per la salute, l'innovazione e la sostenibilita'*. Cap 7: *Qualita'e innovazione per la gestione della sanità'*. Direzione regionale sanità' e servizi sociali. Perugia
- 45) C. Romagnoli, L Minelli (2008) *Metaorganizzazione e innovazione nel governo della salute. L'esperienza del Servizio sanitario regionale umbro* Politiche sanitarie, 9,3; pp 133-139, 2008.
- 46) ISDE FNOMCEO (2020) Covid 19 Le lezioni da imparare e gli errori da non fare. <https://www.isde.it/covid-19-le-lezioni-da-imparare-e-gli-sbagli-da-non-fare/>
- 47) Ostrom E and Hess C (2009) *La conoscenza come bene comune. Dalla teoria alla pratica*. Bruno Mondadori Ed
- 48) Hardin G. (1968) *The Tragedy of the Commons* Science, N. 162, 1968
- 49) M. Castells (2002) *La nascita della società in rete*. Blackwell Publisher Ltd, Oxford 2000; ed. it Università Bocconi editore, Milano 2002, pp 438.

Conflitti di interesse dichiarati: NESSUNO