



37

11.I risultati

Premessa: come intendere i risultati

Occorre innanzi tutto premettere che la possibilità di generalizzare i risultati attribuendo al campione intervenuto una qualche rappresentatività statistica rispetto all'intero gruppo sociale di riferimento (in questo caso, i medici lombardi) non rientra tra gli scopi dell'indagine qualitativa.

In secondo luogo, occorre ricordare che il valore del consenso raggiunto dal gruppo riguarda pur sempre una sola, ben delimitata componente del comparto sanitario, dato che erano abilitati a partecipare al forum solo dirigenti medici di primo e di secondo livello.

Come preciseremo nelle osservazioni finali, la forte convergenza delle visioni emerse riguarda la sfera delle rappresentazioni sociali di un gruppo molto ristretto. L'omogeneità del campione invitato può avere tra l'altro amplificato, riflettendo a specchio le posizioni emerse, la loro autoreferenzialità. Vi è traccia di questa tendenza nella difficoltà con cui i partecipanti sono passati dal piano della mera denuncia a quello della proposta.

Le idee emerse

Coerentemente con lo spirito della metodologia adottata, il resoconto che segue riproduce nella maniera più fedele possibile i temi emersi e le espressioni verbali con cui sono stati espressi.

L'insieme dei temi evidenziati dai post-it

I temi scritti sui post-it hanno riguardato:

- il rapporto tra C.d.S. e dipartimenti
- il vincolo del budget
- la mancanza di consultazione della componente medica da parte della Direzione generale
- il ruolo modesto ritagliato dai Pofa per i C.d.S.
- la pervasività del 'potere politico'

³⁷ Immagine tratta da "Multi-Agent Modeling, Social Networks and Participative Management", Cemagref, 2004
http://www.dar.csiro.au/css/Aug%20Workshop%2004/CSS%20Presentations/Nils@CSS_Coffs.ppt

- il carico burocratico
- la gestione delle risorse
- il rapporto con i pazienti
- la ridefinizione del ruolo professionale medico.

Nel corso del forum, questi temi sono stati raggruppati, concatenati, approfonditi e, in alcuni casi, accantonati.

Questo lavoro ha permesso di aggregare un consenso unanime intorno ai seguenti giudizi.

Il forte disagio

Il primo tema identificato dai partecipanti al forum riguarda la segnalazione di un forte disagio per il contesto organizzativo in cui operano i medici nelle aziende. A questo argomento è stato infatti dedicato il maggior numero di post-it, con formulazioni tra loro molto simili.

All'origine del disagio sono posti soprattutto due problemi:

- la crescente burocratizzazione dei ruoli clinici
- la mancanza di sedi di *voice* (Hirschman, 1970) nelle quali segnalare le difficoltà e instaurare un reale confronto.

Dei sette partecipanti, solo uno delinea un panorama meno fosco. Dopo un breve confronto, il gruppo identifica nella dimensione delle strutture di appartenenza la variabile in grado di spiegare il diverso grado di disagio/soddisfazione. Infatti tutti i partecipanti convengono sul fatto che le piccole strutture permettono ancora di tenere sotto controllo la deriva burocratica. Ma, poiché la dimensione non è una variabile sulla quale è possibile intervenire nel medio periodo, occorre compensare con adeguati strumenti di *governance* i problemi che si pongono nelle grandi organizzazioni.

La burocratizzazione

Gli adempimenti richiesti dalle direzioni generali costringono i medici a leggere e a produrre una serie impressionante di documenti (piani, certificazioni, stati di avanzamento..) che in realtà non incidono minimamente sulla qualità delle cure che i pazienti ricevono, ma si traducono in una montagna di pezzi di carta.

La mancanza di interlocutori credibili

Gli organismi di *governance* delle aziende sono costituiti da 'birilli', fatti alzare o fatti cadere a piacimento, in base alle preferenze del direttore generale di turno, a sua volta soggetto alle dinamiche politiche del momento.

Anche il direttore sanitario è una figura che non dà alcuna garanzia di competenza e di rappresentatività al personale medico.

Il collegio di direzione non è in grado di valorizzare e di capire i problemi delle altissime professionalità presenti nelle aziende.

Le regole del gioco sono finzioni

I vincoli di bilancio non sono chiari, perché si stringono o si allentano a seconda dei casi. Non si sa mai se le risorse sono virtuali o reali.

Le procedure per la determinazione negoziata del budget sono riti inutili, perché tutti sanno che le ripartizioni finali sono già state in larga misura prestabilite. Così metà di un tempo prezioso passa a fare cose finte.

Che cosa manca nella governance aziendale

C'è un livello di scelte-decisioni-responsabilità che non è correttamente colto e valorizzato dagli attuali meccanismi di *governance* e che riguarda il concreto esercizio della professione nelle scelte quotidiane nel confronto con il malato. L'esempio che viene portato riguarda la standardizzazione delle tecniche di rianimazione.

L'attuale filosofia gestionale non intercetta questa sfera di incertezze e di problemi, né potrebbe farlo, perché solo la pratica competente permette di rilevare queste tensioni.

Il ridisegno degli organi di governo delle aziende dovrebbe far emergere le figure più solide proprio rispetto al binomio 'competenza e pratica'.

La sanità è l'unico settore dove i tecnici non hanno alcuna sede per riunirsi e valutare i problemi professionali sulla base delle diverse specializzazioni ed esperienze. Né le organizzazioni sindacali, né gli ordini professionali possono supplire a questa esigenza.

Non solo i medici, ma tutte le componenti del comparto sentono molto fortemente il bisogno di sedi di confronto tecnico, di diffusione delle buone pratiche e di sostegno professionale, protette dall'ingombrante presenza di emissari della gerarchia politica.

Questa rivendicazione di autonomia non ha nulla a che vedere con lo spirito di casta, ma è assolutamente aperto a tutte le componenti del comparto sanitario. Del resto, è impensabile affrontare questo tipo di problemi escludendo il fondamentale contributo che può venire dal personale paramedico.

I consigli dei sanitari

Gli attuali consigli dei sanitari sono organismi inutili perché privi di responsabilità e di potere decisionale. Tutti gli organi delle aziende sono stati pensati come piani di una piramide in cui il flusso dell'influenza è solo dall'alto al basso. Spesso anche le candidature sono ispirate dalla direzione aziendale. In questo impianto, ogni convocazione assume la connotazione di un rito inutile, di una sostanziale perdita di tempo.

Dove occorre intervenire

Un primo problema di *governance* si pone a livello di dipartimento e, per le Asl, di dipartimento e di distretto.

La vera 'casa delle professionalità' è il dipartimento e, nelle ASL, il distretto. Ma le attuali strutture di *governance* dei dipartimenti sono molto carenti.

Il direttore di dipartimento spesso è consapevole di rappresentare solo se stesso.

L'attuale composizione del comitato di dipartimento è troppo ristretta e sclerotizzata e non permette la circolazione delle idee e il confronto con l'esperienza dei colleghi più giovani e del personale, spesso adibiti a compiti di prima linea, e pertanto portavoce di valutazioni preziose.

L'assemblea di dipartimento, a sua volta, è una sede di confronto inadeguata, perché troppo ampia e troppo infrequente.

Benché esista l'autonomia regolamentare, occorrerebbe dare indicazioni precise perché i regolamenti di dipartimento e di distretto allarghino il numero dei rappresentanti eletti nel comitato, sia tra i medici, sia tra le altre componenti del comparto e – forse – tra lo stesso personale amministrativo.

Condizioni per la riforma dei C.d.S.: la loro composizione

Se i dipartimenti e i distretti sono davvero le strutture cardine dell'organizzazione aziendale, allora la composizione dei C.d.S. deve essere basata sulla rappresentanza di secondo grado dei dipartimenti (e dei distretti). In altre parole, si tratta di costituire un 'Consiglio dei competenti', al quale tutti i dipartimenti, o i distretti, inviano il loro personale più preparato.

Gli eletti devono essere espressione dei dipartimenti e, per le ASL, dei distretti, secondo quote che tengano conto dell'ampiezza delle diverse strutture.

L'elezione deve essere comunque diretta, come avviene attualmente, e coinvolgere, sia per l'elettorato attivo sia per quello passivo, tutto il personale medico e paramedico.

L'autonomia dalle logiche politiche

I nuovi C.d.S. non dovrebbero avere partecipanti di diritto. Questo punto è stato ribadito con forza da tutti i partecipanti. Condizione perché il nuovo organismo assolva al suo ruolo di sede tecnica di confronto basato sulle competenze professionali è la netta distinzione di funzioni e l'indipendenza di giudizio rispetto al 'blocco dirigenziale strategico' che ha la sua propria leva di governo nel collegio di direzione.

Anche il direttore sanitario non dovrebbe fare parte di diritto dei nuovi C.d.S., perché espressione di un progetto strategico basato su altre logiche, di tipo top-down.

Quello di cui i medici avvertono con forza l'esigenza è una sede di confronto tecnico, scientifico, deontologico, al riparo da sospetti e da valutazioni di tipo politico.

I rischi della nuova composizione

A questo punto, l'avvocato del diavolo è intervenuto ponendo la seguente questione: con quote di rappresentanti assegnate ai diversi dipartimenti, non c'è il rischio che gli eletti si considerino legati da vincoli di mandato agli interessi delle loro strutture di appartenenza, con questo incentivando le logiche spartitorie e le dinamiche distributive che in passato hanno caratterizzato la gestione delle risorse?

La risposta unanime dei presenti è stata negativa. Tutti i presenti considerano ormai implicita nella formazione professionale sanitaria l'idea del rispetto per le esigenze delle altre specializzazioni. Se nel passato lo stesso addestramento universitario esaltava una visione unilaterale delle varie branche, oggi l'impostazione è molto diversa, perché basata sul riconoscimento della complementarietà e del coordinamento tra diverse specializzazioni. La grande maggioranza dei problemi che il nuovo C.d.S. dovrebbe affrontare avrebbe comunque un carattere trasversale.

I C.d.S. e la rappresentanza sindacale

L'avvocato del diavolo ha posto la seguente questione: quando sono stati istituiti, nei lontani anni '60, i C.d.S. sono stati progettati anche per fornire una sede di confronto trasversale tra le diverse componenti del comparto, attraverso rappresentanze almeno in parte espressione delle diverse

organizzazioni sindacali. Il radicamento della rappresentanza nella struttura dipartimentale eliminerebbe questo *imprinting* sindacale. Sarebbe un sacrificio doloroso, ad esempio per le organizzazioni sindacali aziendali?

La risposta unanime dei presenti è stata negativa, per due motivi.

- In primo luogo, rispetto agli anni '60-'70, oggi le organizzazioni sindacali hanno a livello aziendale un loro ruolo contrattuale ormai del tutto riconosciuto.
- In secondo luogo, l'elezione di rappresentanti di dipartimento di per sé non elimina la possibilità che nella selezione dei candidati e nelle indicazioni di voto si manifesti l'influenza delle organizzazioni sindacali attive nelle varie strutture. Anzi, soprattutto per il personale paramedico dei dipartimenti maggiori, queste dinamiche sono molto probabili.

Altre componenti

L'avvocato del diavolo ha chiesto se fosse auspicabile prevedere nei C.d.S. riformati una rappresentanza delle associazioni degli utenti. La risposta unanime è stata di teorico apprezzamento per la proposta: ma la situazione attuale consiglia il suo accantonamento, dato l'orientamento, la scarsa preparazione tecnica e il limitato radicamento delle associazioni degli utenti oggi in attività.

Un partecipante ha proposto la presenza di un membro del comitato etico. Dopo una breve discussione sui rapporti spesso difficili tra il comitato e i medici, si è convenuto che questa integrazione potrebbe essere utile solo quando sono sul tappeto temi con chiare implicazioni etiche o deontologiche.

La durata dei nuovi C.d.S.

La durata dei c.d.s. dovrebbe essere sfasata rispetto a quella della direzione strategica, in modo che l'arco temporale dei due mandati non coincida, per garantire la totale autonomia dell'organo dagli orientamenti determinati dagli avvicendamenti degli organi politici.

Le competenze

La funzione dei nuovi C.d.S. è costituire una sede di confronto interno alle diverse componenti del comparto sanitario per tutti quei temi che richiedono una convergenza tecnico-professionale tra le diverse strutture:

- apprendimento dalle esperienze degli altri, attraverso la valutazione e la diffusione delle migliori pratiche
- soluzione dei problemi di coordinamento tra strutture diverse
- ricorso al 'giudizio competente' per la soluzione di situazioni di crisi, di conflitti o di dilemmi sorti nella pratica medica
- promozione di standard elevati nella formazione clinica e nella verifica dei protocolli

Tutti questi problemi possono essere gestiti con grande competenza, correttezza e serenità all'interno del comparto, senza bisogno di direttive dall'alto.

Inoltre, i nuovi C.d.S. dovrebbero avere il potere di ‘interporre appello’ contro gli atti della Direzione generale che, dopo un’attenta e documentata valutazione, fossero considerati dal Consiglio in contrasto con principi della pratica clinica.

Le direzioni aziendali non dovrebbero temere una dialettica di questo tipo, perché dai medici non verranno mai atteggiamenti distruttivi o dilatori.

L’importante è che i C.d.S. siano messi nelle condizioni di fare proposte alternative, più efficienti e più efficaci, fermo rimanendo l’ammontare complessivo delle risorse.

La verifica delle risorse effettivamente disponibili

Proprio in considerazione dei poteri richiesti al punto precedente, esiste l’esigenza di colmare il forte deficit di trasparenza, di garanzia, di informazione e controllo della documentazione, anche finanziaria, che oggi sta alla base delle decisioni della direzione strategica. Il consiglio dovrebbe avere accesso ai dati e dovrebbe essere messo nelle condizioni di proporre un’utilizzazione alternativa delle risorse, fermi rimanendo i vincoli complessivi.

C’è un enorme disagio dovuto al fatto che i vincoli di bilancio talvolta vanno a cozzare contro gli imperativi deontologici e gli standard clinici della professione medica. Il concetto di ‘allocazione efficiente delle risorse’ può essere molto diverso per chi deve occuparsi di pratiche amministrative o per chi deve seguire malati oncologici. Il problema è che l’attuale assetto dà voce e influenza solo ai primi.

La consapevolezza dei vincoli

La conduttrice è intervenuta per sottolineare un problema: i costi dei sistemi sanitari stanno esplodendo in tutte le società avanzate. Il conflitto tra i vincoli di bilancio e l’imperativo deontologico della professione medica, che ha alla base l’illimitata disponibilità a prendersi cura dei malati, è un dato ineludibile. Il richiamo alla limitatezza delle risorse, di cui le direzioni strategiche si fanno carico, non è solo un problema contabile, ma è anche un fatto di responsabilità sociale.

La risposta, unanime, ha sottolineato con forza che questo dato è stato ormai interiorizzato dalla professione medica. Non sono più i tempi degli sprechi e dell’utilizzazione inefficiente delle risorse. Tutti i medici con qualche responsabilità gestionale hanno chiarissimo il problema della limitatezza delle risorse. Ma c’è un’area di confine tra responsabilità cliniche e responsabilità amministrative che riguarda:

- la certezza delle risorse disponibili
- l’individuazione delle priorità nel loro utilizzo.

Queste due esigenze *non* hanno a che fare con il volume della spesa, *non* comportano richieste espansionistiche, ma hanno a che fare con le strategie per renderla più efficace.

La pubblicità per le attività del C.d.S.

La conduttrice ha posto la seguente questione: pensate che l’uso delle risorse dell’ICT per diffondere le informazioni sull’attività di questi organismi, anche attraverso *mailing list* e l’attivazione di forum, potrebbe rafforzare l’influenza del nuovo organismo?

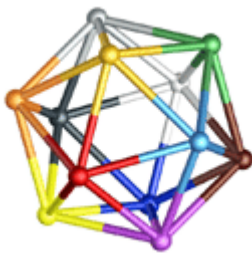
La risposta unanime è stata: senza poteri reali, le reti virtuali incidono poco. Oggi l’attività dei C.d.S. è poco conosciuta perché i poteri di questi organismi sono solo simbolici. Se la riforma

creasse le condizioni istituzionali per dare autorevolezza e reali funzioni ai C.d.S., le risorse dell'ICT potrebbero valorizzare il loro ruolo. Ma prima deve venire la sostanza, poi le strategie comunicative.

La chiusura del forum

La visualizzazione della mappa dei temi

La metodologia adottata prevede il ricorso a strumenti per dare una visualizzazione concreta dei rapporti che intercorrono tra i temi trattati. La *Team Syntegrity*, ad esempio, utilizza poliedri regolari per descrivere le relazioni di contiguità e le interdipendenze tra i vari temi toccati



(immagine tratta da <http://www.syntegritygroup.com>)

Nel nostro caso, si è ricorsi a una visualizzazione più semplice e intuitiva, che prevedeva

- un 'basamento' costituito dalla profonda insoddisfazione per gli attuali assetti della governance aziendale
- una serie di rami, per rappresentare le diverse proposte emerse nella discussione
- una 'cappa', costituita dalla pervasività del potere che attualmente emana 'top-down' dalle direzioni strategiche. Senza una modificazione della cappa, i rami hanno limitate prospettive di sviluppo.



La valutazione dell'esperimento

Alla fine, è stata chiesta ai partecipanti una breve valutazione dell'esperimento effettuato e della metodologia seguita. I commenti sono stati molto incoraggianti. Tutti i presenti hanno convenuto sulla maggiore efficacia, precisione e soddisfazione del forum rispetto a metodi più tradizionali, quali l'intervista in profondità o il questionario. Tutti hanno considerato l'interazione come una

risorsa fondamentale, perché nella discussione è stato possibile non solo verificare le proprie idee, ma anche modificarle e approfondirle.

Alcuni partecipanti hanno chiesto precisazioni e informazioni bibliografiche circa il metodo adottato, nella prospettiva della sua utilizzazione anche in alcuni processi decisionali interni alla loro struttura.

12. Conclusioni

Conclusioni di merito

Il significato dei risultati

Come è stato più volte precisato, il valore dei risultati conseguiti con metodi d'indagine qualitativi non riguarda la loro automatica generalizzabilità, ma riguarda la migliore articolazione dei diversi aspetti impliciti nei problemi e la più chiara definizione degli argomenti a cui i partecipanti fanno ricorso per giustificare le loro posizioni.

La ricerca qualitativa ha dimostrato che i partecipanti erano in grado di ricorrere prontamente a una rappresentazione sociale della professione medica fortemente coesa e condivisa. Come precisa Moscovici, le rappresentazioni sociali sono 'sistemi di valori, idee e pratiche che stabiliscono un ordine consensuale tra i fenomeni' e che 'permettono l'instaurarsi della comunicazione tra i membri di una comunità, fornendo ad essi un codice per lo scambio sociale' (Moscovici, 1973, p. xiii; v. anche Abric, 1994).

Alla base della rappresentazione sociale del proprio ruolo emersa tra i partecipanti sta un profondo senso di insoddisfazione.

Questo dato è ben lungi dall'essere una peculiarità dei medici lombardi o italiani. Come dimostra un'ampia serie di ricerche, soprattutto di tipo qualitativo, la svolta manageriale avviata negli anni '90 regolarmente genera tra i medici disagi analoghi: "Abbiamo trovato notevole frustrazione e cinismo nei confronti dei piani di riforma del governo, data la loro interferenza con il livello locale dei servizi; viene riconosciuta una differenza tra le concrete pratiche delle autorità sanitarie e ciò che essi pensano il governo richieda loro; spesso, vengono fatti solo sforzi molto piccoli per cercare di adeguarsi ai nuovi obiettivi gestionali stabiliti dalle autorità" (McDonald, 2002; v. anche Greener e Powell, 2003; Braithwaite e Westbrook 2005).

Questi dati hanno indotto alcuni autori a rivedere le previsioni circa l'impatto delle nuove strategie manageriali sanitarie sulla professione medica. L'effetto principale non consisterebbe tanto in una ristrutturazione della categoria, con lo sviluppo di profili in grado di coniugare le competenze cliniche con quelle gestionali (Charlton 2000; Mahmood 2001; Harrison 1999), quanto nella tendenza verso la burocratizzazione dei ruoli medici (Checkland, 2004). In questo contesto, i dirigenti medici tenderebbero ad adottare strategie di adattamento e di sopravvivenza non dissimili da quelle seguite dai funzionari delle amministrazioni pubbliche a diretto contatto con gli utenti (Lipsky, 1984).

La delegittimazione delle iniziative adottate dalla direzione strategica, considerate dai partecipanti al forum quali meri riti, convenzioni, scartoffie, è un chiaro sintomo di questa tendenza.

I rischi connessi alla burocratizzazione hanno a che fare soprattutto con l'allentamento dei vincoli di tipo verticale con 'i superiori'. Più questi ultimi sono risucchiati verso un tipo di ruoli e di

legittimazione meramente politici, più si allenta il senso della lealtà basata sul prestigio e sull'autorevolezza professionale (Hoff, 2001).

Quando questa tendenza non è contrastata da iniziative volte a valorizzare la specificità della professione clinica, la stessa possibilità di adottare incisive misure di riqualificazione della pratica medica viene compromessa. Infatti i medici tendono a leggere anche questi interventi come ulteriori forme di pressione per la standardizzazione e il controllo burocratico del loro operato.

La retorica dell' 'incondizionato servizio al paziente' finisce con il fornire la giustificazione deontologica a strategie opportunistiche di adattamento e di vanificazione delle direttive ricevute dall'alto: "Uno studio circa il modo con il quale i medici generalisti del Servizio Britannico per le cure primarie hanno cambiato il loro comportamento clinico mostra che l'enfasi sull'approccio 'centrato sul paziente' giustifica un'autonomia individualistica che sembra in contrasto con la logica della medicina basata sull'evidenza. Emerge dunque una tensione tra la difesa dell'autonomia della professione come valore collettivo da affermare attraverso la promozione della 'razionalità terapeutica' e il mantenimento dell'autonomia del singolo professionista attraverso la retorica della centralità del paziente' (Armstrong, 2002, p. 1775).

In altre parole, tutto l'impianto della riqualificazione attraverso la medicina basata sull'evidenza e attraverso il confronto con le migliori pratiche certificate dalla professione rischia di venire gravemente compromesso.

La difficoltà della situazione attuale può essere rappresentata come l'arduo problema di trovare un praticabile punto di *tradeoff* tra l'irrinunciabile imperativo del contenimento dei costi e della razionalizzazione delle scelte cliniche e l'altrettanto importante esigenza di contrastare la burocratizzazione della professione medica.

Una via di uscita può essere dischiusa da una strategia che si basi sul riconoscimento del diritto dei medici ad avere sedi istituzionalizzate di confronto e di approfondimento dei problemi connessi all'esercizio della professione, in un contesto libero da valutazioni e da controlli, anche indiretti, di tipo gerarchico o politico. Alcune delle indicazioni fornite dal management partecipativo, quali i Circoli di qualità³⁸ e le Comunità di pratiche (Wenger, 1998) possono tornare utili per approfondire le funzioni e le regole di simili sedi.

³⁸ per un approfondimento, v. <http://www2.fhs.usyd.edu.au/arow/o/m01/glossary.htm>



Un forum di questo tipo sembra indispensabile non solo per garantire ai medici la possibilità di approfondire *bottom up* le loro autonome valutazioni, ma anche per fornire alla direzione strategica un interlocutore istituzionale che abbia qualche probabilità di riuscire nell'impresa di suscitare l'impegno dei medici nella valutazione, la correzione e l'implementazione delle politiche di riqualificazione della pratica clinica, salvandole dal rischio del loro declassamento ad ennesima, assurda pretesa amministrativa.

Conclusioni di metodo

La definizione dell'esatto profilo da dare a un forum sanitario capace di contemperare l'esigenza di una gestione razionale delle risorse con la valorizzazione delle professionalità sanitarie non è compito facile. Per coinvolgere in questa messa a punto lo stesso personale sanitario, si potrebbero utilizzare gli strumenti del management deliberativo anche per avviare una larga consultazione circa la sua struttura: composizione, compiti, risorse conoscitive, sostegno amministrativo..

In altre parole, i risultati emersi dalla ricerca potrebbero rappresentare la base per una più ampia verifica, da attuare con i metodi dell'indagine partecipativa.

Tra i vari strumenti utilizzabili per realizzare un tale progetto, citiamo, a puro titolo esemplificativo:

- la replica dell'esperimento a livello della singola azienda, con l'allargamento del forum alle altre componenti del comparto sanitario
- la predisposizione di una bozza di statuto, da sottoporre a consultazione deliberativa, con l'elencazione delle varie alternative compatibili con l'attuale quadro normativo nazionale, e con un breve riassunto dei pro e dei contro dal punto di vista della *governance* aziendale
- il ricorso agli strumenti dell'*e-democracy*, ad esempio avviando forum *online* per l'approfondimento del progetto.

Le ricerche consultate dimostrano che – in un contesto realmente partecipativo – le varie componenti di un’organizzazione complessa riescono a farsi carico dei problemi di *accountability* sociale e di efficienza aziendale. Il settore sanitario, per il forte *imprinting* che ‘la vocazione’ comunque esercita nelle mappe cognitive dei suoi operatori, è probabilmente tra i meglio attrezzati a sperimentare nuovi strumenti di gestione e di valorizzazione delle sue risorse umane (Health Canada, 1996).

Bibliografia

- Abramson, J. (1994), *We, the Jury: The Jury System and the Ideal of Democracy*. New York: Basic Books
- Abric, J. C. (1994), *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France
- Achard, P. O., Castello, V., Profili, S. (2004), *Il coordinatore clinico aziendale: meccanismo di governance o freno all'azionalizzazione?*, in "Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale", 3-4.
- Argyris, C., e Schon, D. A. (1996), *Organisational learning II: Theory, method, and practice*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley
- Armstrong, D. (2002), *Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors' behaviour*. in "Social Science and Medicine", 55, 1771-7
- ASSR (1997), *Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale*, in "Progettare per la Sanità", n. 37, pp. 50-64.
- Barbour, R. S. (1998). *Mixing qualitative methods: quality assurance or qualitative quagmire?* in "Qualitative Health Research", 8(3), 352-361
- Beer, S. (1994), *Beyond Dispute: The Invention of Team Syntegrity*. New York: John Wiley & Sons
- Berg, M., Horstman, K., Plass S. e van Heusden, M. (2000), *Guidelines, professionals and the production of objectivity: standardisation and the professionalism of insurance medicine*, in "Sociology of Health and Illness", 22(2), 765-91
- Bergamaschi, M. e Cantù, E. (2000), *Sviluppo del modello organizzativo dipartimentale nelle strutture ospedaliere*, in Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (a cura di), *Rapporto OASI 2000*, EGEA, Milano, 247-277.
- Bergamaschi, M. e Lega, F. (2000), *L'organizzazione delle strutture ospedaliere: il dipartimento*, in Bergamaschi, M. (a cura di), *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, Milano: McGraw-Hill, 195-229.
- Bobbio, L., (a cura di) (2004), *A più voci*, Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane³⁹
- Bonichi, R. (1996), *Ruoli e compiti nella organizzazione dipartimentale*, in Gaia, E. e Poncini, D. (a cura di), *Il dipartimento ospedaliero*, Torino: Minerva Medica, 33-44.
- Braithwaite, J. e Westbrook, M. (2005), *Rethinking clinical organisational structures: an attitude survey of doctors, nurses and allied health staff in clinical directorates*. in "Journal of Health Services Research and Policy", 10(1), 10-17

³⁹ Il volume può essere scaricato liberamente dal sito http://www.cantieripa.it/allegati/A_pi%F9_voci.pdf

- British Medical Association et al (2001), *Patient empowerment and public participation*, London.
- Campana, C. (1986), *L'organizzazione interna dell'ospedale: dipartimenti e servizi sanitari*, in "L'ospedale", 1-2, 3-13.
- Capranico, S. (1997), *Role playing, manuale ad uso di formatori ed insegnanti*. Milano: Raffaello Cortina
- Casati, G. (2000) (a cura di), *La programmazione e il controllo nelle aziende sanitarie*, Milano: McGraw-Hill
- Charlton, B. (2000), *The new management of scientific knowledge in medicine: a change of direction with profound implications*. in Miles, A., Hampton, J.R. and Hurwitz, B. (eds), *NICE, CHI and the NHS Reforms: Enabling Excellence or Imposing Control?* London: Aesculapius Medical Press
- Charns, M.P., e Tewksbury L.J.S. (1993), *Collaborative Management in Health Care, Implementing the Integrative Organization*, San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Checkland, K. (2004), *National Service Frameworks and UK general practitioners: street-level bureaucrats at work?*. in "Sociology of Health & Illness", 26(7), 951-975
- Chiu, L. F. (2003), *Transformational Potential of Focus Group Practice in Participatory Action Research*. in "Action Research" 1, 165-183
- Coburn, D. e Rappolt, S. (1997), *Decline vs. retention of medical power through restratification: an examination of the Ontario case*, in "Sociology of Health and Illness", 19(1), 1-22.
- Cohen, J., e Rogers, J. (2003), *Power and Reason* in Fung, A. e Wright, E. O. (eds). *Deepening Democracy: Experiments in Empowered Participatory Governance*. London: Verso Press, 237-55
- Coleman A. J e Glendinning C. (2004), *Local authority scrutiny of health: making the views of the community count?* in "Health Expectations", 7, n. 1, pp. 29-39.
- Crosby, N. (1995). *Citizen Juries: One Solution for Difficult Environmental Questions*. in Renn, O., et al. *Fairness and Competence in Citizen Participation*. Boston: Kluwer Academic. 157-174
- Davies, C. (2001), *Lay Involvement in Professional Regulation: A Study of Public Appointment-holders in the Health Field*, Milton Keynes: The Open University
- Davis, E.M. e Lansbury, R.D. (1996), *Managing Together: Consultation and Participation in the Workplace*. Melbourne: Longmans
- Del Vecchio, M. (2000), *Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche*, in Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (a cura di), *Rapporto OASI 2000*, op. cit., 210-245.

- Denzin, N.K. e Lincoln, Y.S. (eds.) (1994), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage
- Eden, C., e Spender, J. C. (eds.) (1998), *Managerial and Organizational Cognition*, London: Sage
- Elster, J. (1986), *The Market and the Forum*, in Elster, J., e Hylland, A. (eds.) *Foundations of Social Choice Theory*, Cambridge: Cambridge University Press
- Ericson, T. (2001). *Sensemaking in organisations, towards a conceptual framework for understanding strategic change*. in “Scandinavian Journal of Management” (17), 109-131
- Fishkin, J. (1991), *Democracy and Deliberation: New Directions for Democratic Reform*. New Haven, Conn.: Yale University Press
- Fishkin, J. (1995), *The Voice of the People: Public Opinion and Democracy*. New Haven, Conn.: Yale University Press
- Freeman, T., Morse, J. M., e Field, P. A. (1996), *Nursing research, the application of qualitative approaches*. Cheltenham: Stanley Thornes. (2nd ed.)
- Fridlund, B., e Hildingh, C. (2000). *Qualitative research methods in the service of health*. Lund: Studentlitteratur
- Gastil, J. (2000), *By Popular Demand: Revitalizing Representative Democracy Through Deliberative Elections*. Berkeley, CA: University of California Press
- Greener I., Powell J. (2003), *Health Authorities, Priority-setting and Resource Allocation: A Study in Decision-making in New Labour's NHS*, in “Social Policy and Administration”, 37(1), 35-48
- Grundy, A. L., Pollon, D. E., e McGinn, M. K. (2003), *The participant as transcriptionist: Methodological advantages of a collaborative and inclusive research practice*. in “International Journal of Qualitative Methods”, 2 (2)
- Harrison, S. (1999), *Clinical autonomy and health policy*. in Exworthy, M. e Halford, S. (eds), *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Buckingham: Open University Press
- Harrison, S. e Dowswell, G. (2002), *Autonomy and bureaucratic accountability in primary care: what English general practitioners say*, in “Sociology of Health and Illness”, 24(2)
- Health Canada (1996), *Guide to Project Evaluation: A participatory approach*. Ottawa, ON: Population Health Directorate, Health Canada
- Heron, J. (1996), *Co-operative Inquiry: Research into the human condition*. London: Sage
- Hirschman A. O. (1970), *Exit, Voice and Loyalty*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press. Trad. it.: *Lealtà, defezione, protesta*, Milano: Bompiani, 1982.

- Hoff, T.J. (2001), *The physician as worker: what it means and why now?* in "Health Care Management Review", 26, 53–70
- Hughes, I. (2001), *Glossary*, <http://www2.fhs.usyd.edu.au/arow/o/m01/glossary.htm>
- Hunter D. (1979), *Coping with uncertainty: decisions and resources within health authorities*, in "Sociology of Health and Illness", 1, n. 1, 40-68.
- Ihara, L. Jr., (2003), *Opportunity for State Legislatures*, in "Connections" by Kettering Foundation http://www.publicpolicycenter.hawaii.edu/images/PDF/Sen_Ihara.pdf
- Isaacs, W. (1999). *Dialogue and the Art of Thinking Together*. Doubleday: New York.
- Jones, K., Baggott, R. e Allsop, J. (2004), *Influencing the national policy process: the role of health consumer groups*, in "Health Expectations", 7(1)
- Joss, S. e Durant, J. (1994). *Consensus Conferences*. London: National Museum of Science and Industry with the support of the European Commission Directorate General XII
- Lega, F. (1999), *Dalle strutture alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero*, in "Mecosan", 30, 9-24.
- Light, D. (2000), *The medical profession and organisational change: from professional dominance to countervailing power*, in Bird, C., Conrad, P. e Fremont, A. (eds.), *Handbook of Medical Sociology*, 5 ed., Prentice Hall, 201-16.
- Lipsky, M. (1980), *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York: Russell Sage Foundation
- Mahmood, K. (2001), *Clinical governance and professional restratification in general practice*, in "Journal of Management in Medicine", 15, 242–52
- Mannion R. e Goddard M. (2003), *Public disclosure of comparative clinical performance data: lessons from the Scottish experience*, in "Journal of Evaluation in Clinical Practice", 9(2), 277-286.
- McDonald, R. (2002), *Street-level bureaucrats? Heart disease, health economics and policy in a primary care group*. in "Health & Social Care in the Community" 10(3), 129 -35
- Miles, M. B. e Huberman, M. A. (1994), *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks: Sage
- Milewa, T., Valentine, J. e Calnan, M. (1999), *Community participation and citizenship in British health care planning: narratives of power and involvement in the changing welfare state*, in "Sociology of Health and Illness", 21(4), 445-65
- Morgan, D. L. (1997), *Focus Group as Qualitative Research*. London: Sage 2 ed.
- Morse, J. M. (2002). *Qualitative Health Research: Challenges for the 21st Century*. in "Qualitative Health Research", 12(1), 116-129

- Moscovici, S. (1973), *Foreword*, In Herzlich, C. (ed.), *Health and illness: a social psychological analysis*, London: Academic Press.
- Moser, C. A. e Kalton, G. (1985), *Survey Method in Social Investigation*. Gower: Aldershot. (2nd ed.)
- NHS Executive (1998), *A first class service*, , London: Department of Health
- Park, P. (2001), *Knowledge and Participatory Research*. in Reason, P. and H. Bradbury (eds.) *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*. London: Sage
- Pimbert, M., e Wakeford, T., (2001), *Overview: Deliberative Democracy and Citizen Empowerment*, in “PLA Notes”, 40, http://www.iied.org/docs/pla/pla_fs_5.pdf.
- Pollitt C, Birchall J, Putman, K. (1998), *Decentralizing Public Service Management*. London: Macmillan
- Reason, P. (1998), *Three Approaches to Participative Enquiry*. in Denzin, N.K. (ed.) *Strategies of Qualitative Inquiry*. London: Sage
- Reason, P. e Bradbury, H. (eds.) (2001), *Handbook of action research. Participative inquiry and practice*. London: Sage⁴⁰
- Rogers A. e Mead N. (2004), *More than technology and access: primary care patients' views on the use and non-use of health information in the Internet age*, in “Health & Social Care in the Community”, 12(2) 102-110.
- Sabel C. F. (2001), *A Quiet Revolution of Democratic Governance: Towards Democratic Experimentalism*, OECD, <http://www.oecd.org/dataoecd/15/0/17394484.pdf>
- Schön, D.A., e Rein M. (1994), *Frame Reflection: Toward the Resolution of Intractable Policy Controversies*, New York: Basic Books
- Senge, P. et al. (2000), *Schools That Learn*. London: Nicholas Brealey
- Senge, P. M. (1990), *The Fifth Discipline. The art and practice of the learning organization*. London: Random House
- Shaw I. (2003), *Qualitative research and outcomes in health, social work and education*. in “Qualitative Research” 3(1), 57-77
- Spinsanti S. (1997), *Il buon ospedale: modelli di qualità in prospettiva storica*, in “Quaderni di Mecosan”, 106-110.
- Spradley, J. P. (1997), *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston
- Tanese A. (2000), *L'efficacia del cambiamento organizzativo*, in Bergamaschi M. (a cura di), *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, op. cit., 59-83.

⁴⁰ v. introduzione su <http://www.bath.ac.uk/~mnspwr/Papers/HandbookIntroduction.htm>

- Taylor, S. J., e Bogdan, R. (1984). *Introduction to Qualitative Research Methods, the search for meanings*. New York: John Wiley & Sons (2nd edition).
- Wenger, E. (1998), *Communities of Practice. Learning, meaning and indentity*. Cambridge, Mass.: Cambridge University Press
- Wiener, C. L. (2004), *Holding American hospitals accountable: rhetoric and reality*, in “Nursing Inquiry”, 11(2)
- Wildavsky, A. (1977), *The political pathology of health policy*, in Knowles J.H. (ed.), *Doing better and Feeling Worse*, New York: W.W. Norton. 105-123
- Willcocks, S. G. (2004), *Clinician managers and cultural context: comparisons between secondary and primary care*, in “Health Services Management Research”, 17(1) 36-46.
- Yin, R.K. (2003), *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks: Sage

PARTE V.

Appendici

Appendice 1.

Evoluzione della normativa a livello nazionale e regionale: tavola sinottica ⁴¹

La vicenda nazionale	La vicenda regionale
1968 La legge 132/1968 (art. 139 attribuisce al Direttore Sanitario degli enti ospedalieri la presidenza di un organo di consulenza tecnica del Consiglio di Amministrazione, composto da: - i primari, che ne fanno parte di diritto - una rappresentanza di aiuti e assistenti (eletti in proporzione di 2/5 rispetto al numero totale dei componenti); - il direttore di farmacia dell'ospedale. L'art. 14 precisa che il Consiglio dei sanitari esprime parere su: - l'acquisto di attrezzature - il regolamento del personale e la pianta organica - l'organizzazione dei servizi sanitari e dei reparti. I poteri consultivi dell'organo potevano avere un qualche peso nelle decisioni riguardanti l'assegnazione delle risorse tra i vari reparti.	
1978 Il c.d.s. sopravvive all'interno degli ospedali anche alla riforma istitutiva delle Usl del 1978. Negli enti ospedalieri da cui dipendevano due o più ospedali era istituito il Consiglio sanitario centrale composto, oltre che dai primari, aiuti ed assistenti, anche dai direttori sanitari di ciascun ospedale. Il consiglio dei sanitari e il consiglio sanitario centrale duravano in carica cinque anni. (art. 13, L. 833/1978). All'interno del consiglio dei sanitari centrale si verificano spesso scontri legati alla distribuzione delle risorse. I conflitti sono frequenti quando sono in gioco i rapporti tra ospedali e università.	
1992 La riforma bis Il decreto legislativo del 30 dicembre 1992 n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria", all'articolo 2 e 4 individua i principi della nuova organizzazione per le aziende sanitarie e ospedaliere ed introduce il Consiglio dei sanitari (CdS). L'art. 3, comma 12 fissa i due tratti caratterizzanti dell'organo: la sua natura elettiva e le sue funzioni consultive. I suoi pareri hanno infatti carattere obbligatorio non vincolante La norma disciplina la composizione dell'organo individuando le figure professionali che ne fanno parte. La componente medica è maggioritaria, accanto alle rappresentanze del personale infermieristico e del personale tecnico. Per le aziende ospedaliere è prevista anche la partecipazione dei responsabili di dipartimento. Il d.lgs demanda alle regioni il compito di disciplinare il numero dei componenti, le modalità di elezione e il funzionamento del CdS.	

⁴¹ Elabotata sulla base dei dati raccolti dai dottori Chiara Piccolo, Vito Rallo, Antonella Scianò (Ufficio di assistenza alle commissioni per la documentazione, la fattibilità e il monitoraggio legislativo), Michela Rocca (Università degli Studi di Milano).

La vicenda nazionale	La vicenda regionale
L'art. 15, comma 3 stabilisce che il CdS concorra alla costituzione della commissione prevista per il conferimento degli incarichi di dirigente di 2° livello (corrispondente all'ex primario) nell'organico delle aziende sanitarie. La commissione e' composta dal direttore sanitario e da due esperti, di cui uno designato dalla regione, e uno designato, appunto, dal CdS.	
1997 La Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario 'con particolare riguardo alla verifica delle responsabilità gestionali e sullo stato di aziendalizzazione' nella relazione finale sottolinea l'esigenza di sottoporre a verifica il ruolo effettivamente svolto dal Consiglio dei sanitari	
	1997 La Regione Lombardia approva la Legge Regionale 11 Luglio 1997, N. 31, "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali". La legge ridisegna l'assetto del sistema sanitario regionale e disciplinava la natura e gli organi delle aziende sanitarie. E' prevista l'adozione da parte di ogni azienda del piano di organizzazione aziendale, da redigere sulla base di linee guida elaborate dalla Giunta Regionale. In sede di approvazione della legge, viene avanzata la proposta di inserire una estesa regolazione dell'attività dei CdS. Ma poi prevale l'idea di rinviare a un successivo provvedimento questa materia. Così l'art. 10, comma 7, si limita a ripetere quanto disposto dal d.lgs 502/1992: il consiglio dei sanitari e' organismo elettivo dell'Azienda, con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria nei confronti del direttore generale, ed e' presieduto dal direttore sanitario o da un suo delegato
	1997-8 La Regione Lombardia approva la Legge Regionale 30 gennaio 1998, n. 2 "Istituzione, composizione e funzionamento del consiglio dei sanitari" L'iter era iniziato il 18 dicembre 1996 per il progetto di iniziativa consiliare, e l' 8 gennaio 1997 per quello di iniziativa della Giunta. In sede di discussione in Consiglio, i due progetti vengono accorpati. Nella relazione che accompagna il Pdl del Consiglio si sottolinea la necessità di stralciare la disciplina per l'istituzione e il funzionamento del CdS dal processo di revisione complessiva del sistema sanitario lombardo, all'epoca in fase di ridefinizione, in modo da permettere l'espletamento delle procedure per la nomina dei dirigenti di secondo livello nelle Asl e Ao (v. art. 15 d.lgs 502/92). La legge è approvata il 23/12/1997 senza sollevare grandi dibattiti o opposizioni. I soli voti contrari sono espressi dalla Lega Nord, che contesta il "metodo dilatorio con il quale si affronta da parte della maggioranza la riforma del sistema sanitario". All'art. 15 è inserita una clausola d'urgenza, per cui la legge risulta in vigore a partire dal 3/02/1998. In base all' art. 16 il termine per indire le prime elezioni dei CdS è fissato entro 25 giorni dall'entrata in vigore della legge (cioè entro il 28/02/1998)
	1998

La vicenda nazionale		La vicenda regionale
	Con la d.g.r. VI/34726 del 20.2.1998 sono definite le linee guida per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie locali e di quelle ospedaliere.	
1998	La riforma ter La legge di delega n. 419/1998 per il riordino del settore precisa che tra i punti qualificanti del nuovo assetto occorre prevedere un rafforzamento dei poteri del Consiglio dei sanitari, per aumentare la partecipazione della componente professionale alle attività di programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie (art 2, Principi e criteri direttivi di delega, lettera ee) Ma l'attenzione dei medici è concentrata sull'obbligo di scelta fra il rapporto esclusivo con il SSN e la libera professione. L'ANAAO chiede di superare le funzioni esclusivamente consultive dei consigli dei sanitari, riconoscendo ai medici "autorità decisionale in materia di gestione delle risorse, attraverso la istituzione di un Consiglio di direzione aziendale con funzione di centro gestionale dell'azienda, che affianchi l'unico decisore, il Direttore Generale".	
1999	D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419" Complessivamente, il d.lgs comporta un netto ridimensionamento della rilevanza dei CdS, anche se formalmente ne modifica solo marginalmente le funzioni. Innanzitutto, è istituito il Collegio di direzione, composto dai direttori Sanitario e Amministrativo, dai direttori di distretto, di dipartimento e di presidio. Il compito di definire l'organizzazione dell'organismo è lasciato a fonti normative regionali. Il Collegio ha competenza concorrente con il CdS in tema di programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie (nel testo viene addirittura usata la stessa formulazione) ma si differenzia da quest'ultimo perché i suoi componenti hanno una legittimazione non elettiva, ma strutturale, essendo direttori delle più rilevanti articolazioni di Asl e Ao. Soddisfazione è espressa da parte dei medici ospedalieri della ANAAO-ASSOMED. La centralità del Collegio di direzione a livello aziendale è accompagnata dalla centralità dei dipartimenti quali "modelli ordinari di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie". Il d.lgs. demanda alle regioni il compito di definire la composizione e le funzioni del comitato di dipartimento e il suo ruolo nella individuazione dei direttori di dipartimento. Infine, il d.lgs. sottrae al CdS la designazione di un componente delle commissioni per la nomina dei dirigenti di secondo livello (art. 15 ter, comma 2 del d. lgs. 502/92), attribuendola al Collegio di Direzione.	
	Nei mesi che seguono l'approvazione della legge regionale 2/1998, al TAR Lombardia sono presentati 18 ricorsi, promossi dai terapisti della riabilitazione, esclusi dagli elettorati attivi e passivi per il CdS. Il TAR Lombardia con l'ordinanza n.512/529 del 1999 si rimette al giudizio della Corte Costituzionale.	
Corte Costituzionale adotta gli atti con ordinanza n. 267/2000 e ammette i terapisti		
	Nel frattempo la Legge Regionale del 27/03/2000, n. 18 "Modifiche ed	

La vicenda nazionale	La vicenda regionale
	integrazioni a disposizioni legislative a supporto degli interventi connessi alla manovra di finanza regionale" (art. 1 comma 38) modifica la L.R. 2/1998 nelle parti in cui si elencano le componenti che formano il Consiglio dei Sanitari nelle ASL e AO, includendo: - 1 operatore professionale in rappresentanza del personale di vigilanza e ispezione; - 1 operatore professionale in rappresentanza del personale con funzioni di riabilitazione. Inoltre introdotto un articolo (5/bis) per adeguare la normativa alla nuova classificazione del personale derivante dall'allegato 1 al CCNL 98/2001 del comparto. Alcune aziende pongono quesiti alla Regione in merito alla composizione dell'elettorato attivo e passivo delle categorie interessate. Poiché il nuovo contratto di lavoro comporta uno sviluppo verticale di tutte le professioni del ruolo sanitario verso la categoria Ds, la Regione Lombardia scioglie ogni dubbio dichiarando che tra l'elettorato attivo e passivo dovrà essere compreso tutto il personale sanitario inquadrato nelle categorie C, D e Ds.
	Il Programma Regionale di Sviluppo della VII^a Legislatura (d.c.r. VII/39 del 10.10.2000), nell'ambito della "Valorizzazione del modello organizzativo del servizio sanitario", evidenzia la necessità di perseguire un rafforzamento dell'autonomia aziendale, riservando alla regione la valutazione degli outcomes, ma riconoscendo alle aziende sanitarie la libertà di individuare le migliori modalità per il raggiungimento dei risultati prefissati. Questa impostazione è ribadita - dal DPEFR 2003-2005, nell'ambito dell'obiettivo specifico "Completamento del processo di aziendalizzazione" - dal Piano Socio-Sanitario regionale (PSSR) 2002-2004, approvato con d.c.r. VII/462 del 13.3.2002. Gli stessi criteri sono ribaditi dal D.G.R. n. VII/14049 dell' 8.08.2003 con il quale la Giunta della Regione Lombardia ha approvato le "Linee guida regionali per l'adozione del Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia". Per l'approvazione dei Pofa a livello aziendale è obbligatorio il parere non vincolante del CdS.

La spesa pubblica per la sanità in % del Pil (dati 2004)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Austria	5,2	5,2	5,5	5,9	5,9	5,8	5,8	5,3	5,4	5,4	5,4	5,2	5,4	
Belgium						6	6,4	6	6	6,2	6,2	6,4	6,5	
Canada	6,7	7,2	7,4	7,2	6,9	6,5	6,3	6,2	6,5	6,3	6,3	6,6	6,7	
Denmark	7	7	7	7,2	7	6,8	6,8	6,8	6,9	7	6,9	7,1	7,3	
Finland	6,3	7,3	7,2	6,3	5,8	5,7	5,8	5,5	5,3	5,2	5	5,3	5,5	
France	6,6	6,7	6,9	7,2	7,1	7,3	7,2	7,1	7,1	7,1	7,1	7,2	7,4	
Germany	6,5		8	8	8,2	8,5	8,8	8,5	8,3	8,4	8,3	8,5	8,6	
Greece	4	3,9	4,3	4,8	4,8	5	5,1	5	4,9	5,2	5,2	5	5	
Hungary		6,4	6,8	6,7	7,2	6,3	5,9	5,6	5,5	5,3	5	5,1	5,5	
Iceland	6,9	7,1	7,1	7	6,9	7,1	7	6,8	7,1	7,9	7,7	7,7	8,3	
Ireland	4,4	4,8	5	5,1	5	4,9	4,7	4,8	4,7	4,6	4,7	5,2	5,5	
Italy	6,4	6,6	6,5	6,2	5,9	5,3	5,4	5,6	5,6	5,6	6	6,3	6,4	6,4
Netherlands	5,4	5,7	6,1	6,3	6,1	6	5,5	5,5						
New Zealand	5,7	6,1	5,9	5,5	5,6	5,6	5,5	5,7	6,1	6,1	6,1	6,1	6,6	
Norway	6,4	6,8	6,9	6,8	6,7	6,7	6,6	6,6	7,2	7,3	6,5	6,9	7,4	7,8
Poland	4,5	4,6	4,7	4,4	4,1	4,1	4,4	4,1	3,9	4,2	4	4,3	4,4	
Portugal	4,1	4,3	4,2	4,6	4,6	5,1	5,5	5,6	5,6	5,9	6,4	6,6	6,5	
Spain	5,3	5,3	5,6	5,8	5,6	5,5	5,5	5,4	5,4	5,4	5,3	5,4	5,4	
Sweden	7,5	7,2	7,3	7,5	7,1	7,1	7,3	7,1	7,2	7,2	7,2	7,5	7,9	
Switzerland	4,3	4,7	5	5,1	5,1	5,2	5,5	5,6	5,7	5,8	5,8	6,2	6,5	
United Kingdom	5	5,4	5,8	5,9	5,9	5,8	5,8	5,5	5,5	5,8	5,9	6,2	6,4	
United States	4,7	5,2	5,5	5,7	5,9	6	6	5,9	5,8	5,8	5,8	6,2	6,6	

Fonte: OECD HEALTH DATA 2004, 1st edition <http://www.oecd.org/dataoecd/13/11/31963489.xls>

Appendice 2.

Il questionario

AZIENDA OSPEDALIERA/SANITARIA DI

QUALIFICA.....

I. IL CONSIGLIO DEI SANITARI DAL 1998

Per inquadrare il processo di istituzione del Consiglio dei Sanitari nella Sua Azienda avremmo innanzi tutto bisogno di alcuni dati relativi alle gestioni posteriori al 1998.

1. Nella Sua Azienda, il Consiglio dei Sanitari:

€ non è mai stato eletto

(procedere con la domanda 2)

€ è stato eletto in passato, ma è attualmente decaduto

(procedere con la domanda 2)

€ è stato eletto ed è tutt'ora in carica

(passare alla domanda 3)

2. Se non è mai stato eletto, oppure se non è stato più rinnovato: Secondo Lei, per quali ragioni non si è provveduto ad istituire/a rinnovare questo organismo?

(barrare la casella corrispondente. Sono possibili più risposte)

€ per incertezze circa le sue competenze/la sua composizione

(in che senso, perché?)

.....
.....
.....

€ perché in Azienda si sono affermate altre strategie/altri organismi per coinvolgere le categorie professionali nella programmazione aziendale

(quali e perché?)

.....
.....
.....

€ perché alcune o tutte le categorie che avrebbe dovuto rappresentare non erano interessate/erano esplicitamente contrarie

(quali e perché?)

.....
.....
.....

€ perché viene considerato dal *management* un organismo poco coerente con la logica attuale dell'organizzazione/della programmazione aziendale

(in che senso, perché?)

.....
.....
.....

€ altro

(specificare)

.....
.....
.....

Se si è risposto a queste domande, le successive non sono più pertinenti. Si prega di passare direttamente alla compilazione della seconda sezione, «*Considerazioni generali*»

3. Se esiste un CdS in carica: Personalmente, come definirebbe l'attività del Consiglio dei Sanitari oggi in carica?

€ intensa

€ saltuaria

€ praticamente nulla

4. Quali sono state le tre questioni a Suo giudizio più importanti sulle quali il Consiglio dei Sanitari in carica è stato chiamato ad esprimere **parere obbligatorio**?

(a)
.....
.....

(b)
.....
.....

(c)
.....
.....

E come si è espresso in merito alla questione (a) il Consiglio dei Sanitari?

- ☐ ha espresso esplicito parere positivo
- ☐ ha espresso esplicito parere negativo
- ☐ sono decorsi i termini del silenzio-assenso

Perché?

.....

.....

.....

E come si è espresso in merito alla questione (b) il Consiglio dei Sanitari?

- ☐ ha espresso esplicito parere positivo
- ☐ ha espresso esplicito parere negativo
- ☐ sono decorsi i termini del silenzio-assenso

Perché?

.....

.....

.....

E come si è espresso in merito alla questione (c) il Consiglio dei Sanitari?

- ☐ ha espresso esplicito parere positivo
- ☐ ha espresso esplicito parere negativo
- ☐ sono decorsi i termini del silenzio-assenso

Perché?

.....

.....

.....

Laddove non si siano risolti in un silenzio-assenso, a Suo giudizio, i pareri obbligatori espressi dall'attuale Consiglio dei Sanitari:

- ☐ non hanno avuto alcun impatto sulla programmazione dell'Azienda
- ☐ hanno avuto un impatto molto contenuto sulla programmazione dell'Azienda
- ☐ hanno avuto un impatto piuttosto elevato sulla programmazione dell'Azienda
- ☐ hanno decisamente modificato le scelte di programmazione

Perché?

.....

.....

.....

5. Nelle materie di competenza, il Consiglio dei Sanitari attualmente in carica si è mai fatto promotore di **analisi**?

€ No

€ Sì, nei seguenti casi:

(citare quelli che a Suo giudizio sono stati i più rilevanti)

(a)
.....

(b)
.....

(c)
.....

Secondo Lei, le analisi promosse dal Consiglio dei Sanitari:

€ non hanno avuto alcun impatto sulla programmazione dell'Azienda

€ hanno avuto un impatto molto contenuto sulla programmazione dell'Azienda

€ hanno avuto un impatto piuttosto elevato sulla programmazione dell'Azienda

€ hanno decisamente modificato le scelte di programmazione

6. Nelle materie di competenza, il Consiglio dei Sanitari attualmente in carica si è mai fatto promotore di **proposte**?

€ No

€ Sì, nei seguenti casi:

(citare quelli che a Suo giudizio sono stati i più rilevanti)

(a)
.....

(b)
.....

(c)
.....

Secondo Lei, le proposte promosse dal Consiglio dei Sanitari:

€ non hanno avuto alcun impatto sulla programmazione dell'Azienda

€ hanno avuto un impatto molto contenuto sulla programmazione dell'Azienda

€ hanno avuto un impatto piuttosto elevato sulla programmazione dell'Azienda

€ hanno decisamente modificato le scelte di programmazione

7. Nelle materie di competenza, il Consiglio dei Sanitari attualmente in carica ha mai elaborato **indicazioni**?

€ No

€ Sì, nei seguenti casi:

(citare quelli che a Suo giudizio sono stati i più rilevanti)

(a)
.....

(b)
.....

(c)
.....

Secondo Lei, le indicazioni elaborate dall'attuale Consiglio dei Sanitari:

€ non hanno avuto alcun impatto sulla programmazione dell'Azienda

€ hanno avuto un impatto molto contenuto sulla programmazione dell'Azienda

€ hanno avuto un impatto piuttosto elevato sulla programmazione dell'Azienda

€ hanno decisamente modificato le scelte di programmazione

II. CONSIDERAZIONI GENERALI

In questa seconda sezione si vogliono raccogliere alcuni giudizi soggettivi sul Consiglio dei sanitari e sul suo contributo alle decisioni dell'Azienda.

Le saremmo molto grati se potesse rispondere nel modo più ampio ed esaustivo possibile.

8. Secondo Lei, nella Sua Azienda l'istituzione del Consiglio dei Sanitari è, o sarà, o sarebbe:

€ molto positiva

€ abbastanza positiva

€ abbastanza negativa

€ molto negativa

Per quali ragioni, e/o a quali condizioni?

(citare quelli che a Suo giudizio sono le più rilevanti)

(a)

.....

.....

(b)

.....

.....

(c)

.....

.....

9. Cosa dovrebbe essere fatto, o cosa dovrebbe cambiare, per migliorare il Consiglio dei Sanitari?

(barrare la casella corrispondente. Sono possibili più risposte)

€ nulla: il CdS funziona, e la programmazione dell'Azienda ne risulta migliorata

(specificare in che senso, perché)

.....

.....

.....

€ nulla: il CdS non funziona, ma se funzionasse la programmazione ne risulterebbe peggiorata

(specificare in che senso, perché)

.....

.....

.....

€ bisognerebbe modificarne le competenze
(specificare in che senso, perché)

.....
.....
.....

€ bisognerebbe modificarne i poteri
(specificare in che senso, perché)

.....
.....
.....

€ bisognerebbe modificarne la composizione
(specificare in che senso, perché)

.....
.....
.....

€ bisognerebbe modificare la programmazione aziendale
(specificare in che senso, perché)

.....
.....
.....

€ altro
(specificare cosa, perché)

.....
.....
.....

10. Ulteriori commenti

.....
.....
.....

La scheda

CONSIGLI DEI SANITARI

SCHEDA INFORMAZIONI GENERALI

Questa sezione va compilata solamente se nell'Azienda il Consiglio dei Sanitari è già stato istituito.

In tal caso si prega di allegare in risposta, come documentazione necessaria all'indagine, ove esistano:

- l'atto istitutivo del Consiglio dei Sanitari;
- il regolamento interno;
- gli eventuali o.d.g. e verbali delle riunioni.

AZIENDA OSPEDALIERA/SANITARIA DI

1. Quando è stato istituito, nella Sua Azienda, il Consiglio dei Sanitari previsto dalle l.r. 31/97 e 2/98?
...../...../.....
(indicare gg/mm/aaaa)

2. Quanti Consigli dei Sanitari si sono succeduti da allora fino ad oggi?

N.

3. Quando è stato eletto ogni Consiglio dei Sanitari, e per quanto tempo è rimasto in carica?

CdS n. 1:	eletto il/...../.....; (indicare gg/mm/aaaa)	in carica dal/.....	al/..... (indicare mm/aaaa)
CdS n. 2:	eletto il/...../.....; (indicare gg/mm/aaaa)	in carica dal/.....	al/..... (indicare mm/aaaa)
CdS n. 3:	eletto il/...../.....; (indicare gg/mm/aaaa)	in carica dal/.....	al/..... (indicare mm/aaaa)
CdS n. 4:	eletto il/...../.....; (indicare gg/mm/aaaa)	in carica dal/.....	al/..... (indicare mm/aaaa)
CdS n. 5:	eletto il/...../.....; (indicare gg/mm/aaaa)	in carica dal/.....	al/..... (indicare mm/aaaa)
CdS n. 6:	eletto il/...../.....; (indicare gg/mm/aaaa)	in carica dal/.....	al/..... (indicare mm/aaaa)

4. Parlando del Consiglio dei Sanitari *attualmente in carica*, quante volte si è riunito:

- per iniziativa del Presidente, o del suo sostituto? N.
- per iniziativa di almeno 1/3 dei componenti? N.
- per iniziativa del Direttore Generale? N.