

CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA
Pubblicazione a cura del
SERVIZIO VALUTAZIONE PROCESSO LEGISLATIVO E POLITICHE REGIONALI

La presente ricerca è stata affidata all'Università degli Studi di Milano – Dipartimento di Studi Sociali e Politici

Direzione scientifica: prof. Gloria Regonini - Dipartimento di Studi Sociali e Politici

Gruppo di ricerca:

dott. Alessia Damonte - Dipartimento di Studi Sociali e Politici

dott. Franca Maino - Dipartimento di Studi del Lavoro

dott. Paolo Borsato - Dipartimento di Studi Sociali e Politici

prof. Marco Giuliani - Dipartimento di Studi Sociali e Politici

dott. Paola Branchi - Assistente alla ricerca

Pubblicazione non periodica

Distribuzione gratuita

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Milano, Gennaio 2005

L'ESPERIENZA DEI CONSIGLI DEI SANITARI NELLA *CLINICAL GOVERNANCE*

**Rapporto di ricerca commissionato dalla
III Commissione “Sanità e assistenza”
del Consiglio Regionale della Lombardia**

**a cura del gruppo di ricerca coordinato da
Prof. Gloria Regonini – Dipartimento di Studi Sociali e Politici
Università degli Studi di Milano**

Gennaio 2005

Indice

PARTE I. IL PROBLEMA.....	7
1. PREMESSA METODOLOGICA	8
2. IL GOVERNO DELLA SANITÀ: LA FASE ATTUALE	8
<i>Tre tipi di governance</i>	11
Perché si parla di ‘governance’	11
1. La governance politica.....	11
La filosofia	11
I risultati	12
2. La governance <i>manageriale</i>	12
La filosofia	13
I risultati	13
3. La <i>clinical governance</i>	15
La filosofia	15
I risultati	17
<i>Soluzioni che passano, problemi che restano</i>	17
<i>La centralità delle relazioni tra medici e manager</i>	18
a. La partecipazione per prevenire la defezione.....	20
b. La partecipazione per la qualificazione delle risorse umane	21
3. IL CONSIGLIO DEI SANITARI	22
a. Il livello nazionale	22
L’evoluzione della normativa	22
Il collegio di direzione	22
I dipartimenti	23
Le pressioni sociali	23
Il grado di istituzionalizzazione	24
b. Il livello regionale	24
L’evoluzione della normativa	24
Tra norme e pressioni sociali: la vicenda dei Pofa	24
Che cosa è il Pofa	24
Perché il Pofa interseca le funzioni dei CdS	25
La consultazione dei sindacati.....	25
Il grado di istituzionalizzazione	26
PARTE II. LA RICERCA QUANTITATIVA.....	28
4. INTRODUZIONE.....	29
5. LA RILEVAZIONE.	29

<i>Problemi e soluzioni per l'acquisizione dei dati</i>	29
<i>Il processo di istituzione</i>	30
1. Identificazione dei casi “normali”	30
2. ...e la riflessione sui casi “anomali”.	38
<i>Il funzionamento interno dei CdS</i>	48
1. Il CdS in carica: le questioni trattate	49
2. Il CdS in carica: gli strumenti utilizzati.....	52
3. Giudizi e aspettative sul funzionamento dell'organismo.....	53
4. In che cosa consiste il “buon funzionamento” del CdS?.....	56
6. PRIME CONCLUSIONI RISPETTO AI DATI.....	58
PARTE III. L'APPROFONDIMENTO DEI DATI	60
7. UNA VALUTAZIONE DEI RISULTATI QUANTITATIVI	61
<i>La partecipazione per prevenire la defezione</i>	61
<i>La partecipazione e lo sviluppo delle risorse umane</i>	62
Responsabilità gestionali e ristrutturazione professionale.....	63
Responsabilità gestionali e valutazione delle scelte terapeutiche.....	63
Che cosa insegnano queste osservazioni	64
<i>Quali funzioni restano scoperte nella sanità italiana</i>	65
PARTE IV. L'INDAGINE QUALITATIVA	68
8. PERCHÉ QUESTA PARTE DELLA RICERCA.....	69
<i>Una metodologia mista</i>	69
Metodi qualitativi e politiche sanitarie	69
9. LE ALTERNATIVE A DISPOSIZIONE	70
<i>L'indagine cooperativa</i>	70
<i>La filosofia dell'esperimento</i>	71
1. la democrazia deliberativa	71
2. Il management partecipativo.....	73
<i>Tratti comuni</i>	73
10. LA DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	74
<i>Il numero chiuso</i>	74
<i>La scelta del campione</i>	74
<i>L'individuazione dei partecipanti</i>	75
<i>La costituzione del forum</i>	75
<i>Le fasi del forum</i>	76
La presentazione.....	76
La delimitazione del tema.....	76
Il raggruppamento dei temi.....	77
L'avvio della discussione	77
11. I RISULTATI	78

<i>Premessa: come intendere i risultati</i>	78
<i>Le idee emerse</i>	78
L'insieme dei temi evidenziati dai post-it	78
Il forte disagio	79
La burocratizzazione.....	79
La mancanza di interlocutori credibili.....	79
Le regole del gioco sono finzioni.....	79
Che cosa manca nella governance aziendale	80
I consigli dei sanitari	80
Dove occorre intervenire	80
Condizioni per la riforma dei C.d.S.: la loro composizione	81
L'autonomia dalle logiche politiche.....	81
I rischi della nuova composizione.....	81
I C.d.S. e la rappresentanza sindacale	81
Altre componenti.....	82
La durata dei nuovi C.d.S.	82
Le competenze	82
La verifica delle risorse effettivamente disponibili.....	83
La consapevolezza dei vincoli	83
La pubblicità per le attività del C.d.S.	83
<i>La chiusura del forum</i>	84
<i>La visualizzazione della mappa dei temi</i>	84
<i>La valutazione dell'esperimento</i>	84
12. CONCLUSIONI	85
<i>Conclusioni di merito</i>	85
Il significato dei risultati.....	85
<i>Conclusioni di metodo</i>	87
BIBLIOGRAFIA	89
PARTE V. APPENDICI	95
APPENDICE 1.	96
<i>Evoluzione della normativa a livello nazionale e regionale: tavola sinottica</i> ..	96
<i>La spesa pubblica per la sanità in % del Pil (dati 2004)</i>	100
APPENDICE 2.	101
<i>Il questionario</i>	101
<i>La scheda</i>	108

Tabelle e grafici

Tab. 1. I rispondenti al questionario	30
Tab. 2. Numero di Cds istituiti	31
Graf. 1. Numero di Cds istituiti: andamento in Asl e Ao	32
Tab. 3. Cds istituiti per anno	33
Graf. 2. Cds istituiti per anno	33
Tab. 4. Anno di nomina dei Direttori generali	34
Graf. 3. Anno di nomina dei Direttori generali	35
Tab. 5. Anno di istituzione dei Cds: dettaglio Asl e Ao	35
Graf. 4. Anno di istituzione dei Cds: dettaglio Asl e Ao	36
Tab. 6. Anno di nomina dei Dg: dettaglio Asl e Ao	37
Graf. 5. Anno di nomina dei Dg: dettaglio Asl e Ao	37
Tab 7a. Asl: classificazione per numero di CdS eletti e numero di Dg nominati	40
Tab. 7b. Asl: dettaglio su Cds eletti e Dg nominati	40
Tab. 8a. Ao: Gruppi per numero di CdS eletti e numero di Dg nominati	41
Tab. 8b. Ao: dettaglio su Cds eletti e Dg nominati	42
Tab. 9a. Asl: scarto tra Dg nominato e CdS eletto nel '98, e nel '03.	44
Tab. 9b. Ao: scarto tra Dg nominato e CdS eletto nel '98, e nel '03.	45
Tab. 10a. Asl: distribuzione per durata del CdS in carica e n. di riunioni effettuate	46
Tab. 10b. Ao: distribuzione per durata del CdS in carica e n. di riunioni effettuate	47
Tab. 11. Esercizio del potere di iniziativa	49
Tab. 12. Le tre questioni più rilevanti su cui i Cds in carica hanno espresso un parere obbligatorio	50
Tab. 13. L'impatto dei pareri del CdS nei casi che non si sono risolti con un silenzio-assenso	51
Tab. 14. Giudizio sull'istituzione dei Cds	53
Tab. 15. Che cosa andrebbe fatto per migliorare il Cds	55
Tab. 16. La classificazione del funzionamento dei Cds	56
Tab. 17. Programmazione e buon funzionamento dei Cds	57
Tab. 18. Competenze e buon funzionamento dei Cds	57
Tab. 19. Composizione e buon funzionamento dei Cds	58

PARTE I.
Il problema

di

GLORIA REGONINI

Dipartimento di Studi Sociali e Politici,
Università degli Studi di Milano

1. Premessa metodologica

Questa ricerca è stata condotta tenendo costantemente conto della particolare natura del committente. Pertanto, la sterminata letteratura sull'organizzazione degli organi di partecipazione e di governo nella sanità è stata filtrata per centrare questi obiettivi:

- fornire alcune coordinate generali, per dare anche a chi non ha una specifica competenza tecnica sul tema la possibilità di intervenire, portando un contributo costruttivo
- proporre una prospettiva 'sgheмба' rispetto alle note contrapposizioni presenti nel dibattito politico su questo argomento, per dare a tutti i destinatari della ricerca argomenti di riflessione e di proposta
- offrire temi, valutazioni e idee che possano facilitare l'avvio di tavoli di consultazione e di negoziazione tra le istituzioni politiche e le parti più direttamente coinvolte in questo problema: i medici, i *manager* sanitari, i rappresentanti degli enti locali e delle associazioni degli utenti.

2. Il governo della sanità: la fase attuale

La prima parte della ricerca (novembre 2003 – maggio 2004), ha coinciso con un periodo di profonda ridiscussione degli organi e delle competenze da cui dipende il governo delle politiche sanitarie a livello di aziende sanitarie locali (Asl) e di aziende ospedaliere (Ao).

Per capire i problemi che confluiscono nella fase attuale, vale la pena di riassumere in modo estremamente sintetico le tensioni che attraversano le politiche sanitarie e di ripercorrere le soluzioni adottate negli ultimi 25 anni. Più precisamente, l'obiettivo è ricostruire le relazioni che si generano all'interno di un triangolo con tre vertici:

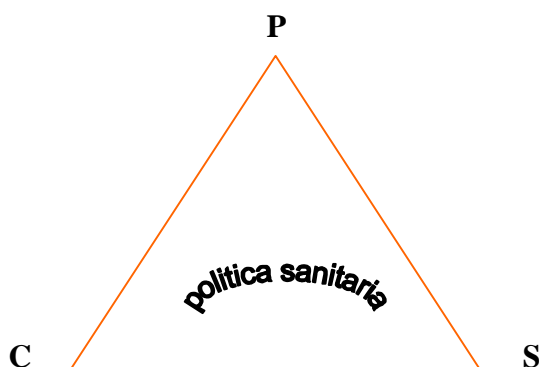
- il personale (P);
- le strutture (S);
- le attività di diagnosi e cura (C).

I problemi del personale (P)

La sanità funziona bene se il personale – e soprattutto il personale medico - è competente e motivato. Gli incentivi legati allo sviluppo delle carriere sono una leva importante per la selezione e la motivazione del personale.

Ma parlare di sviluppo delle risorse umane in sanità significa tenere conto di vincoli e risorse legati a:

- la disponibilità di posti, così come stabilita nelle dotazioni organiche
- i rapporti gerarchici esistenti nelle strutture addette alla cura
- i criteri di giudizio della comunità scientifica di riferimento, in larga parte ancorata alle facoltà di medicina
- le richieste dei sindacati dei medici e dei paramedici in sede nazionale e locale
- il ruolo esercitato dagli ordini professionali
- le caratteristiche del mercato dell'aggiornamento professionale



I problemi legati alla diagnosi e cura (C)

Il fine ultimo delle politiche sanitarie, l'effettivo criterio per la loro valutazione, è l'attività di diagnosi, di cura e di prevenzione, a salvaguardia della salute dei cittadini.

Ma i risultati (*outcomes*) dell'attività di cura risentono di molteplici fattori:

- i continui avanzamenti della medicina, con il progressivo spostamento della barriera dell'incurabile;
- la crescita della domanda, a causa dell'invecchiamento della popolazione;
- le modalità di finanziamento delle cure
- l'integrazione tra le diverse prospettive da cui può essere affrontata una patologia

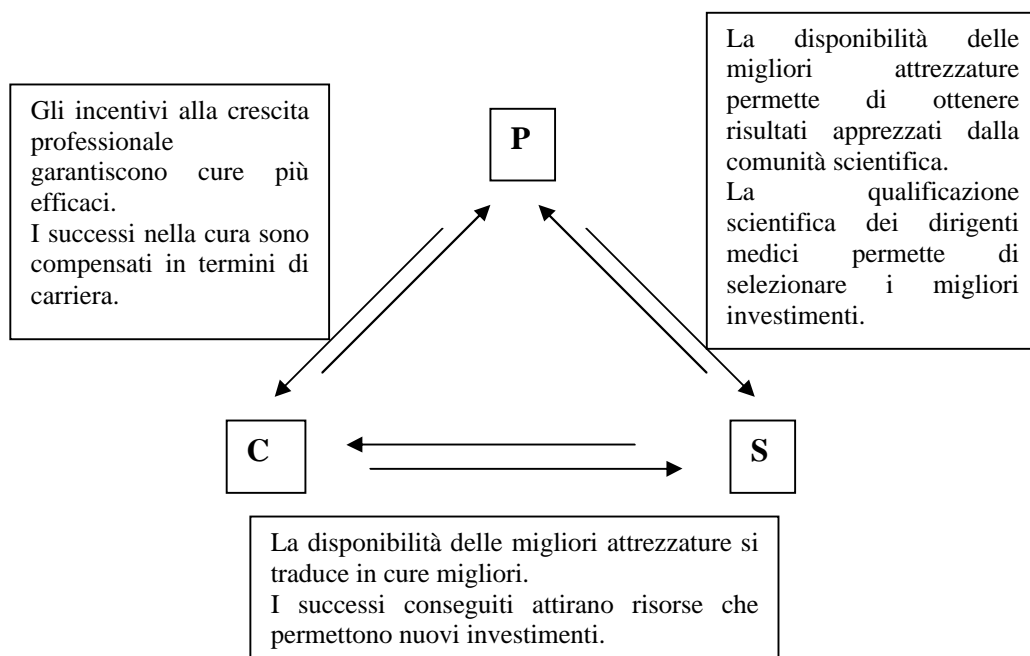
I problemi legati alle strutture (S)

La sanità funziona bene se le strutture edilizie, le apparecchiature, le dotazioni di servizio sono adeguate per quantità e qualità.

Ma parlare di infrastrutture in sanità significa fare i conti con:

- la lievitazione dei costi indotta dal progresso scientifico
- le caratteristiche del mercato per le attrezzature cliniche
- le valenze politiche di scelte quali la costruzione di un nuovo ospedale
- le ricadute sui sistemi economici locali delle politiche di ammodernamento

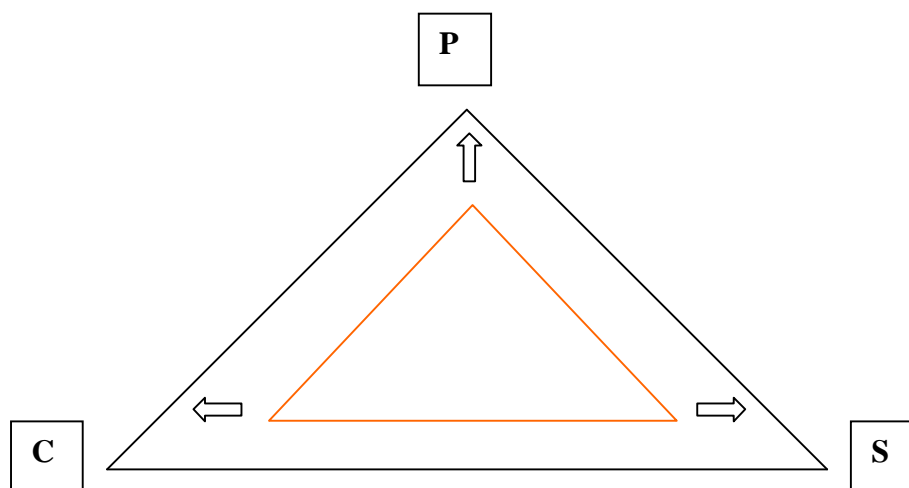
Nei casi di successo, il rapporto tra i diversi vertici del triangolo instaura un circolo virtuoso.



Quando si instaura il circolo virtuoso, il rapporto tra i costi e le prestazioni non si discosta da quello preferito dalla maggior parte dei cittadini, che sono insieme:

- i finanziatori del sistema, sia direttamente, con il pagamento delle cure in regime di mercato, sia indirettamente, con il prelievo fiscale a vantaggio dei regimi pubblici;
- i destinatari delle diagnosi, delle cure e dei servizi di prevenzione.

Purtroppo, i dati confermano quel che le teorie predicono: il consolidamento del circolo virtuoso è altamente improbabile, soprattutto per le spinte di alcune categorie di attori a dilatare le spese per il personale, per le strutture, per le cure, ben oltre le soglie che garantirebbero un buon rapporto tra costi e benefici.



Le ricerche in questo settore hanno evidenziato cinque tipi di pressioni.

1. Innanzi tutto, i medici, come ogni gruppo professionale altamente specializzato, possono usare l'enorme vantaggio informativo di cui godono per proporre tipi e livelli di prestazioni che massimizzano la loro utilità più che quella dei clienti-pazienti (cfr. teorie principale/agente).
 2. In assenza di efficaci vincoli, alla prima tendenza si somma la propensione dei dirigenti amministrativi a far coincidere il loro successo professionale con l'ammontare delle risorse che riescono a dirottare verso la loro struttura, indipendentemente dall'effettiva produttività dell'investimento effettuato.
 3. Data l'alta salienza politica dell'issue 'sanità', anche i politici hanno un chiaro interesse ad espandere l'*output* delle politiche sanitarie, almeno finché è possibile spostare i costi finanziari al di fuori del loro bacino elettorale
 4. Hanno un ovvio interesse all'espansione della spesa sanitaria le aziende che forniscono beni e servizi: prodotti farmaceutici, attrezzature, catering...
 5. Gli stessi cittadini sono vittime di una sorta di 'consumismo medico' che li porta a considerare la salute come funzione del consumo di servizi sanitari¹ (Wildavsky, 1977), salvo poi lamentare gli eccessivi costi sui conti pubblici, quando si trovano a sostenere il ruolo di contribuenti.
- Per molti versi, le politiche sanitarie degli ultimi decenni possono essere lette come un continuo tentativo di contrastare queste spinte espansionistiche, dando al triangolo della sanità regole e istituzioni capaci di portarlo a un equilibrio vicino al circolo virtuoso tra P, S, C.

Tre tipi di *governance*

Perché si parla di 'governance'

Si parla di *governance* per segnalare un dato: per far funzionare i processi decisionali non bastano le norme giuridiche che regolano gli organi statuari, ma occorrono reti informali capaci di garantire il consenso di quanti possono di fatto ostacolare la realizzazione delle politiche: "Il concetto di *governance* fa riferimento alla creazione di una struttura o di un ordine che non può essere imposto dall'esterno, ma è il risultato dell'interazione di una molteplicità di attori che si autogovernano, influenzandosi reciprocamente" (Stoker, 1998).

Negli ultimi 25 anni, l'area 'sanità' ha conosciuto profonde trasformazioni del suo impianto istituzionale e delle concrete pratiche di governo. In sintesi, sono distinguibili tre fasi, cui corrispondono tre diversi modelli di *governance*.

1. La *governance* politica

La filosofia

¹ Wildavsky chiama l'equiparazione tra salute e sanità "la grande equazione": diffusa, ma sbagliata: Per certi versi, anche il cambiamento del nome del ministero da 'sanità' a 'salute' è una concessione alla grande equazione.

Uno dei modi per riavvicinare le politiche sanitarie a quel ‘triangolo virtuoso’ che massimizza l’utilità del cittadino/elettore/contribuente/cliente consiste nel dare peso alle istituzioni rappresentative del territorio in cui è incardinato il servizio sanitario.

L’idea è che gli eletti dai cittadini siano i migliori giudici del rapporto tra costi e benefici sanitari. Infatti un aumento dei primi, non accompagnato da un corrispondente aumento dei secondi, genererebbe una rivolta fiscale dei contribuenti che metterebbe a repentaglio la loro rielezione.

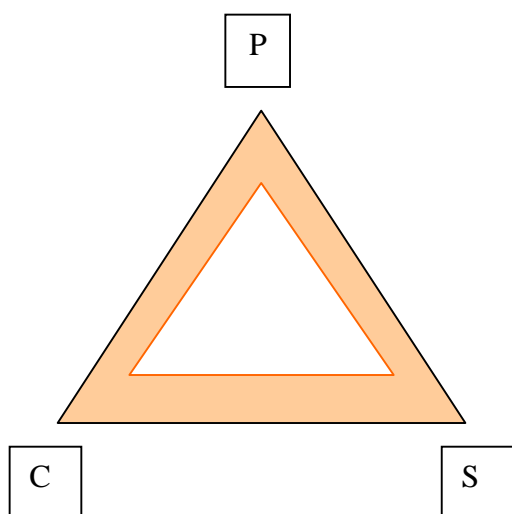
In ogni caso, solo le comunità locali, attraverso i loro rappresentanti, sono legittimate ad esprimere una valutazione informata, perché godono di quella conoscenza diretta del servizio acquisita *bottom-up*, sul campo, attraverso la vicinanza anche fisica con i centri erogatori.

Sussidiarietà, devoluzione, *empowerment* delle comunità locali sono le linee strategiche riconducibili a questa filosofia.

I risultati

Questi principi ispiratori hanno avuto un ruolo importante nella fase di avvio del servizio sanitario nazionale italiano, nel periodo compreso tra il 1978 (con la L. 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”) e il 1992 (con la L. 23 ottobre 1992, n. 421 “Delega al governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale”).

Come è noto, l’implementazione del principio della territorializzazione, con l’istituzione delle Unità Sanitarie Locali (USL), ha ampiamente disatteso le aspettative.



Più precisamente, il sistema di *governance*, incentrato sul ruolo del Comitato di gestione, eletto dalle assemblee comunali, ha provocato un’espansione della spesa sanitaria con una dilatazione inefficiente dei ruoli del personale, delle strutture, dei servizi (area scura della figura).

Come è noto, all’origine di questo risultato stanno due fattori:

- i politici possono aumentare il consenso elettorale non solo attraverso scelte che massimizzino l’utilità di tutti i cittadini elettori-contribuenti, ma anche assecondando interessi particolari: quelli ‘espansionistici’ del personale medico e paramedico e dei fornitori, quelli localistici dei consigli comunali e di gruppi di cittadini...

- il contenimento di queste spinte dipende in larga misura dai sistemi di finanziamento del servizio. Con la riforma degli anni ‘70, il meccanismo di ripartizione del Fondo Sanitario nazionale non dava alcun incentivo alle regioni e agli enti locali per contenere il budget entro limiti virtuosi

2. La governance manageriale

La filosofia

Per contrastare le spinte a una espansione inefficiente dei servizi sanitari e recidere i legami clientelari alimentati da un settore così vulnerabile alle pressioni politiche, alle dinamiche corporative, alle derive demagogiche, occorre rafforzare la catena principale-agente, seguendo le indicazioni del *new public management*.

Più precisamente, si tratta di agire su queste leve:

- separare la funzione di indirizzo e controllo, propria delle istituzioni politiche, da quella gestionale, propria delle professionalità manageriali
- rafforzare il rapporto fiduciario tra management e direzione politica
- rendere più corta e diretta la catena del comando, per rendere più trasparenti le responsabilità
- vincolare i dirigenti a un sistema di incentivi capace di premiare le scelte rispettose del criterio di economicità
- introdurre incentivi legati al raggiungimento degli obiettivi per tutto il personale
- introdurre il controllo di gestione e il controllo dei risultati

Aziendalizzazione, regionalizzazione, responsabilizzazione sono le linee guida riconducibili a questa filosofia.

I risultati

La svolta avviata con la ‘riforma bis’ del 1992-93 (D.lgs 502/92, D. lgs. 517/93) e proseguita con la ‘riforma ter’ del 1998-99 (L. 419/1998, 229/99) fissa tuttora le linee guida della sanità italiana. I suoi tratti distintivi, ben noti a chi ci legge, sono:

- centralità della figura del Direttore Generale, legato da un rapporto fiduciario alle giunte regionali.
- rilevanza dei dati di bilancio nella valutazione delle sue performance
- incentivi per il personale basati su obiettivi quantificabili
- standard e sistemi di misurazione della correttezza delle prestazioni fornite
- contrattualizzazione del rapporto tra le strutture che forniscono le cure e le strutture che ne acquistano i servizi (v. DRG- *Diagnosis Related Groups*)

Il bilancio della fase aperta con la ‘riforma ter’ non è ancora del tutto delineato e condiviso.

Qui riportiamo due tipi di critiche.

La prima, riconducibile alla tradizionale contrapposizione tra destra e sinistra, paventa una contrazione del servizio al di sotto del livello ottimale per la maggioranza dei cittadini.