

PROCESSO DECISIONALE

Ogni decisione è una scelta tra più alternative – due, parecchie, molte, infinite – fatta in base a delle preferenze, a delle priorità. Il richiamo etimologico appare chiaro, decidere significa tagliar via qualcosa, dal latino *de* – suffisso che indica un allontanamento – e *caedere* ossia ‘tagliare’. Nell’ambito delle politiche pubbliche il voler isolare il momento della decisione si rivela piuttosto come un procedimento astratto e con uno scarso valore euristico. La decisione, piuttosto, prende forma nel corso di un processo che ne struttura la cornice e ne modella le opzioni disponibili. Un modello decisionale è, quindi, un costrutto analitico che individua gli elementi essenziali di tale processo: il decisore, i suoi attributi cognitivi, le attività di ricerca delle soluzioni, le modalità ed i criteri della scelta. Si parla, quindi, di processi decisionali in relazione a tutto quello che succede dal momento in cui nasce un problema al momento in cui viene definita la soluzione.

I modelli decisionali

Nel corso degli ultimi cinquant’anni lo studio dei processi decisionali ha prodotto diversi modelli e ha identificato diverse ‘razionalità’ e modalità di interazione tra i soggetti coinvolti nella produzione di politiche pubbliche.

In un primo momento questo filone, in seguito alla forte influenza dello spirito positivista, ha inseguito il miraggio di una azione amministrativa concepita come struttura formale, come macchina artificiale che potesse essere modificata a piacimento nel perseguimento di sempre più alti livelli di efficienza.

Nei **modelli di decisione razionale**, infatti, la decisione consiste nell’adottare mezzi che permettono di raggiungere i fini dati nel modo migliore possibile. Risolvendosi, così, in un processo di massimizzazione, in cui la razionalità viene intesa come una razionalità orientata allo scopo.

Successivamente si sono sviluppati modelli alternativi come quello cognitivo e quello incrementale.

Il **modello cognitivo** parte da una profonda critica alle impostazioni di ricerca e di analisi del modello di decisione razionale, ritenendolo assai lontano dalle effettive e reali capacità cognitive dell’essere umano. I soggetti decisorii, essendo dotati di una razionalità limitata, non possono essere

in grado di misurare tutte le soluzioni possibili e di considerarle al medesimo tempo. Tale modello mette perciò in discussione l’idea che sia possibile raggiungere condizioni di certezza attraverso una ricerca esaustiva delle alternative e delle conseguenze, e sostiene che gli esseri umani prendono decisioni basandosi su rappresentazioni semplificate della realtà, concentrando l’attenzione su alcuni aspetti e trascurandone molti altri. Il punto nodale diventa, allora, quello di capire in che modo si padroneggiano e si risolvono i problemi complessi. Gli studi di psicologia cognitiva hanno infatti indicato come, in casi del genere, la mente umana non proceda attraverso un esame analitico degli elementi semplici che compongono il problema, ma tenda ad affrontarlo in maniera globale mediante l’utilizzo di strutture concettuali predefinite. La razionalità sostanziale, che verificava i mezzi alla luce dei fini, viene, quindi, sostituita da una razionalità di tipo procedurale, che analizza i mezzi rispetto a schemi preesistenti.

A sua volta il **modello incrementalista** sottolinea come non solo bisogna tenere in conto la ‘razionalità limitata’ degli attori coinvolti nel processo decisionale, ma anche, e soprattutto, il carattere pluralistico e frammentato dei contesti democratici. All’interno del campo decisionale, infatti, vengono rappresentati diversi interessi e questo, molto spesso, appesantisce le scelte collettive, rendendole poco efficaci. Questa prospettiva cerca di tener conto del fatto che nessun attore può disporre di tutte le conoscenze necessarie e che quindi l’analisi dei processi non può prescindere dal campo interattivo entro cui si collocano le decisioni.

L’ambito del governo e l’ambito della gestione

Malgrado ciò, l’*appeal* dei modelli di decisione razionale è tutt’altro che esaurito: in primo luogo perché permettono di delineare la creazione di uno spazio che si sottrae alla politica e ai suoi mercanteggiamenti; in secondo luogo perché, in un momento di crisi e messa in discussione dell’impianto del *welfare state*, i metodi di decisione razionale appaiono i più adatti a contrastare la tradizionale razionalità burocratico-formale delle amministrazioni pubbliche, trasformando la loro responsabilità nei confronti delle regole in responsabilità rispetto ai risultati.

Riappare, così, la tradizionale concezione – e al contempo soluzione – della separazione tra politica e amministrazione che, negli ultimi anni, ha conosciuto in Italia una rinnovata fortuna. Allo scopo di limitare l'ingerenza dei partiti nell'amministrazione, le riforme degli anni Novanta (la legge 142/1990 e il d.lgs. 29/1993) hanno, infatti, voluto stabilire confini più netti e rigorosi tra la sfera politica e quella amministrativa, accentuando così la separazione tra l'ambito del governo e l'ambito della gestione.

Negli ultimi vent'anni nei Paesi occidentali si è assistito, su questa medesima falsa riga, alla progressiva espansione dell'impiego di metodi privatistico-manageriali per la gestione degli enti pubblici. Anche nel caso dei sistemi sanitari, si è diffusa la convinzione che i processi gestionali e organizzativi di tipo aziendalistico fossero gli unici in grado di gestire i servizi in una maniera più efficace ed efficiente. Sembra quasi che per l'organizzazione dei servizi sanitari sia diventata necessaria – pena la loro stessa sopravvivenza – una metodologia della pianificazione incentrata sulla ricerca di indicatori e standard di performance, sulle analisi costi-benefici, sul controllo di gestione, su una produzione di prestazioni che “hanno un equivalente in costo la cui utilità deve essere verificata e il cui grado di efficienza va continuamente incrementato e migliorato” (Fazzi, 2003).



e la multidimensionalità di questo campo di policy. Si corre il rischio di creare un sistema omologato e semplificatore della realtà, poco attento a collegare le prestazioni e gli output alla valutazione dell'appropriatezza dei programmi di intervento e delle conseguenze che provocano (outcome), ai processi e ai contesti che concorrono a definire, infine, i determinanti di salute. Il modello della pianificazione manageriale rischia, infatti, di confondere la valutazione dell'impatto delle politiche con il controllo, cioè con la misurazione del raggiungimento dei risultati attesi.

Il sistema decisionale partecipativo

Ma le politiche per la salute non sono solo risorse da distribuire o servizi da offrire, e l'approccio razional-economicistico rende difficile cogliere la complessità

Modelli decisionali	Decisore	Condizioni cognitive	Attività di ricerca della soluzione	Modalità della scelta	Criterio decisionale
Razionale-sinottico	Unitario	Certezza	Analisi completa delle alternative e conseguenze	Calcolo	Ottimizzazione
Cognitivo	Unitario	Incertezza	Ricerca sequenziale	Confronto rispetto ai livelli di aspettativa	Soddisfazione
Incrementale	Decisori partigiani	Parzialità	Comparazioni limitate successive	Mutuo aggiustamento partigiano	Accordo
Garbage can model	Decisori variabili	Ambiguità	Nessuna	Incontro tra problemi e soluzioni	Caso

Modificata da: Capano e Giuliani, 1996.

L'esperienza dei Piani per la Salute in Emilia-Romagna

I Piani per la Salute (PPS) sono la risposta della Regione Emilia-Romagna ai problemi di salute e all'esigenza delle comunità di poter far ascoltare le loro indicazioni, le loro aspettative, i loro giudizi.

Ai Comuni, in via prioritaria, viene affidato un ruolo di responsabilità, ad essi spetta la funzione di dare impulso alla nascita dei Piani e di tenerne le fila lungo tutto il percorso di sviluppo. Fin dalle prime fasi di elaborazione dei Piani una pluralità di interlocutori viene chiamata a collaborare, considerando fondamentale un approccio multisettoriale, e i PPS sono un'occasione da parte delle amministrazioni locali per aprire canali di ascolto e comunicazione diretta con la cittadinanza.

La proposta di realizzare i PPS è stata inclusa nel Piano Sanitario Regionale del 2001, dove si prevedeva che gli enti locali animassero un processo con il coinvolgimento diretto di gruppi di cittadini attraverso cinque fasi fondamentali: introduzione al lavoro e armonizzazione dei linguaggi; screening dei problemi ed esame della documentazione tecnica predisposta dalle Aziende sanitarie sui bisogni di salute; confronto e selezione dei problemi prioritari di salute; sottoscrizione di un impegno da parte delle istituzioni e degli altri soggetti coinvolti; progettazione e realizzazione di azioni specifiche. La sede istituzionale del coordinamento e della costruzione dei Piani è la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS).

La proposta dei PPS è stata accolta con un interesse probabilmente superiore alle attese. Iniziative con caratteristiche confrontabili si sono sviluppate in tutte le aree della Regione e hanno coinvolto oltre 2000 cittadini. Attualmente sono state percorse le prime 4 fasi descritte e ci si trova nell'ambito della progettazione operativa e della realizzazione.

Fonti: <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/> e Marco Biocca, I piani per la salute in Emilia-Romagna, in Bobbio L (a cura di), A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi, ESI, Napoli, 2004.

Questi, tra gli altri limiti, hanno accresciuto la consapevolezza della necessità di adottare una prospettiva più ampia all'interno delle aziende sanitarie, un sistema maggiormente flessibile e adattabile che tenga conto di una pluralità di attori e delle loro diverse esperienze e competenze, un sistema decisionale di tipo maggiormente partecipativo, un sistema gestionale maggiormente flessibile e adattabile.

I processi decisionali all'interno del sistema sanitario devono, quindi, misurarsi, oltre che con l'efficacia e l'efficienza, con il criterio dell'appropriatezza che necessita un confronto tra diverse sensibilità e punti di vista. A questo si lega l'evoluzione del concetto di salute, che ha subito un ampio processo di rivisitazione, arrivando ad identificare una condizione complessa, legata non solo alla condizione di salute dell'individuo, ma anche all'interpretazione che l'individuo se ne fa, a come viene rappresentata socialmente e ai fattori ambientali e sociali che concorrono a determinarla. Esso non è più considerato un bene che si perde o si conquista in un certo momento, ma come risultato di un lungo e complesso percorso. Emerge così una visione complessa del concetto di salute, che porta con sé anche la tendenza a modificare il modo di gestirla e organizzarla.

Da un lato, infatti, si è fatta strada la necessità di offrire agli utenti servizi complessi, in cui l'assistenza sociale deve coordinarsi e integrarsi con altre dimensioni di intervento; dall'altro lato, in seguito alle difficoltà nel rilevare i bisogni esclusivamente attraverso indagini tecniche e strumenti manageriali, è diventata sempre più chiara la necessità di coinvolgere i cittadini nell'elaborazione delle politiche per la salute. Si evidenzia, così, una sorta di trasformazione del ruolo delle amministrazioni pubbliche, con il passaggio da un ruolo di comando e controllo, che implica anche la dominanza di un regime pubblico di erogazione di servizi e prestazioni, ad un ruolo di *enabling*, che valorizza i potenziali sociali di azione e auto-organizzazione dei cittadini. Perde terreno, perciò, quel modello verticale e gerarchico nel cui ambito gli interessi generali venivano fissati e riconosciuti dall'autorità pubblica, e matura l'esigenza di trovare nuovi dispositivi in grado di consentire il confronto tra una varietà di attori e di visioni differenti per individuare soluzioni condivise.

Le istituzioni pubbliche accrescono, così, la loro dipendenza dalla cooperazione e dalla mobilitazione delle risorse di altri attori, e oggi, sicuramente più di prima, le politiche sono flussi continui di azione creati da una forte interdipendenza fra attori, settori, livelli che disegnano trame reticolari e



policentriche attraverso procedure concertative e consensuali, spesso indicate dallo stesso legislatore come metodo privilegiato per affrontare i problemi complessi. Per quanto riguarda le politiche sociali un primo passo in questo senso è stato fatto con la Legge sull'infanzia e l'adolescenza (legge 285/1997), che prevedeva espressamente l'elaborazione del piano territoriale attraverso la concertazione tra diversi enti, e ancora più specificatamente con la legge quadro sulle politiche sociali (328/2000), che indica una serie di soggetti, pubblici, privati, del terzo settore, che possono essere coinvolti nell'elaborazione dei piani di zona.

Il coinvolgimento di una pluralità di attori è, tra l'altro, il riflesso della necessità di predisporre politiche integrate, ossia di affrontare problematiche complesse da diversi punti di vista, superando la separazione tra le discipline e tra i settori, attraverso un processo in cui integrazione e tensione verso l'inclusione si sostengono vicendevolmente. Lo spostamento dell'attenzione sugli attori e sulla loro dimensione integrata è in simmetria alla maggiore rilevanza che assumono le attività ordinarie, quotidiane, contrattate e realizzate su piccola scala rispetto alle soluzioni generali imposte dall'alto. Questo cambiamento di prospettiva si lega all'emergere di un welfare attivo, caratterizzato da un'azione promozionale dell'intervento pubblico, volta a favorire una maggiore responsabilità, ma anche un maggiore *empowerment* dei cittadini.

Uno sguardo attento ai processi decisionali può, dunque, costituire un'utile prospettiva per riconsiderare la validità e l'appropriatezza degli approcci dominanti di stampo aziendalistico e per porre qualche cautela rispetto alle loro possibili derive. Questo fuoco di analisi aiuta, infatti, a far oltrepassare allo sguardo le mura dell'organizzazione, ad osservare gli aggiustamenti che si verificano tra gli interessi coinvolti, e in ultima istanza a spostare l'attenzione dal gestire al governare.

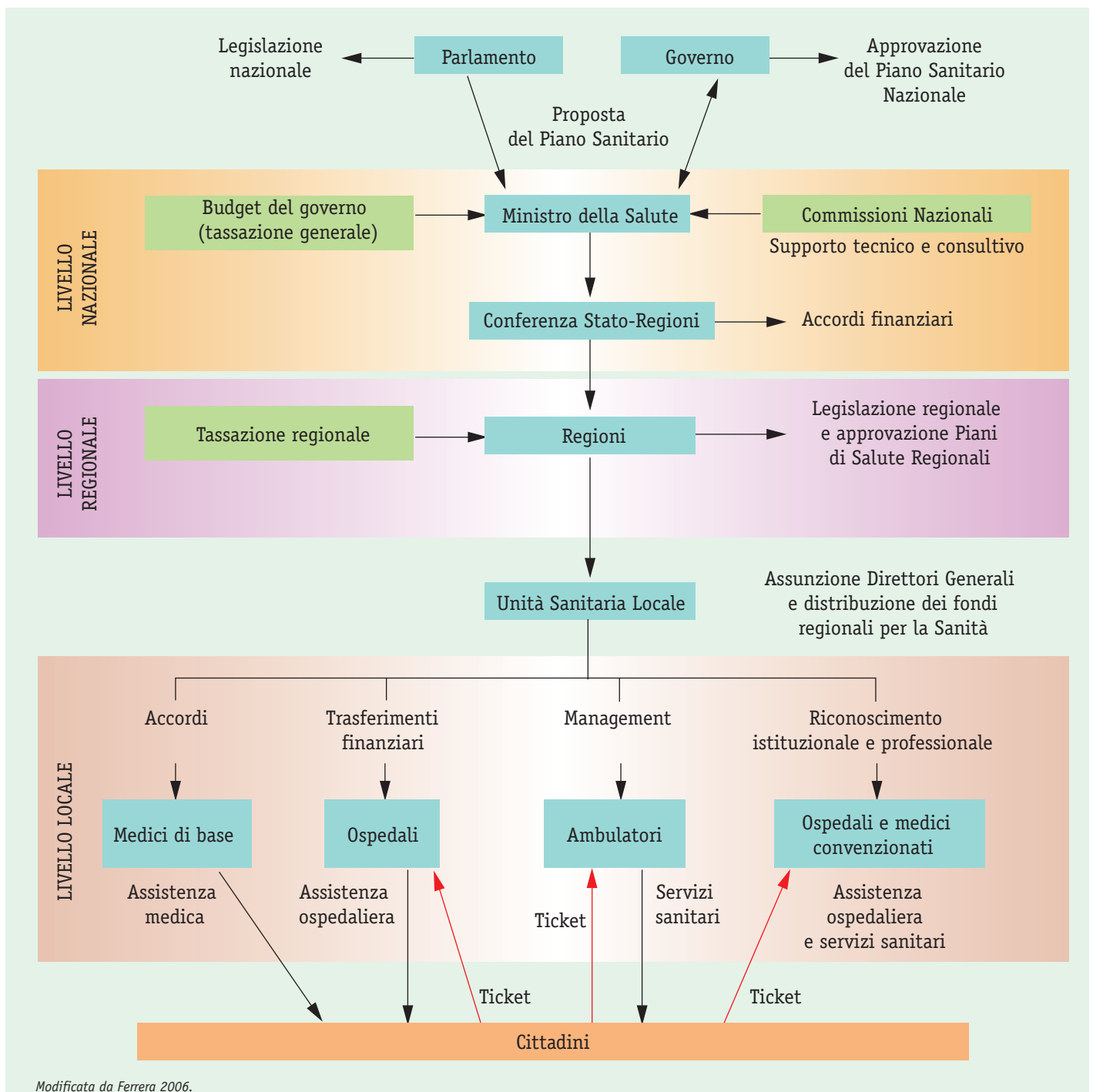
La Sanità, in quanto policy-maker o autore di scelte pubbliche, infatti, non si risolve né nella sua struttura formale di governo, né nella sua organizzazione aziendale, ma piuttosto nei processi che mettono in rapporto l'una e l'altra dimensione nella ricerca di soluzioni con reti più vaste di attori. L'analisi dei processi decisionali è ciò che consente dunque di stabilire un ponte tra il sistema sanitario e la Sanità-azienda e di capire attraverso quali vie il sistema sanitario riesce o non riesce a soddisfare bisogni collettivi, che non attraversano soltanto la sfera politica o quella amministrativa, ma tendono a coinvolgere anche istituzioni e interessi esterni.

Il Sistema Sanitario Nazionale e le sue ramificazioni

Negli ultimi anni il Servizio Sanitario Nazionale è stato investito da ampie trasformazioni. È avvenuta una profonda modifica dei criteri generali di riparto delle competenze

legislative e amministrative fra Stato, Regioni ed enti locali e della divisione territoriale dei servizi (d.lgs. 229/99 di 'riforma della riforma' del Servizio Sanitario Nazionale). Già sancita nei principi costitutivi del SSN, e avviata con la riforma sanitaria del 1992-1993, tale modifica è stata in seguito ratificata dalla riforma costituzionale (2001), secondo la quale la tutela della salute diviene materia concorrente tra Stato e Regioni.

Alle Regioni sono affidate le potestà legislativa e fiscale. Riguardo la potestà legislativa lo Stato ha il compito di determinare i principi fondamentali del SSN, fissare standard e livelli omogenei di prestazione e servizi e mantenere un ruolo di coordinamento e controllo: attività che hanno lo scopo di 'incorniciare' la crescente autonomia delle Regioni e di tutelarne l'impianto universalistico. La potestà fiscale è stata



introdotta con una riforma (d.lgs. 56/2000 e Patto di stabilità interna) che, da una parte, garantisce alle Regioni autonomia finanziaria e, dall'altra, le rende direttamente responsabili rispetto ai vincoli di finanza pubblica assunti dall'Italia a livello europeo.

Nel grafico che descrive l'organigramma del nostro Sistema Sanitario emerge con evidenza la divisione multilivello della governance della policy per la salute, che attribuisce una serie di responsabilità e di compiti a ciascuno strato del sistema. A livello nazionale, il Parlamento rimane responsabile della legislazione generale e, annualmente, definisce le risorse disponibili, mentre il Ministro della Salute, con il supporto delle varie Commissioni tecniche e consultive, stabilisce il Piano Sanitario Nazionale triennale (PSN), che deve poi essere approvato dal Governo. Come raccordo tra Stato e Regioni, agisce la Conferenza Stato-Regioni, che stabilisce l'allocazione delle risorse finanziarie a livello regionale.

A livello intermedio, tra Stato e livello locale, si muovono le Regioni: stabiliscono l'allocazione delle risorse finanziarie a livello locale, approvano la legislazione, stabiliscono il Piano Sanitario Regionale triennale (PSR) e l'elezione dei Direttori delle Unità Sanitarie Locali. A livello locale, infine, le Unità Sanitarie Locali sono chiamate a organizzare i vari soggetti che, sul territorio, forniscono le cure mediche (Ferrera 2006).

Giulia Bigot e Maria Laura Russo

Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale
Università degli Studi, Trento

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

AAVV

Costruire una progettazione partecipata
Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 4, 2003

Bergamaschi M

L'organizzazione nelle aziende sanitarie
McGraw-Hill, Milano, 2000

Bertin G

Decidere nel pubblico. Tecniche di decisione e valutazione dei servizi pubblici
Etas libri, Milano, 1989

Bobbio L (a cura di)

A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi
ESI, Napoli, 2004

Bobbio L

La democrazia deliberativa nella pratica
Stato e Mercato, XXV (1): 67-88, 2005

Borzel Tanja A

Le reti di attori pubblici e privati nella regolazione europea
Stato e Mercato, 54: 389-432, 1998

Bucci M, Neresini M (a cura di)

Sociologia della salute
Carocci, Roma, 2001

Capano G, Giuliani M

Dizionario di politiche pubbliche
NIS, Roma, 1996.

Cipolla C, Giarelli G

Dopo l'aziendalizzazione. Nuove strategie di governance in sanità
Franco Angeli, Milano, 2002

Corposanto C, Fazzi L, Scaglia A

Costruire piani di salute
Franco Angeli, Milano, 2004

Cotta M, Della Porta D, Morlino L (a cura di)

Scienza politica
Il Mulino, Bologna, 2001

De Robertis G

La partnership possibile
Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 4, 2002

Della Porta

La politica locale
Il Mulino, Bologna, 1999

Fazzi L

Costruire politiche sociali
Franco Angeli, Milano, 2003

Fedele M

Le basi istituzionali del welfare locale. Processi di fissione e fusione prima e dopo la 328
La rivista delle politiche sociali, II (2): 89-103, 2004

Ferrera M

Le politiche sociali
Il Mulino, Bologna, 2006

Freddi G (a cura di)

Scienza dell'Amministrazione
La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Ingrosso M (a cura di)

La promozione del benessere sociale
Franco Angeli, Milano, 2006

Maino F

SSN. Un cantiere ancora aperto fra regionalizzazione e impatto dell'Europa
La Rivista delle Politiche Sociali, n. 4, 2004

Pavolini E

Le nuove politiche sociali. I sistemi di welfare tra istituzioni e società civile
Il Mulino, Bologna, 2003

Pichierri A

La regolazione dei sistemi locali. Attori, strategie, strutture
Il Mulino, Bologna, 2002

Toth F

Quando i partiti falliscono: i comitati cittadini come organizzazioni politiche effimere
Polis, 2: 229-256, 2003