

L'andamento della spesa per il servizio sanitario nazionale in rapporto al Pil vede l'Italia al di sotto della media UE (v. appendice statistica). Il livello di copertura pubblica della spesa complessiva per la sanità (pubblico + privato) è passato dal 78% nel '90 a circa il 70% nel '97.

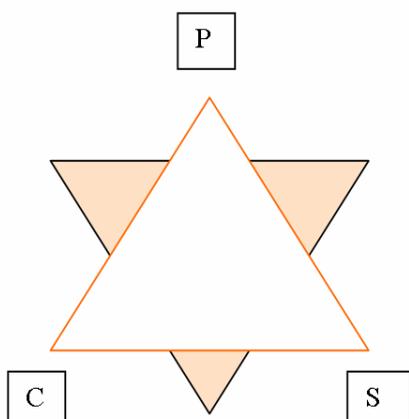
Il sistema degli incentivi finisce con il mettere gli interessi del cliente in contrapposizione con quelli del fornitore del servizio, con un complessivo ridimensionamento della tutela e con lo scadimento della qualità.

Le conseguenze:

- Rispetto a P, un sottodimensionamento degli organici e una loro minore qualificazione
- Rispetto a S, un eccessivo taglio dei presidi e delle attrezzature
- Rispetto a C, una caduta dell'equità orizzontale, cioè della garanzia che casi uguali riceveranno lo stesso trattamento, indipendentemente dal reddito del paziente.

Negli ultimi due anni si è rafforzata una linea critica che non si limita a lamentare il contenimento dei servizi, ma considera la *managerial governance* come la responsabile di un vero e proprio stravolgimento delle finalità delle politiche sanitarie, con la creazione di ampie aree di inefficienza, occultate dall'insistenza sul pareggio di bilancio.

Il dato interessante sta nel fatto che le voci più critiche verso l'attuale impostazione delle politiche sanitarie si levano proprio dall'interno della professione medica e trovano un'autorevole conferma nelle dichiarazioni e negli atti del ministro della salute².



Il complesso della spesa e il volume delle prestazioni apparentemente sembrano coincidere con quelle che massimizzano l'utilità dei cittadini, perché il sistema degli indicatori quantitativi permette il controllo dell'input e dell'output.

Ma in realtà le aree di spreco e di inefficienza sono notevoli (spazi gialli della figura).

- Rispetto a P, le carriere del personale sanitario, controllate dalle direzioni aziendali, non garantiscono la promozione dei competenti.
- Rispetto a S, le strutture di eccellenza scientifica sono tarbate da eccessivi vincoli burocratici
- Rispetto a C, l'effetto perverso dei rimborsi in base alle patologie costringe il medico a rinunciare al criterio dell'appropriatezza delle cure, a favore del criterio dell'economicità.

² Si vedano in particolare le relazioni che accompagnano le due versioni (CDM 19.12.2003 e CDM 3.6.2004) del "Disegno di legge recante principi fondamentali in materia di servizio sanitario nazionale".

Quanti denunciano i limiti della *managerial governance* esprimono le loro preferenze per un sistema alternativo, quello della *clinical governance*.

Poiché questo modello di organizzazione delle politiche sanitarie ha assunto in Italia contorni che non coincidono del tutto con quelli a cui fa riferimento il dibattito internazionale, vediamo rapidamente i punti in comune e quelli divergenti.

3. La *clinical governance*

La filosofia

L'idea della *clinical governance* è stata avanzata dai laburisti inglesi nel 1997 come 'terza via' tra l'universalismo irresponsabile della prima fase di vita del servizio sanitario pubblico e l'aziendalizzazione perseguita negli anni '80 da Margaret Thatcher. Nei documenti ufficiali, la *clinical governance* è definita come "l'impianto attraverso il quale le organizzazioni del Servizio Sanitario Nazionale sono responsabili (*accountable*) del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard delle cure, conseguiti con la creazione di un ambiente capace di far fiorire l'eccellenza nelle cure cliniche" (NHS Executive, 1998).

Alla base di questa filosofia sta l'idea di fondare l'*accountability* del sistema sanitario su quegli stessi principi su cui si basa la migliore pratica medica. Perché questo importante riconoscimento della competenza professionale possa diventare la leva della riorganizzazione del servizio pubblico, occorrono una serie di strumenti capaci di garantire la trasparenza e la pubblicità dei giudizi, evitando i rischi dell'autoreferenzialità, con i medici si giudicano e si assolvono a vicenda.

Più precisamente, alla *clinical governance* servono indicatori capaci di monitorare non solo l'input (risorse finanziarie e umane..) e l'output (numero e tipo di interventi effettuati), ma anche i processi e i risultati. I processi devono prendere come riferimento le linee guida formulate nella comunità scientifica per i diversi tipi di intervento (*Disease management e protocolli terapeutici*), sulla base di documentate prove di efficacia delle cure (*Evidence Based Medicine - EBM*).

A parità di spesa, i risultati possono sensibilmente migliorare con un approccio alla cura basato su un'assistenza coordinata e comprensiva. Per questo sono previsti incentivi per i medici accettano di associarsi in modo da garantire un'assistenza multidisciplinare (*integrated care*) (Taroni e Grilli, 2001).

Perché questi principi possano produrre gli esiti attesi, è necessario un continuo aggiornamento del personale sanitario con rigorosi criteri di verifica dell'apprendimento.

L'interpretazione italiana

In Italia si fa riferimento alla *clinical governance* nel Piano sanitario nazionale 1998-2000. Ma è soprattutto con il d.lgs 229 del 1999 che sono fissati alcuni principi guida, laddove si parla

- della valutazione dei medici
- dell'istituzione del Nucleo di valutazione a livello nazionale
- del principio di appropriatezza
- della formazione permanente
- dell'accreditamento delle strutture in base al rispetto di standard minimi di qualità
- dell'autonomia gestionale dei distretti e dei dipartimenti

- del Collegio di Direzione, l'organo di nuova istituzione cui è affidato il compito di affiancare il direttore generale nella programmazione di questi interventi.

Negli ultimi due anni l'ambizione della *clinical governance* è stata spesso identificata *tout court* con l'obiettivo di 'dare più potere ai medici'. La situazione attuale è infatti considerata del tutto insoddisfacente per tre motivi:

- l'eccessivo potere attribuito al direttore generale
- il permanere di stretti legami tra il *management* della sanità e le forze politiche
- l'emarginazione del criterio della competenza nelle selezioni per l'accesso alle posizioni apicali.

La vicenda del disegno di legge "Principi fondamentali in materia di Servizio sanitario nazionale", approvato dal Consiglio dei ministri il 19 dicembre 2003, e profondamente modificato il 3 giugno 2004, in seguito all'accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni³, è ancora del tutto aperta e non permette conclusioni.

Ma l'obiettivo di un riequilibrio dei poteri tra direttore generale e dirigenza medica è posto con forza dalla relazione che accompagna il primo disegno di legge, che esordisce senza giri di parole: «Il Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502, ha attribuito al direttore generale delle aziende sanitarie tutti i poteri di gestione; il Dlgs 19 giugno 1999, n. 229, ha, poi, accentuato tale potere monocratico anche su aspetti di preminente interesse sanitario. Tale scelta, valida forse nella fase iniziale di trasformazione del sistema sanitario, ha determinato nel lungo periodo disfunzioni e abusi, accentuando la sostanziale emarginazione della dirigenza medica e sanitaria nel governo delle attività cliniche». La relazione denuncia poi i limiti di un meccanismo di selezione della dirigenza medica inadeguato a riconoscere il merito professionale⁴.

Significativa a questo proposito è la proposta della figura del *Coordinatore clinico aziendale*, che nel progetto originario doveva trasformare l'attuale monarchia, con al vertice il direttore generale, in una diarchia, con una catena del comando parallela a quella amministrativa, interamente presidiata da dirigenti medici.

Lo spirito originario della *clinical governance* sembra invece riemergere nel documento 'Sanità futura', approvato il 27 maggio 2004 dal ministro della salute e dagli assessori alla sanità delle regioni e delle province autonome. In questo testo sono sottolineati due obiettivi:

- "ottimizzare la domanda attraverso la migliore organizzazione della medicina territoriale, che valorizzi il ruolo del medico di medicina generale chiamato ad operare in stretta collaborazione

³ seduta del 29 Aprile 2004.

⁴ "In alcuni casi i direttori generali, eludendo l'obbligo dell'avviso pubblico, hanno provveduto ad attribuire direttamente incarichi di strutture complesse con scelte del tutto discrezionali, utilizzando illegittimamente lo strumento eccezionale previsto dall'articolo 15-septies per "l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e d'interesse strategico". In altri casi, pur nel rispetto formale della legge, hanno operato scelte arbitrarie fra i dirigenti genericamente riconosciuti idonei dall'apposita Commissione di selezione, determinando così un grave pregiudizio non solo per i candidati con maggiori titoli professionali, ma anche un grave danno per la stessa azienda e per i cittadini assistiti" dalla 'Relazione al disegno di legge recante principi fondamentali in materia di servizio sanitario nazionale' (pubblicata dal il Sole 24 ore, inserto sanità, 13-19 gennaio 2004).

con l'insieme dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri. Si tratta di prevedere un processo di riaggregazione organizzativo ed operativo dell'azione dei medici di medicina generale nell'ambito del quale favorire la nascita di esperienze più avanzate di aggregazione e di lavoro in gruppo quali le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) o i Poliambulatori”.

- garantire l'aggiornamento professionale: “Il governo clinico si basa sull'educazione continua in medicina, la cui attuale impostazione va opportunamente rivista, spostando la priorità dalla convegnoistica alla capillare attività locale e all'aggiornamento sul lavoro e nello studio del medico, così da evitare l'attuale spostamento di grandi quantità di personale per i Convegni e i conseguenti ingenti costi”.

I risultati

Il modello della *clinical governance* sia nella versione originale, sia nell'interpretazione proposta dall'attuale ministro della sanità, è a uno stadio troppo embrionale per consentire bilanci e prevedere punti di frattura. In Gran Bretagna e negli Stati Uniti, dove questa formula è stata ampiamente implementata, i punti di debolezza sembrano riguardare soprattutto due aspetti:

- l'introduzione degli indicatori di *performance* costringe il medico a concentrarsi su alcuni aspetti quantitativi, con conseguenze non previste: “Nel contesto della *clinical governance*, i più importanti (effetti non previsti: n.d.r.) sono la ‘visione a tunnel’, nel quale gli sforzi sono rivolti soltanto agli obiettivi di performance, e la ‘fissazione da misura’, nella quale le strategie sono focalizzate sulla misurazione e non sul corrispondente obiettivo” (Freeman, 2003).

- le continue verifiche hanno sviluppato la domanda di prodotti per superare con successo le verifiche, i controlli, le valutazioni, gli accreditamenti. Questa industria emergente è fatta di ‘persone che escogitano modi per produrre misure statistiche di risultato; persone che escogitano il modo di raffinare questi indicatori per adattarli alle differenze tra gli utenti dei diversi ospedali (*risk adjustment*); compagnie che competono per vendere software che faciliti la compilazione delle statistiche richieste dai vari organi di sorveglianza; consulenti ben pagati che danno raccomandazioni agli ospedali su tutto: da come riorganizzare le loro strutture di staff a come rendere i dati più favorevoli, a come superare le ispezioni...” (Wiener, 2004).

Soluzioni che passano, problemi che restano

L'elenco delle ‘formule magiche’ potrebbe continuare con le più recenti tendenze, che raccomandano la *governance* dei comuni cittadini, basata sulla saggezza dei profani (*lay wisdom*) (Davies, 2001). La maggiore educazione sanitaria e l'abbattimento dei costi di informazione realizzato da internet (Rogers e Mead, 2004) permetterebbero di fare affidamento sulla capacità dei singoli e delle associazioni di valutare le offerte terapeutiche per loro più adeguate (Jones et al., 2004). Di nuovo, anche per questo approccio sarebbe possibile definire i punti di forza e le patologie. Si pensi ad esempio alla manipolabilità dei giudizi degli utenti, alle conseguenze di un aggressivo *customer relationship management*...

Ma pensare alle vicende della politica sanitaria come a un susseguirsi di nuove ricette (la territorializzazione, l'aziendalizzazione, la *clinical governance*, il giudizio dei consumatori...) che si escludono a vicenda è sbagliato. Giornalisti, consulenti (e anche i politici) hanno buoni motivi per seguire questa semplificazione e presentare le diverse strategie come mutualmente esclusive. La sanità è una *policy* di straordinaria rilevanza, e il marketing esige il ricorso a slogan di facile effetto,

basati sull'idea di una svolta, di una filosofia unitaria, di modelli coerenti. Ma la continuità dei problemi è per molti versi più forte della discontinuità delle soluzioni.

Se nessuno ha nostalgia per le usl egemonizzate da logiche spartitorie su base partitica, il problema del rapporto con gli enti locali rimane un nodo importante e per certi versi irrisolto. Il buon funzionamento dei servizi sanitari richiede infatti l'integrazione con i servizi sociali sul piano funzionale, e il confronto con le comunità locali per la definizione delle linee di *policy* (Coleman e Glendinning, 2004; Milewa et al., 1999)⁵.

Alcuni istituti legati alla aziendalizzazione (ad esempio, il sistema dei rimborsi legati ai *Diagnosis Related Groups*) non hanno sempre portato ai risultati attesi. Ma è impensabile una sanità che umili le logiche manageriali: il rispetto di stringenti vincoli di bilancio è un dato irrinunciabile, pena il ritorno all'irresponsabilità finanziaria.

La parola d'ordine 'più potere ai medici' probabilmente non aggrega nemmeno il consenso di tutti i medici. Ma non si può fare una buona politica sanitaria senza la collaborazione di una categoria professionale che somma su di sé due straordinari vantaggi: quello della conoscenza tecnica e quello del quotidiano contatto con i destinatari ultimi.

La valutazione dei clienti spesso è esposta alla manipolazione. Ma il rapporto di ascolto, fiducia e collaborazione con i pazienti e con le associazioni che lavorano dalla loro parte è assolutamente cruciale per ottenere buoni risultati: si pensi ai servizi per la salute mentale o alle politiche di uscita dalle dipendenze.

Dunque, se le esigenze del marketing spingono per accentuare le discontinuità tra i diversi modelli di *governance*, le esigenze della *policy* portano a sottolineare le continuità e i vantaggi dell'integrazione: dove la sanità funziona, è perché si creano situazioni di compromesso tra queste logiche, e tra i gruppi che le difendono (Light, 2000). Le ricerche dimostrano che la capacità di tenere conto simultaneamente di esigenze diverse è più probabile si manifesti 'sul campo', in aree decentrate, piuttosto che nel dibattito sulle architetture dei vertici delle Asl e delle Ao.

Questa lunga premessa serve a chiarire il metodo seguito nell'affrontare il problema della rappresentanza della componente clinica negli organi di gestione delle aziende sanitarie (Asl e Ao): il confronto sui media presenta la questione come l'alternativa tra due modelli, quello dell'aziendalizzazione e quello della *clinical governance*. La nostra ricerca, sia per la parte documentale, sia per la parte empirica, dimostra che possono esistere ampi margini di sovrapposizione tra gli obiettivi e le pratiche di queste due impostazioni.

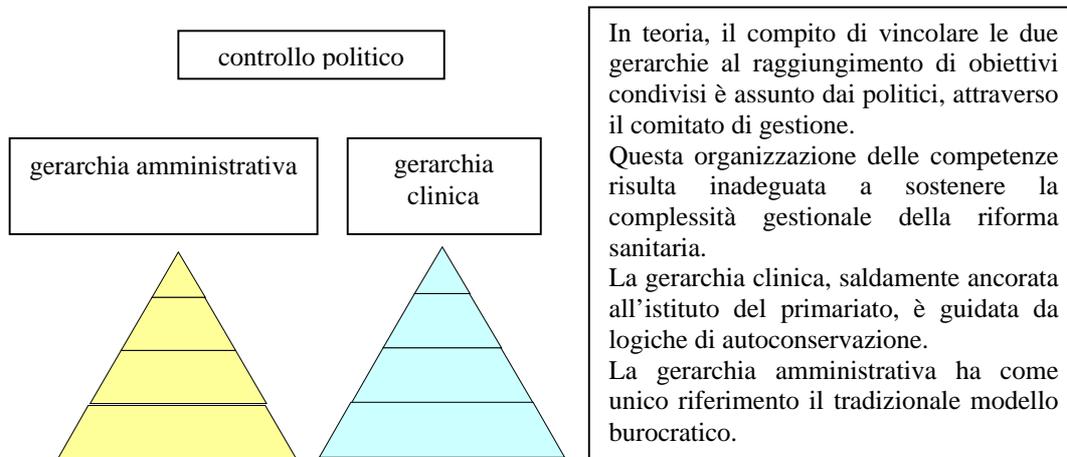
La centralità delle relazioni tra medici e manager

La fase attuale porta in primo piano il problema delle relazioni tra *manager* e medici quale elemento cruciale per il corretto funzionamento delle politiche sanitarie.

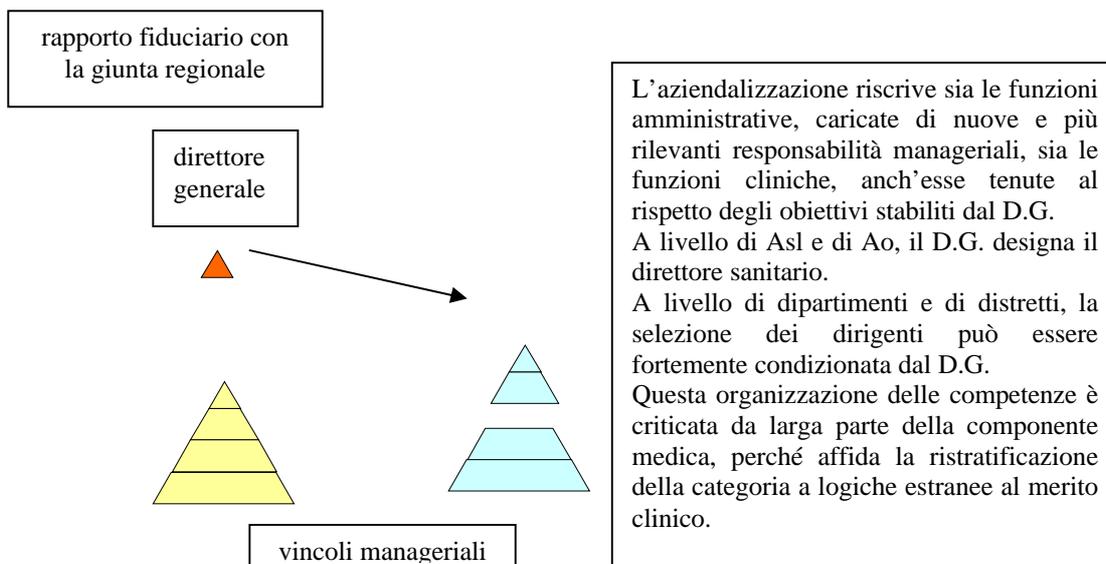
Riletta da questa prospettiva, la vicenda italiana degli ultimi 25 anni può essere semplificata in questo modo.

⁵ L'insediamento nella Regione Lombardia della 'Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale' (febbraio 2003) risponde in parte a questa esigenza.

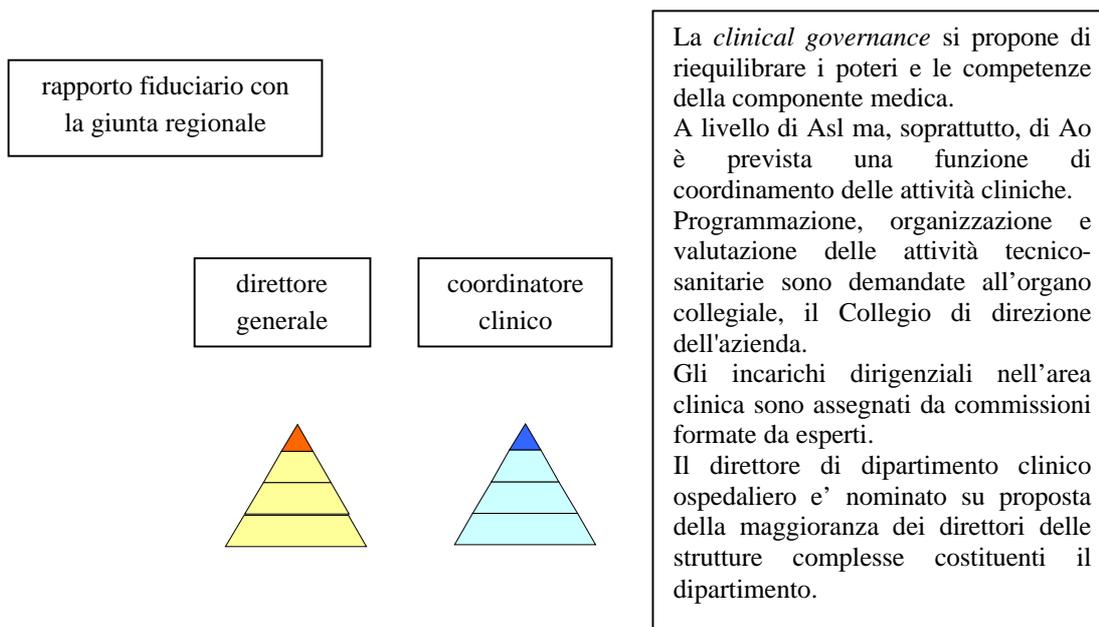
La fase 1978-1992 è sostanzialmente caratterizzata da un dualismo tradizionalista.



La fase iniziata nel 1992 è caratterizzata dal conferimento di ampie prerogative alle direzioni generali



La *clinical governance* nei disegni di legge Sirchia (dic. 2003-giu. 2004)



Quest'ultima articolazione delle competenze, basata su una più netta separazione tra ruoli gestionali e ruoli clinici, è oggetto dell'attuale dibattito politico, e pertanto non sarà sottoposta ad ulteriore analisi.

E tuttavia un'osservazione è indispensabile. Il problema di queste ricostruzioni è la rimozione di un dato comune a tutti i sistemi sanitari contemporanei, indipendentemente dall'esistenza di servizi sanitari pubblici nazionali: l'enorme estensione delle aree di sovrapposizione tra funzioni cliniche e funzioni manageriali. In tutti i paesi industrializzati, le decisioni relative ai tre vertici del nostro triangolo (personale, strutture, attività di cura) richiedono l'incastro di competenze cliniche e di competenze manageriali. Al di là delle 'formule magiche' di moda, la *governance* delle politiche sanitarie dipende in larga misura dall'architettura degli organismi capaci di integrare questi due tipi di professionalità. Il progetto, al limite del sogno, di una sanità insieme di qualità e rispettosa del budget non può muovere nemmeno un passo senza l'intreccio virtuoso tra il punto di vista del *manager* e quello del medico.

Questa constatazione obbliga a ripensare le finalità degli organismi di partecipazione dei medici alle scelte aziendali. In termini molto schematici, si tratta di passare dall'idea della partecipazione come 'concessione' per prevenire la defezione, all'idea della partecipazione come valore aggiunto per la qualificazione delle risorse umane.

a. La partecipazione per prevenire la defezione

Le indagini sulle professioni sanitarie regolarmente dimostrano che i medici sono in grado di condizionare l'implementazione delle politiche della salute. Come abbiamo visto, tale influenza nasce da due fattori:

1. grazie al monopolio delle competenze tecniche, i medici hanno un enorme vantaggio informativo rispetto ai responsabili politici e amministrativi: alla fine, il giudizio sui costi e sui benefici delle loro scelte difficilmente può essere contestato dall'esterno della categoria.

2. grazie al continuo rapporto diretto con i 'clienti' delle politiche sanitarie, i medici partecipano di quel potere di reinterpretazione quotidiana delle direttive che arrivano dall'alto, che è tipico di tutte le '*street level bureaucracies*', le burocrazie a livello di strada (Lipsky, 1980).

Queste due risorse garantiscono ai medici larghi margini di manovra nell'implementazione delle politiche sanitarie. In mancanza di adeguati strumenti di partecipazione, tale potere tende a manifestarsi come potere di veto, di contrasto, di disturbo nei confronti delle direttive dei *manager* amministrativi (Hunter, 1979).

Gli organismi che in tutti i paesi assegnano qualche ruolo decisionale ai rappresentanti della professione medica mirano ad anticipare l'esercizio di questi poteri negativi. Nei termini resi famosi da Hirschman (1970), dando voce ai medici, l'organizzazione sanitaria evita i costi della loro defezione o della disaffezione.

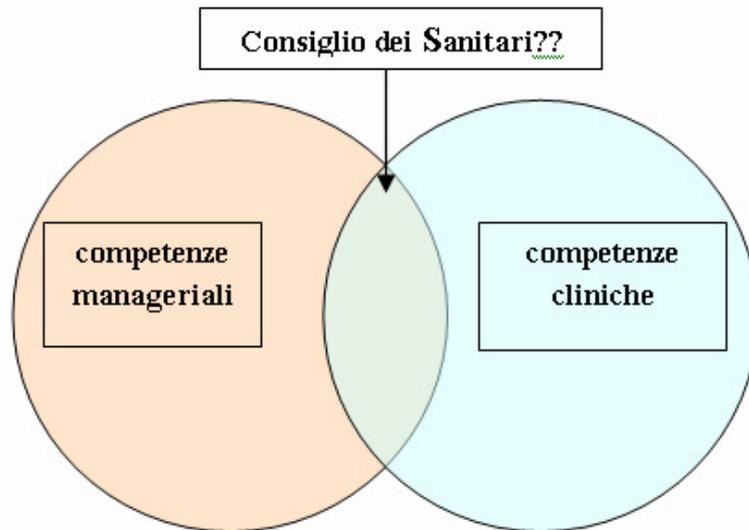
b. La partecipazione per la qualificazione delle risorse umane

L'impostazione appena ricordata negli ultimi anni si è rivelata insufficiente come criterio per disegnare gli organismi di gestione delle politiche sanitarie. La mera convivenza delle due gerarchie – quella clinica e quella manageriale - , con la doppia legittimazione delle scelte aziendali, sembra non garantire più la loro corretta implementazione.

Quel che occorre è un'architettura istituzionale capace di promuovere visioni condivise, culture trasversali, per un'effettiva integrazione delle due logiche di azione: "Oggi si inizia a riconoscere l'importanza di un clima organizzativo flessibile e innovativo per l'effettiva implementazione delle iniziative per il miglioramento della qualità. Questo clima richiede la valorizzazione del lavoro di gruppo oltre i confini professionali e organizzativi, con il sostegno dell'apprendimento continuo" (Freeman, 2003, p.)

Benché il mix di competenze cliniche e manageriali sia oggi promesso da moltissime iniziative di tipo didattico (master, corsi..), la concreta esperienza acquisita con la diretta partecipazione agli organi di governo della sanità rappresenta una palestra insostituibile.

A questo punto, il nostro problema di ricerca può essere ridefinito in questi termini: qual è il ruolo del consiglio dei sanitari rispetto a questo obiettivo? Le sue funzioni e la sua composizione ne possono fare uno strumento ancora attuale, o il suo imprinting, legato a formule di *governance* ormai superate, ne fa un organo in via di estinzione?



3. Il Consiglio dei sanitari

La ricerca sul funzionamento dei consigli dei sanitari (CdS) in Lombardia è stata preceduta da una ricostruzione dei seguenti dati, raccolti con riferimento sia alla scala nazionale sia a quella regionale.

- l'evoluzione della normativa, con l'individuazione dei punti di svolta più importanti (v. Allegato n. 1);
- le vicende politiche e sindacali che hanno fatto da sfondo alle decisioni;
- il grado di istituzionalizzazione dell'organo.

a. Il livello nazionale

L'evoluzione della normativa

Istituiti nel 1992 con la 'riforma bis, alla fine degli anni '90 i CdS sembrano destinati ad un rilancio. Infatti la 'riforma ter' del 1998 (legge di delega n. 419/1998) precisa che tra i punti qualificanti del nuovo assetto occorre prevedere un rafforzamento dei poteri del Consiglio dei sanitari.

Invece, il decreto legislativo di attuazione della delega (D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229) segna un punto di svolta nella direzione opposta, perché complessivamente il suo impianto comporta un netto ridimensionamento della rilevanza dei CdS, anche se formalmente ne modifica solo marginalmente le funzioni. Infatti il D.lgs., più che operare un'esplicita riduzione delle competenze dei CdS, rende marginale il loro ruolo creando o potenziando organismi concorrenti tanto a livello di azienda, quanto a livello di dipartimento.

Il collegio di direzione

A livello aziendale, le prerogative dei CdS sono sfidate dall'istituzione del **Collegio di direzione**, composto dai direttori sanitario ed amministrativo, dai direttori di distretto, di dipartimento e di presidio: "Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione, costituito in ogni azienda, per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie".

Questa formula, molto vicina a quella prevista per i CdS, lascia chiaramente intravedere quale dei due organismi è destinato al declino: infatti il Collegio di direzione può contare su una *membership* solida, dotata di effettivi poteri decisionali e di importanti competenze nell'implementazione delle scelte adottate (Taroni e Grilli, 2000; Roversi Monaco, 2000). Invece il CdS può contare su una *membership* in gran parte elettiva, in base a una rappresentanza di tipo categoriale, senza alcun potere in fase esecutiva.

Sempre a livello aziendale, questo stato di inferiorità è sancito dal D.lgs. con il trasferimento del potere di nomina di uno dei membri delle commissioni per la selezione dei dirigenti di secondo livello. Questa prerogativa, attribuita ai CdS dall'art. 15 ter comma 2 D.lgs. 502/92, viene infatti attribuita al Collegio di direzione.

I dipartimenti

Il D.lgs. 229/99 istituisce il dipartimento, quale «modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie». Viene così creato a livello subaziendale un ambito di governo per molti versi cruciale per la *clinical governance*.

Innanzitutto, i dirigenti dei dipartimenti sono inseriti nella filiera verticale del governo aziendale, con la partecipazione di diritto al Collegio di direzione.

Inoltre, i dipartimenti hanno un organo di gestione, il comitato di dipartimento, anch'esso caratterizzato, come i CdS, da una *membership* in parte di diritto, in parte elettiva, ma dotato di un ambito di intervento più interessante e concreto rispetto ai CdS. Come vedremo tra poco, è sulla regolazione di questo organismo, e non del CdS, che si concentra la trattativa sindacale avviata in Lombardia in occasione dell'emanazione delle 'Linee guida regionali per l'adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale'.

Le pressioni sociali

Nel 1992, la principale organizzazione dei medici ospedalieri, la ANAAO (Associazione Nazionale Aiuti e Assistenti Ospedalieri) considerava i CdS come l'interfaccia tecnica rispetto al Direttore Generale e sosteneva che "su questo terreno i Consigli dei sanitari dovranno operare con totale autonomia e distinzione da ogni altro soggetto istituzionale, sindacato compreso".

Dalla fine degli anni '90, questa rivendicazione sembra uscita dall'elenco delle richieste della categoria. Nel 1999, infatti, lo stesso sindacato saluta come una conquista della categoria l'istituzione del collegio di direzione, senza chiedere una riqualificazione dei CdS.

La crisi d'identità di quest'ultimo organismo riceve un'indiretta conferma dal manifesto pubblicato sulle colonne del Corriere della Sera del 5 febbraio 2004 per iniziativa di nove illustri clinici. In esso si afferma: "Per limitare il potere del direttore generale (che oggi molti giudicano eccessivo) non c'è bisogno di tornare al Consiglio di amministrazione, basta valorizzare il Collegio di direzione (che c'è già per legge) e la direzione sanitaria. Vuol dire, per il direttore generale, progettare le attività e verificare i risultati insieme al direttore sanitario, ai direttori di dipartimento e

ai direttori di unità operativa e cioè a chi, in definitiva, ha la responsabilità della cura degli ammalati”.

Il grado di istituzionalizzazione

Il grado di istituzionalizzazione del CdS è stato molto carente fin dalla creazione di quest'organo. Per certi versi, questa situazione può essere considerata come una scelta intenzionale per delegare alle regioni il compito di fissare le modalità di costituzione e di funzionamento dell'organo. E tuttavia il risultato d'insieme sembra sospingere questo organismo verso l'irrilevanza:

- le competenze sono definite in modo molto generico
- l'orizzonte temporale di attività è indefinito
- gli elettorati attivi e passivi sono indeterminati, con la conseguente sequela di ricorsi alla magistratura
- il meccanismo di silenzio–assenso in caso dell'assenza di parere da parte dell'organo sembra anticipare pessimistiche previsioni.

b. Il livello regionale

L'evoluzione della normativa

La Lombardia è tra le ultime regioni ad essersi adeguata alle norme del 1992-93 istitutive dei CdS. La vicenda, riportata per esteso in appendice, mostra come il recepimento della legge nazionale fosse collegato alla necessità di effettuare le selezioni per i dirigenti sanitari di secondo livello. Come abbiamo appena visto, diciotto mesi dopo le norme nazionali avrebbero per altro sottratto il potere di designazione dei commissari ai CdS, per attribuirli al Collegio di direzione. La debolezza istituzionale dei CdS, stretti tra il Collegio di direzione a livello aziendale, e i comitati di dipartimento a livello sub-aziendale, si ripresenta quindi anche in Lombardia, con un ulteriore elemento di fragilità: il processo di aziendalizzazione, qui più pronunciato e spedito⁶.

Tra norme e pressioni sociali: la vicenda dei Pofa

Che cosa è il Pofa

La Regione Lombardia ha previsto nella L.R. 31/97 la redazione da parte delle Asl e Ao di Piani di Organizzazione e Funzionamento Aziendale (Pofa), da sottoporre all'approvazione della Giunta. Questo tema è stato poi regolato dalle norme nazionali (D.lgs. 229/1999), che istituiscono gli atti aziendali.

L'atto aziendale è un atto di diritto privato, espressione del principio di autoorganizzazione delle

⁶ Il “Giornale di Brescia” del 27/8/2002 segnala che in certe aziende sanitarie lombarde il Consiglio dei sanitari è stato cancellato, “neutralizzando così la funzione consultiva dell'unico organo di natura democratica presente nelle ASL”. Nelle pagine web della CGIL medici- CGIL sanità di Milano si può leggere che “l'esercizio di un potere monocratico da parte dei direttori generali ha avuto come conseguenza la scomparsa del ruolo degli organi collegiali, Consiglio dei sanitari e Collegio di direzione”.

Asl e delle Ao. Questa sua natura giuridica lo pone al riparo dal controllo di legittimità amministrativo.

Il Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale si configura come strumento per la concreta definizione dell'organizzazione e del funzionamento aziendale, capace di valorizzare l'autonomia del Direttore Generale, responsabile del perseguimento degli obiettivi fissati dalla Regione.

Più precisamente, spetta al Pofa definire:

- l'organizzazione delle Asl, comprensiva delle Direzioni, dei Dipartimenti e dei Distretti e delle relative strutture complesse e/o semplici afferenti;
- l'organizzazione delle aziende ospedaliere, e, per le parti applicabili, degli IRCCS pubblici e degli ospedali classificati, in aree omogenee, presidi, dipartimenti, servizi e relative strutture complesse e/o semplici;
- l'attività e modalità di funzionamento dei dipartimenti, il ruolo del direttore di dipartimento e del comitato di dipartimento, con relativa definizione dei componenti di quest'ultimo;
- gli atti di costituzione e regolamentazione del Nucleo di Valutazione e dei Collegi tecnici⁷.

Perché il Pofa interseca le funzioni dei CdS

La vicenda dei Pofa interseca le funzioni dei CdS per tre motivi:

1. per l'approvazione del Pofa è necessario il parere dei CdS aziendali. Infatti alcune Asl/Ao li hanno costituiti proprio per l'occasione;
2. teoricamente, nei Pofa sarebbe possibile definire e regolare meglio le competenze e il funzionamento dei CdS aziendali;
3. la consultazione sindacale condotta nell'estate del 2003 per acquisire il parere delle organizzazioni di categoria permette di capire quali attese nutrano le varie sigle sindacali rispetto alla rappresentanza della componente medica.

La consultazione dei sindacati

Nel giugno 2003 la prima versione delle "Linee guida regionali per l'adozione del Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia" è sottoposta al parere delle organizzazioni sindacali del comparto sanitario.

I sindacati lamentano una serie di inadempienze che in questa sede non consideriamo⁸.

Il dato interessante è che la bozza in discussione prevede l'incorporamento dei CdS nel collegio di direzione. Su questo punto, le varie sigle sindacali affermano: "In merito alla previsione di un Collegio di Direzione che incorpori il Consiglio dei Sanitari, pur evidenziando che si debba necessariamente pervenire ad un organismo più flessibile e rappresentativo, data l'importanza della materia in oggetto, si propone di stralciare l'argomento rinviando ad un tavolo tecnico che possa definire composizione e competenze e modalità di funzionamento nelle Aziende Sanitarie".

⁷ V. D.G.R. n. VII/14049 dell' 8.08.2003 con la 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" http://www.sanita.regione.lombardia.it/delibere/DGR2003_14049.pdf.

⁸ Si lamenta ad esempio la mancata convocazione della conferenza permanente per una più omogenea applicazione degli istituti contrattuali e il tentativo di modificare, attraverso le 'Linee guida', il protocollo che norma le relazioni sindacali sottoscritte nel luglio 2000 tra OO.SS e Assessorato Sanità.

Questa richiesta è accolta. Nella versione definitiva delle 'Linee guida', ad ogni modo, il consiglio dei sanitari non compare nell'indice, ma è citato all'ultimo capoverso delle sezioni 'Collegio di direzione', sia per le Asl, sia per le Ao (p. 23 e p. 38), con una formula che tradisce un certo imbarazzo: "Rimangono attuali, come disciplinati dalla normativa vigente, il ruolo e l'attività del Consiglio dei Sanitari quale supporto alle decisioni strategiche della Direzione sanitaria, per l'espressione di pareri obbligatori relativi alle scelte di natura tecnico-sanitaria ed economica - anche sotto il profilo organizzativo e degli investimenti ad esse attinenti - e sulle attività di assistenza sanitaria. Tali pareri sono da intendersi favorevoli ove non formulati entro il termine fissato dalla normativa regionale"

Ben altro impegno è posto dalle organizzazioni sindacali per modificare la bozza per le parti riguardanti le rappresentanze dei medici a livello di dipartimento, perché "nel delicato equilibrio tra Direttore di Dipartimento e Comitato di Dipartimento, si gioca la possibilità di un eccesso di potere del Direttore o del diritto di veto da parte del Comitato. Nella proposta occorre già ipotizzare un adeguato numero di Dirigenti sanitari eletti, al fine di evitare che costituiscano esigua minoranza tra componenti di diritto: Dirigenti e del Comparto" (dalla richiesta dell'Aupi).

La versione definitiva lascia ai singoli Pofa il compito di stabilire il rapporto numerico tra componenti di diritto e componenti elettive:"Il Comitato di Dipartimento, presieduto dal Direttore di Dipartimento, è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e di verifica ed è composto di diritto dai responsabili delle Strutture complesse afferenti al Dipartimento, dai Responsabili delle Strutture semplici a valenza dipartimentale, dal Responsabile Infermieristico o Tecnico di area dipartimentale individuato tra le figure professionali prevalenti nel Dipartimento, e dal referente amministrativo di Dipartimento, nonché da membri elettivi nel numero determinato dal Regolamento".

Il grado di istituzionalizzazione

La legge regionale 2/98, che istituisce in Lombardia i CdS, e la successiva vicenda dei Pofa offrono pochi scostamenti rispetto al quadro nazionale.

Il grado di istituzionalizzazione sembra complessivamente scarso, anche se alcune clausole rivelano una diversa impostazione⁹:

- il termine entro il quale il CdS è tenuto ad esprimere i suoi pareri, normalmente di 15 giorni, può essere ridotto a 5 per "motivi di urgenza";
- la durata in carica del Consiglio dei sanitari è legata a quella del Direttore Generale
- l'incompletezza dei dati disponibili a livello regionale circa lo stato di attuazione della legge¹⁰.

Per capire quanto questi tratti siano diffusi sul resto del territorio nazionale, abbiamo fatto una veloce verifica circa lo spazio dedicato alla regolazione di questo organismo nelle 'Linee guida' emanate dalle diverse regioni per la redazione degli atti aziendali.

La regione Veneto tradisce anch'essa un certo imbarazzo, quando scrive, a proposito del CdS: "la disciplina del presente organismo non ha subito modificazioni a seguito della riforma ter. In attesa che le necessarie modifiche alla legge regionale n. 56/94 meglio precisino le funzioni

⁹ la LR conferisce all'organo la possibilità di avanzare analisi, proposte, iniziative al Direttore Generale nelle materie di sua competenza

¹⁰ Questa ricerca si propone appunto di colmare tale lacuna

dell'organismo in argomento alla luce del neo istituito Collegio di direzione, si sente l'esigenza di evidenziare la sua diversa natura da questo ultimo, al fine di eliminare ogni possibile confusione di ruoli. Esso, infatti, in considerazione delle funzioni attribuitegli dall'art. 3, co. 12 del d.lgs. 502/92 e soprattutto della natura elettiva dei suoi componenti, si configura sì come organismo consultivo della direzione generale, ma, diversamente da quanto visto per il collegio di direzione, quale momento in cui le varie componenti professionali dell'azienda di cui esso è espressione, forniscono parere obbligatorio alla direzione nelle materie di competenza¹¹”.

La Regione Emilia – Romagna si limita al richiamo della normativa nazionale e non cita il CdS tra gli organi cruciali per la *clinical governance*: “Forte attenzione dovrà quindi porsi nell'atto aziendale alla definizione dei compiti, dei luoghi e delle relazioni che faranno da scenario alla pratica operativa del governo clinico: Collegio di direzione, Direzione sanitaria, Distretti, Dipartimenti paiono i luoghi più critici e nodali entro cui definire anche ulteriori dimensioni della qualità (...)”¹².

Per quanto non sia stato possibile reperire online le "Linee guida" della Regione Lazio¹³, tuttavia l'atto aziendale della Asl Roma/A dimostra invece una grande cura nella definizione dei compiti e del funzionamento del CdS¹⁴:

- il regolamento è allegato all'atto;
- la composizione è minuziosamente dettagliata;
- per le figure elettive, il regolamento elettorale è allegato all'atto;
- la durata è ampia (5 anni) e non vincolata a quella del direttore generale;
- la frequenza delle riunioni è intensa (“Di norma il Consiglio dei Sanitari si riunisce ogni 15 giorni”);
- sono previste sanzioni in caso di convocazioni a vuoto (“Il Direttore Generale provvede allo scioglimento del Consiglio dei Sanitari qualora lo stesso per tre volte consecutive non abbia raggiunto il numero legale”);
- i componenti che non partecipano al Consiglio per tre volte, senza aver comunicato il motivo dell'assenza, vengono dichiarati decaduti;
- i componenti del Consiglio dei Sanitari possono essere eletti per un massimo di due volte consecutivamente.

Possiamo quindi concludere questa prima parte di ricerca documentale affermando che il CdS nella maggioranza dei casi è un organismo ancora in cerca di un ruolo. Le probabilità di trovarne uno sembrano comunque scendere con il crescere dell'interesse per il tema della *clinical governance*.

11

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Notizie+dalla+sanit%C3%A0/Programmazione+Regionale/lineeguidaperlattoaziendale.htm>

¹² Delibera di Giunta n. 2000/1882

¹³ Linee guida regionali per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, approvate con delibera della Giunta regionale n. 2034 del 21 dicembre 2001. Modifiche alla composizione del consiglio dei sanitari. (BU n. 28 del 10-10-2002)

¹⁴ <http://www.asl-rma.rm.it/allegatoA-B.htm>

PARTE II.
La ricerca quantitativa

di

ALESSIA DAMONTE
(DIP. STUDI SOCIALI E
POLITICI, UNIMI)

FRANCA MAINO
(DIP. STUDI DEL LAVORO,
UNIMI)

4. Introduzione

In questa sezione verranno presentati i risultati della ricerca quantitativa realizzata sui Consigli dei Sanitari (CdS) in Lombardia dal 1998 ad oggi. La ricerca si proponeva un duplice obiettivo:

- il primo, più descrittivo, consisteva nel mappare presenza e funzionamento dei Consigli entro le aziende lombarde;
- il secondo, più analitico, consisteva nel ricercare prime dimensioni che potessero dar conto di un possibile “successo” o “fallimento” dell’organismo nel contribuire alla gestione aziendale – secondo valutazioni espresse da chi nelle aziende ricopre ruoli di responsabilità.

5. La rilevazione.

Problemi e soluzioni per l’acquisizione dei dati

La rilevazione si è strutturata attraverso due strumenti, un questionario e una scheda (v. appendice A e B).

La scheda, destinata ai soli Direttori sanitari in quanto presidenti dei Consigli, era volta a raccogliere informazioni “dure”, di carattere più prettamente amministrativo, sulla storia dei Cds in azienda¹⁵. Il questionario si prefiggeva di completare l’informazione raccogliendo valutazioni individuali e/o aspettative sul funzionamento dell’organismo; perciò è stato inviato ai tre Direttori generale, amministrativo e sanitario (per un totale di 132 questionari) con l’intento di ricostruire da tre punti di vista significativi la complessità legata al tema della rappresentanza dei *professional* nella gestione aziendale.

Il tentativo di distinguere le prospettive interne sul Cds è andato però quasi totalmente deserto: i casi in cui si è avuta risposta da più di un Direttore sono stati minoritari, e trascurabili quelli in cui siano tornati tutti e tre i questionari (tab.1); inoltre, anche laddove sia pervenuto più di un questionario le risposte sono state del tutto concordi¹⁶.

¹⁵ La scheda chiedeva anche di allegare l’atto istitutivo del Cds, il regolamento interno e gli eventuali Odg e verbali delle riunioni dei Cds. Solo 16 aziende (11 Ao e 5 Asl) hanno allegato qualche tipo di documentazione. La maggior parte delle Aziende ha allegato l’atto istitutivo del CdS. Sei aziende hanno accluso anche il regolamento interno e altre sei hanno allegato i verbali delle riunioni tenute dal Cds. La numerosità dei rispondenti su questo punto si è rivelata dunque troppo bassa per poter realizzare qualunque tipo di generalizzazione sulla variazione aziendale nella composizione o funzionamento dei CdS, o sui processi decisionali interni.

¹⁶ In alcuni casi è stato rilevato come il questionario sia stato semplicemente fotocopiato e rinviatoci in duplice o triplice copia oppure le medesime risposte siano state riportate con formulazione identica nei due o tre questionari riconsegnati. Il fenomeno può forse spiegarsi con il carattere di ufficialità attribuita dai rispondenti alla rilevazione, per cui nella maggioranza dei casi il questionario sarebbe stato interpretato come “aziendale” e non “personale”, e si sarebbe preferito fornire indicazioni non contraddittorie sull’istituto.

TAB. 1. I RISPONDENTI AL QUESTIONARIO

Direttori che hanno risposto al questionario	N	
Solo Direttori generali	4	
Solo Direttori amministrativi	4	
Solo Direttori sanitari	27	
Totale		33
Direttori generali + Direttori sanitari	4	
Direttori generali + Direttori amministrativi	2	
Totale		6
Dir. generali + Dir. amministrativi + Dir. sanitari	4	
Totale		4
Totale direttori rispondenti		43

Fonte: nostra elaborazione da questionari

Per questa ragione si è scelto nell'analisi di considerare come unità la singola azienda sanitaria, "accorpando"¹⁷ le risposte nei casi in cui abbia risposto più di un Direttore. In questo modo i 57 questionari sono stati trasformati in 43 casi costituiti dalle risposte "dell'Azienda". La perdita di numerosità è ampiamente giustificata dalla convergenza delle risposte dei Direttori della stessa azienda e dalla necessità, nell'analisi, di "fare pesare" allo stesso modo ciascuna azienda¹⁸.

Complessivamente al questionario hanno risposto quindi 43 Aziende sanitarie su 44. In questo modo sono risultate coperte da questa analisi 28 Ao (su 29) e tutte le 15 Asl¹⁹.

Il processo di istituzione.

Le domande finalizzate a mappare la presenza dei CdS nelle aziende lombarde restituiscono un quadro piuttosto uniforme.

1. Identificazione dei casi "normali"...

Innanzitutto, il dato relativo al numero di CdS presenti in ciascuna azienda dal 1998 ad oggi (tab.2) mostra come tutte le aziende abbiano dato vita ad almeno 1 Consiglio. La concentrazione più decisa

¹⁷ Questa operazione di fatto ha riguardato solamente le domande della sezione II del questionario. Quanto alle altre parti, è stata semplicemente verificata la coincidenza delle risposte. Nei rarissimi casi in cui esse erano divergenti (ad esempio rispetto alla valutazione dell'intensità dell'attività dei CdS), è stata calcolata la media fra le due o tre risposte ottenute. Va aggiunto che anche rispetto alle domande aperte si è riscontrata una elevatissima convergenza delle risposte nei casi in cui per la stessa Azienda ha risposto più di un Direttore.

¹⁸ Altrimenti avrebbero pesato di più le 4 Aziende in cui hanno risposto tutti e tre i Direttori e le 6 Aziende in cui hanno risposto due Direttori.

¹⁹ C'è da notare che non tutti i questionari e le schede sono stati compilati in ogni loro parte, per cui l'universo delle risposte espresse validamente varia di volta in volta.

si verifica inoltre nella categoria mediana: il 73,8% delle aziende, infatti, ne ha istituito 2. La distribuzione nelle altre due categorie evidenzia infine un leggero sbilanciamento a favore delle aziende con un maggior *turn-over* di CdS (l'11,9% ne ha istituiti 1, contro il 14,3% che ne ha istituiti 3).

Tab. 2. Numero di Cds costituiti

(valori calcolati sui soli casi validi; c.v.=42)

Numero di Cds costituiti dal 1998	Asl % (n)	Ao % (n)	Totale % (n)
1	14,3% (2)	10,7% (3)	11,9% (5)
2	71,4% (10)	75,0% (21)	73,8% (31)
3	14,3% (2)	14,3% (4)	14,3% (6)
Totale	100,0% (14)	100,0% (28)	100,0% (42)

Fonte: nostra elaborazione da questionari

Le percentuali confermano la tendenza a questa distribuzione anche quando si distingue tra Asl e Ao, sebbene con qualche differenza. Le colonne centrali della tabella 2 mostrano infatti come:

- per entrambe la percentuale di aziende con 3 CdS si attesti al 14,3%,

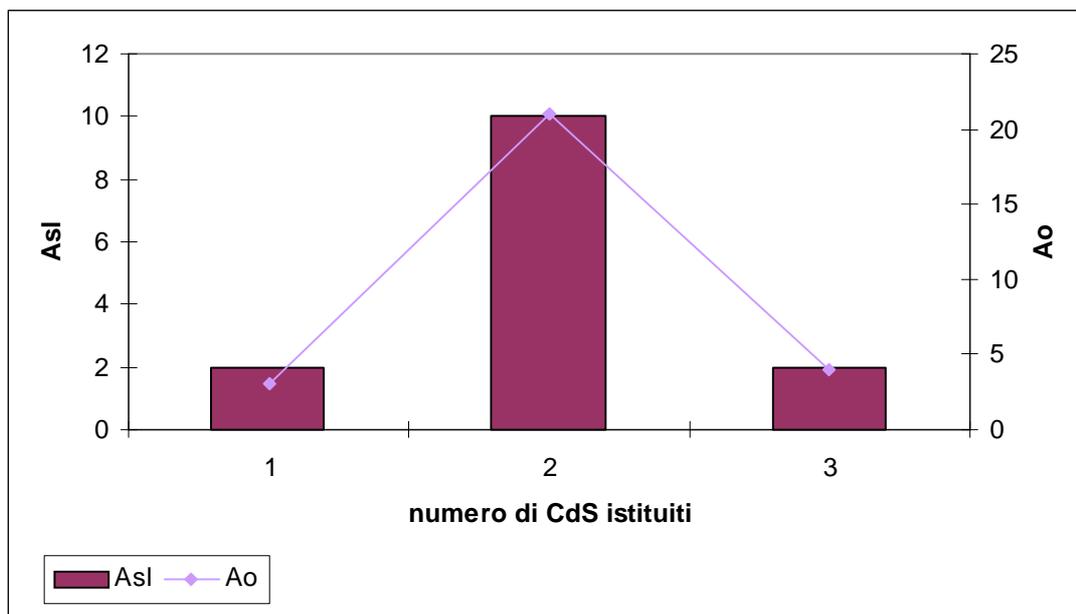
ma

- per le Ao salga al 75% la percentuale di aziende con 2 CdS, mentre scendano al 10,7% le aziende con 3 Consigli;

mentre, viceversa,

- nelle Asl sia leggermente più bassa (71,4%) la concentrazione nella categoria mediana e maggiori (14,3%) quella delle aziende con 1 solo CdS.

Graf. 1. Numero di Cds costituiti: andamento in Asl e Ao



Sebbene sia una tendenza poco accentuata, si può affermare che le Ao abbiano dunque mostrato una maggiore propensione a rinnovare i Consigli rispetto alle Asl.

Anche il dato relativo ai periodi di costituzione dei Consigli (tab.3) identifica in maniera piuttosto definita delle concentrazioni, che corrispondono a specifici anni di attivismo istituzionale: il 1998 (quando si insedia l'87,2% del totale primi CdS) ed il 2003 (dove si istituisce il 75,5% del totale dei secondi CdS).

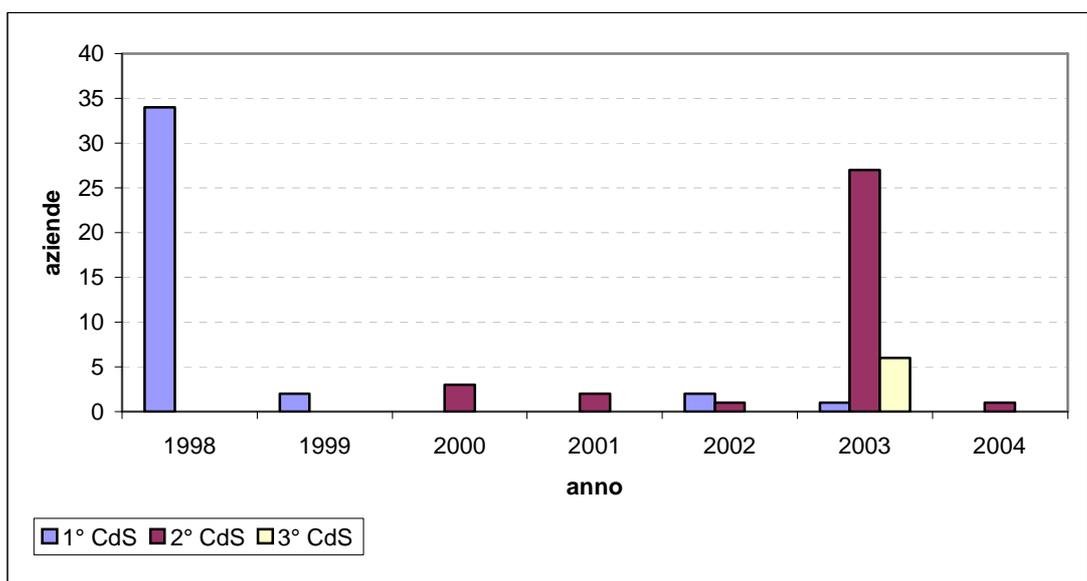
Tab. 3. Cds costituiti per anno

(valori calcolati sui soli casi validi, c.v.=39)

Anno	1° CdS: % (n)	2° CdS: % (n)	3° CdS: % (n)
1998	87,2% (34)		
1999	5,1% (2)		
2000	0,0% (0)	7,7% (3)	
2001	0,0% (0)	5,1% (2)	
2002	5,1% (2)	2,6% (1)	
2003	2,6% (1)	69,2% (27)	15,4% (6)
2004	0,0% (0)	2,6% (1)	0,0% (0)
aziende che non hanno istituito quel CdS	0,0% (0)	12,8% (5)	84,6% (33)
tot	100,0% (39)	100,0% (39)	100,0% (39)

Fonte: nostra elaborazione da questionari

Graf. 2. Cds costituiti per anno



Questo dato rende dunque esplicita una “normalità organizzativa” perfettamente comprensibile alla luce delle dinamiche legislative ed istituzionali:

- il 1998 è infatti l’anno in cui si dà generalmente attuazione alla legge regionale di riordino del settore e alla conseguente prima nomina dei Dg ed istituzione dei CdS; mentre
- il 2003 è l’anno in cui si hanno sia il maggiore avvicendamento di Direttori generali nelle aziende dopo il ’98 per naturale conclusione del mandato (tab.4 e grafico), sia l’emanazione delle nuove Linee guida regionali in cui il parere del CdS è indicato come obbligatorio per l’approvazione dei Pofa (fatto che rende implicitamente necessario il rinnovo contestuale dei CdS).

I picchi del 1998 e del 2003 non esauriscono però l’attività istituzionale delle aziende, che mostrano una tendenza ad istituire CdS anche attorno al 2000. Ancora una volta, il dato appare comprensibile alla luce della variabile organizzativa.

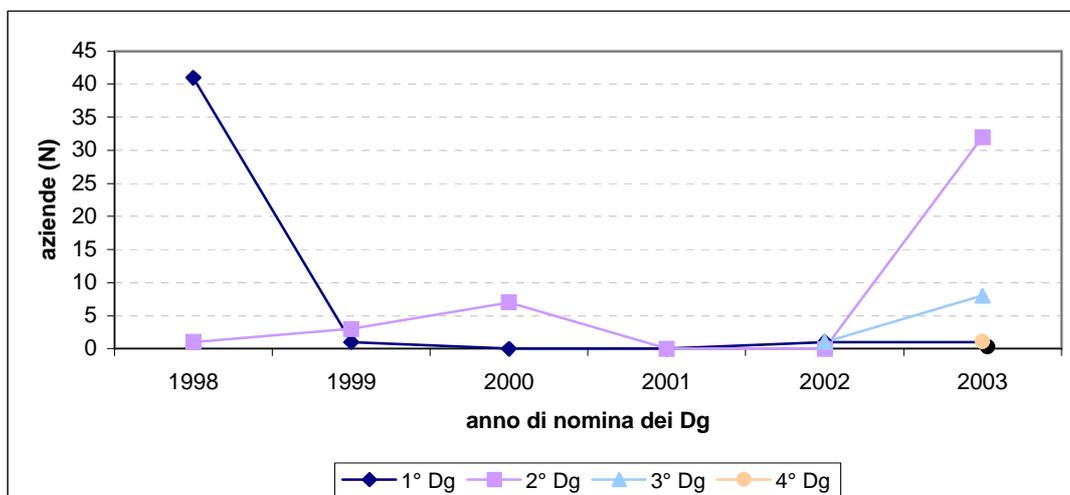
L’andamento aggregato delle aziende mostra infatti una leggera ma sensibile concentrazione di secondi CdS tra il 2000 e il 2001, quando 7 aziende vedono un avvicendamento al vertice (v. tab.4).

Tab. 4. Anno di nomina dei Direttori generali

	1° Dg % (n)	2° Dg % (n)	3° Dg % (n)	4° Dg % (n)	Aziende che hanno cambiato Dg nell’anno % (n)
1998	93,1 (41)	2,3 (1)			97,7 (43)
1999	2,3 (1)	7,0 (3)			9,1 (4)
2000	0,0 (0)	16,3 (7)			15,9 (7)
2002	2,3 (1)	0,0 (0)	11,1 (1)		4,5 (2)
2003	2,3 (1)	74,4 (32)	88,9 (8)	100,0 (1)	95,4 (42)
Tot	100,0 (44)	100,0 (43)	100,0 (9)	100,0 (1)	

Fonte: nostra elaborazione di dati della Regione Lombardia, Dg “Sanità”

Graf. 3. Anno di nomina dei Direttori generali



L'andamento aggregato di nomina di Dg e istituzione di CdS conferma dunque l'ipotesi che, di norma, il *turn-over* dei CdS sia imputabile in prima istanza al *turn-over* dei vertici organizzativi.

Se si disaggrega il dato, e si verifica l'andamento dell'attività istituzionale distinguendo tra Asl e Aol, si conferma nuovamente una leggera differenza di comportamento a seconda che le aziende siano ospedaliere o sanitarie.

Tab. 5. Anno di istituzione dei Cds: dettaglio Asl e Ao

(valori calcolati sui soli casi validi)

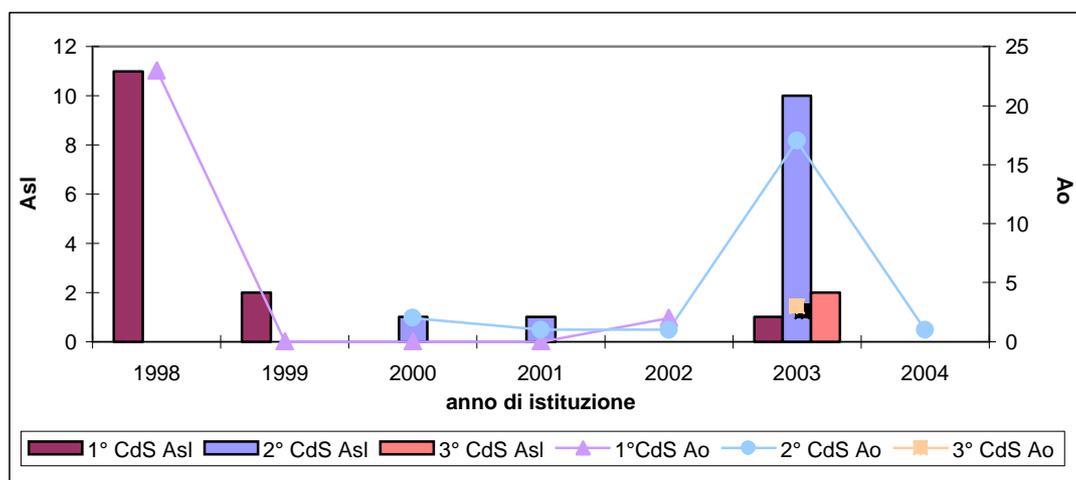
Anno	1° CdS ASL:	1° CdS AOL:	2° CdS ASL:	2° CdS AOL:	3° CdS ASL:	3° CdS AOL:
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
1998	78,6% 11	92,0% 23				
1999	14,3% 2	0,0% 0				
2000	0% 0	0,0% 0	8,3% 1	9,1% 2		
2001	0% 0	0,0% 0	8,3% 1	4,5% 1		
2002	0% 0	8,0% 2	0,0% 0	4,5% 1		
2003	7,1% 1	0,0% 0	83,3% 10	77,3% 17	100,0% 2	100,0% 3
2004	0% 0	0,0% 0	0,0% 0	4,5% 1	0,0% 0	0,0% 0

Fonte: nostra elaborazione da questionari

Prendendo a riferimento i due universi di rispondenti, un confronto dell'andamento dell'attività istituzionale relativa ai CdS (tab.5) mostra infatti:

- una tendenza delle Ao a concentrare l'istituzione dei *primi CdS* subito in corrispondenza del 1998, a fronte di una risposta al cambiamento istituzionale più diluita delle Asl (per le quali il processo di prima istituzione si protrae anche nell'anno successivo). In entrambe le categorie esiste però una simile e minoritaria percentuale di rispondenti che collocano la prima istituzione molto più avanti, attorno al 2002-2003;
- viceversa, una tendenza delle Asl a concentrare la formazione dei *secondi CdS* in corrispondenza dell'altro momento di cambiamento organizzativo esogeno, il 2003, contro un *turn-over* entro le Ao stemperato nell'intero periodo tra il 2000 e il 2004 (con un picco più basso ma comunque significativo attorno al 2003);
- e comunque, per entrambe le categorie, l'esistenza di alcuni casi in cui il *turn-over* intra-aziendale dei CdS è stato ancora più accentuato, e che presentano quindi un *terzo Consiglio*.

Graf. 4. Anno di costituzione dei CdS: dettaglio Asl e Ao



Fonte: nostra elaborazione da questionari

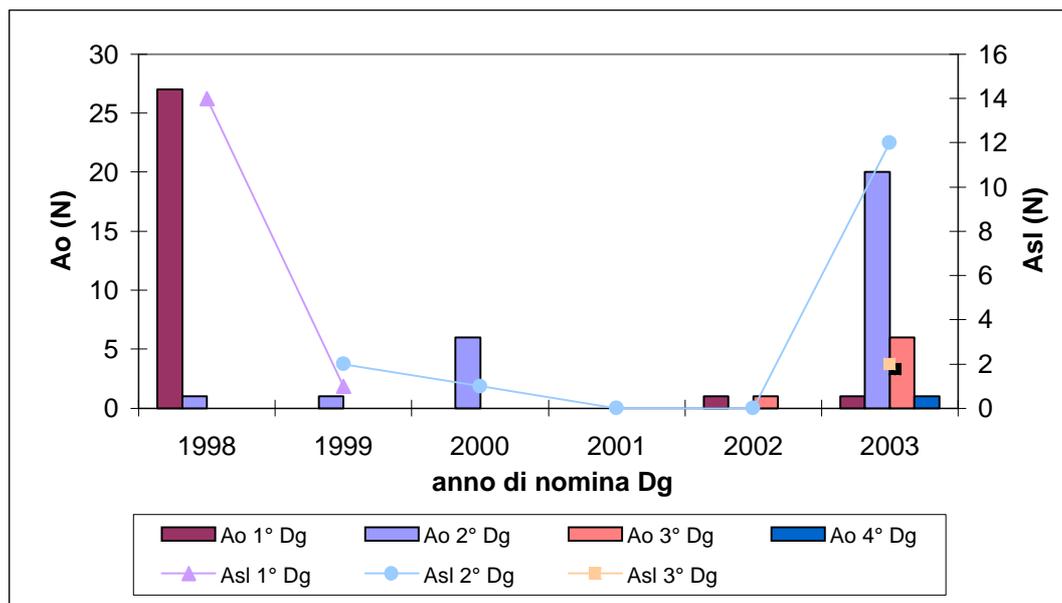
D'altra parte, anche la disaggregazione dell'anno di nomina dei Direttori generali per Asl e Ao (tab 6) restituisce un quadro meno lineare di quanto non lasci trasparire il dato aggregato.

Tab. 6. Anno di nomina dei Dg: dettaglio Asl e Ao

Anno di nomina	Ao				Asl		
	1° Dg % (n)	2° Dg % (n)	3° Dg % (n)	4° Dg % (n)	1° Dg % (n)	2° Dg % (n)	3° Dg % (n)
1998	93,1 (27)	3,6 (1)			93,3 (14)		
1999	0,0 (0)	3,6 (1)			6,7 (1)	13,3 (2)	
2000	0,0 (0)	21,4 (6)				6,7 (1)	
2001	0,0 (0)	0,0 (0)				0,0 (0)	
2002	3,45 (1)	0,0 (0)	14,3 (1)			0,0 (0)	
2003	3,45 (1)	71,4 (20)	85,7 (6)	100,0 (1)		80,0 (12)	100,0 (2)
tot	100,0 (29)	100,0 (28)	100,0 (7)	100,0 (1)	100,0 (15)	100,0 (15)	100,0 (2)

Fonte: nostra elaborazione da questionari

Graf. 5. Anno di nomina dei Dg: dettaglio Asl e Ao



Così:

- rispetto alla nomina del *primo Dg*, se è vero che tanto le aziende ospedaliere quanto quelle sanitarie presentano una concentrazione in percentuale quasi identica nel 1998, è però vero anche che il cambiamento dei vertici si esaurisce per le Asl nell'anno immediatamente successivo, mentre per le Ao si ritrova anche nel biennio 2002-2003;
- se in entrambe le categorie di azienda si verifica una revisione quasi immediata delle scelte iniziali di vertice manageriale nel periodo successivo alla prima nomina, il

fenomeno sembra però più deciso per le Ao che per le Asl. Nelle Ao i dati mostrano infatti un *turn-over* dei Direttori generali più diluito nel tempo, che inizia già nello stesso 1998 e che procede con un leggero picco (21,4%) fino al 2000, quando si interrompe per concentrarsi (71,4%) sul 2003; nelle Asl, invece, la nomina del *secondo Dg* appare più decisamente un fenomeno di avvicendamento naturale che di ripensamento immediato, collocandosi prevalentemente (80%) nel 2003 e solo in alcuni casi (pari a 3 Asl nel biennio 1999-2000 contro le 8 Ao nel triennio 1998-2000) in prossimità della prima stagione di nomine;

- quando si passi a verificare l'esistenza della nomina del *terzo Dg*, i dati evidenziano una minore stabilità complessiva del vertice manageriale nelle Ao, che tra il 2002 e il 2003 presentano il terzo avvicendamento in 7 casi su 29 (in 1 caso il quarto) contro sole 2 Asl.

Le Ao, rispetto alle Asl, presentano quindi un *turn-over* dei vertici aziendali complessivamente più elevato, che non si risolve nelle due “stagioni istituzionali normali” ma si distribuisce sull'intero periodo '98-'03.

Questo dato contribuisce a spiegare il maggior *turn-over* di CdS entro le aziende ospedaliere rispetto a quelle sanitarie.

2. ...e la riflessione sui casi “anomali”.

Rimangono però a questo punto ulteriori margini di riflessione, non più sulla norma ma sui casi che se ne discostano. La riflessione su questi casi appare utile proprio per passare dal piano descrittivo a quello analitico, per comprendere dove il CdS sia considerato anche nell'evidenza dei comportamenti un problema di gestione piuttosto che una soluzione.

Questi casi vengono identificati incrociando dati relativi a variabili istituzionali e verificando di conseguenza la distribuzione delle aziende. La verifica della distribuzione rispetto a incroci diversi consente poi di affinare il dato, con il solo limite della mancata risposta.

Qui di seguito si propongono dunque tre classificazioni:

- (1) per *numero di CdS eletti e numero di Dg nominati*. Questa classificazione aiuta ad identificare i casi anomali delle aziende in cui i CdS siano stati inferiori o superiori ai cambiamenti di vertice, e quindi i Consigli abbiano mostrato caratteristiche di maggiore o minore continuità rispetto al *turn-over* dei vertici del *management*;
- (2) per *scarto temporale tra nomina del Dg ed elezione del nuovo CdS* nelle due stagioni di maggiore e “più naturale” attività istituzionale (1998 e 2003). Questa classificazione consente di comparare la “prontezza di risposta” mostrata dalle aziende a fronte del cambiamento di vertice nei due momenti topici, verificando i casi in cui si siano sempre accumulati ritardi rispetto a quelli in cui sia sempre stata riconosciuta forte coerenza alla norma del *simul stabunt* tra CdS e Dg;
- (3) per *durata dell'ultimo CdS e numero di riunioni* da questo svolte. Qui la distribuzione mette in evidenza i casi in cui il CdS ha avuto un utilizzo più o meno limitato in rapporto alla permanenza in carica.

Classificazione (1). La classificazione per numero di CdS eletti e numero di Dg nominati (tab.7a) rende identificabili i “casi anomali” collocandoli nelle aree più chiare della tabella, dove troviamo rispettivamente:

- al di sotto della diagonale, quelle con una maggiore “inerzia” dei CdS a fronte dei cambiamenti di vertice manageriale;

e, al contrario,

- al di sopra della diagonale, quelle con una forte attività istituzionale dei CdS a fronte di una relativa stabilità manageriale.

Così, prendendo in considerazione le **aziende sanitarie** (tab. 7a):

- il caso più eccentrico è formalmente costituito da quella della Valcamonica, dove ad un elevato numero di Direttori generali nominati (3) corrisponde un basso numero di CdS eletti al momento della rilevazione (1). Qui, nonostante il deciso *turn-over* manageriale, secondo i dettagli in tab.7b il primo Consiglio, eletto normalmente in corrispondenza della nomina del primo Dg, mostrerebbe una decisa persistenza, essendo sopravvissuto ai due successivi avvicendamenti al vertice. Il dato potrebbe però necessitare di correzioni, considerando l'intenzione, espressa nel questionario, di rinnovare l'istituto dopo l'avvicendamento al vertice del 2003. La correzione non eliminerebbe comunque l'interessante anomalia di un Consiglio longevo e più stabile (o inerziale) del vertice manageriale.
- formalmente simile (basso numero di CdS a fronte di *turn-over* organizzativi) ma in realtà speculare appare il caso dell'As di Bergamo. I dettagli (tab.7b) disegnano un'azienda stabile, con cambiamenti di vertice manageriale “normali” nel '98 e nel '03, ma con un insediamento del CdS coerente con i tempi tecnici dell'elezione a seguito della *seconda* nomina. L'evidenza di un'intera gestione in cui non si sarebbe emersa la necessità di eleggere l'organismo lasciano ipotizzare un'azienda in cui il Consiglio non sia generalmente considerato strumento efficace (*tout court*, o rispetto ad altri organismi alternativi).

Sul versante opposto della diagonale (aziende con numero di CdS superiore al numero di Dg nominati) si colloca:

- unica, la Asl di Mantova. I dettagli (tab.7c) restituiscono ancora l'immagine di un'azienda con un *timing* “normale” nelle nomine dei Dg, ma con un avvicendamento nel CdS a metà della prima gestione scarsamente comprensibile alla luce delle sole informazioni strutturali. Se l'elevata attività istituzionale del CdS può essere considerata un primo indicatore di significatività attribuita all'organismo, Mantova può configurarsi allora come esempio di Asl in cui al CdS venga riconosciuto un qualche ruolo importante di raccordo tra la rappresentanza dei *professional* e la gestione.

Tab 7a. Asl: classificazione per numero di CdS eletti e numero di Dg nominati

(distribuzione dei soli casi validi)

		numero di CdS eletti			
		1	2	3	4
numero di Dg nominati	1				
	2	Bergamo	Cremona - Lecco - Lodi - Città Mi - Mi1 - Mi2 - Mi3 - Pavia - Sondrio - Varese	Mantova	
	3	VCamonica		Brescia	
	4				

Fonte: nostra elaborazione da questionari

Tab. 7b. Asl: dettaglio su Cds eletti e Dg nominati

Aziende	Numero di Dg eletti dal 1998	Numero di Cds eletti dal 1998	nomina del 1° Dg	Istituzione del I Cds	nomina del 2° Dg	Istituzione del II Cds	nomina del 3° Dg	Istituzione del III Cds	nomina del 4° Dg
Bergamo	2	1	gen-98	mar-03	gen-03	-	-	-	-
Brescia	3	3	gen-98	dic-99	nov-99	set-00	gen-03	ott-03	-
Como ^(a)	2	^(b)	gen-98	^(b)	ago-99	^(b)	-	-	-
Cremona	2	2	gen-98	mag-98	gen-03	dic-03	-	-	-
Lecco	3	2	gen-98	mar-98	gen-03	nov-03	-	-	-
Lodi	2	2	gen-98	mag-98	gen-03	nov-03	-	-	-
Mantova	2	3	gen-98	apr-98	gen-03	mag-01	-	dic-03	-
Città di Milano	2	2	gen-98	lug-98	gen-03	dic-03	-	-	-
Milano 1	2	2	gen-98	apr-98	gen-03	nov-03	-	-	-
Milano 2	2	2	gen-98	Set-98	gen-03	nov-03	-	-	-
Milano 3	2	2	gen-98	mag-98	dic-03	nov-03	-	-	-
Pavia	2	2	gen-98	apr-98	gen-03	dic-03	-	-	-
Sondrio	2	2	gen-98	mar-98	gen-03	nov-03	-	-	-
Valcamonica	2	2	ago-99	nov-99	mar-00	-	gen-03	-	-
Varese	3	1	gen-98	apr-98	gen-03	dic-03	-	-	-

Legenda: ^(a) Scheda non pervenuta.

^(b) Dato non pervenuto.

Per le **aziende ospedaliere**, la tendenza a “scivolare” sotto la diagonale (dunque ad istituire meno CdS di quanti Dg vengano nominati) appare più accentuata di quanto sia risultato nel caso precedente. Qui, infatti, circa 1 azienda ogni 4 sul totale dei casi validi presenta meno Consigli che Direttori, contro un rapporto di circa 1 ogni 5 per le Asl.

Tab. 8a. Ao: Gruppi per numero di CdS eletti e numero di Dg nominati

(distribuzione dei soli casi validi)

		numero di CdS eletti			
		1	2	3	4
numero di Dg nominati	1	Lodi			
	2	S. Antonio Gallarate - Niguarda Mi	Civili Bs - Circolo Busto - Mellini Chiari - S. Anna Co - Maggiore Crema - Salvini Garbagnate - Manzoni Lc - Civile Legnano - Circolo Melegnano - Pini Mi - IstClinici Mi - Sacco Mi - S. Paolo Mi - S. Gerardo Monza - Osp Pv - VTellinaChiavenna - Civile Vimercate	S. Carlo Mi	
	3		Desenzano - Fatebenefratelli Mi - Caravaggio Treviglio - Bolognini Seriate	Riuniti Bg - Poma Mn	
	4			IstOsp Cremona	

Fonte: nostra elaborazione da questionari

Tab. 8b. Ao: dettaglio su Cds eletti e Dg nominati

Aziende	Numero di Dg eletti dal 1998	Numero di Cds eletti dal 1998	nomina del 1° Dg	Istituzione del I Cds	nomina del 2° Dg	Istituzione del II Cds	nomina del 3° Dg	Istituzione del III Cds	nomina del 4° Dg
Ospedali Riuniti – Bg	3	3	gen-98	giu-98	gen-00	mar-00	gen-03	apr-03	
Spedali Civili - Bs	2	2	gen-98	mar-98	gen-03	dic-03		-	
Osp. di Circolo - Busto Arsizio	2	2	gen-98	apr-98	gen-03	dic-03		-	
Ospedale M. Mellini - Chiari	2	2	gen-98	lug-98	gen-03	nov-03		-	
Ospedale S. Anna – Co ^(a)	2	2	gen-98	^(b)	gen-03	^(b)		-	
Osp. Maggiore – Crema ^(d)	2	2	gen-98	mar-98	gen-03	nov-03		-	
Istituti Ospitalieri – Cremona	4	3	gen-98	mag-98	gen-00	apr-00	gen-02	set-03	gen-03
AO di Desenzano del Garda	3	2	gen-98	apr-98	mar-00	dic-03	gen-03	-	
S. Antonio Abate – Gallarate	2	1	gen-98	Feb-98	gen-03	-		-	
G. Salvini - Garbagnate M.se	2	2	gen-98	mag-98	gen-03	dic-03		-	
A. Manzoni – Lc	2	2	gen-98	apr-98	gen-03	gen-04		-	
Ospedale Civile – Legnano	2	2	gen-98	mag-98	gen-03	dic-03		-	
AO di Lodi ^(e)	1	1	gen-03	ott-02	-	-		-	
Ist. Ospedalieri C. Poma – Mn	3	3	gen-98	mag-98	mag-00	mag-01	gen-03	dic-03	
Osp. di Circolo - Melegnano ^(d)	2	2	gen-98	mag-98	gen-03	dic-03		-	
Fatebenefratelli - Mi	3	2	gen-98	mag-98	lug-98	dic-03	gen-03	-	
G. Pini - MI	2	2	gen-98	mar-98	gen-03	dic-03		-	
Ist. Clinici di Perf. - Mi	2	2	gen-98	mar-98	gen-03	nov-03		-	
Niguarda - Mi	2	1	gen-98	giu-98	gen-03	-		-	
L. Sacco - Mi	2	2	gen-98	mag-98	gen-03	dic-03		-	
S. Carlo Borromeo - Mi	2	3	gen-98	mar-98	gen-03	feb-02	-	nov-03	-
S. Paolo - Mi	2	2	gen-98	^(b)	gen-03	nov-03		-	
Osp. S. Gerardo - Monza ^(a)	2	2	gen-98	^(b)	gen-03	nov-03			
Azienda Ospedaliera di Pavia	2	2	feb-02	feb-02	gen-03	nov-03		-	
Bolognini - Seriate	3	2	gen-98	mar-98	gen-00	nov-03	gen-03	-	
AO Valtellina Valchiavenna ^(c)	2	2	gen-98	mar-98	gen-03	dic-03		-	
Osp. Caravaggio - Treviglio	3	2	gen-98	apr-98	gen-00	nov-03	gen-03	-	
Fondazione Macchi - Va ^(a)	3	^(b)	gen-98	^(b)	dic-99	^(b)	gen-03	-	
Ospedale Civile - Vimercate	2	2	gen-98	giu-98	gen-03	nov-03		-	

Legenda: ^(a) Scheda non pervenuta.

^(b) Dato non pervenuto.

^(c) L'AO della Valtellina e della Valchiavenna è stata istituita nell'aprile del 2003. Il Cds della AO Morelli di Sondalo (istituito nel 1998) è prima confluito nella nuova Azienda ospedaliera e poi stato rieletto nel 2003.

^(d) presenza al vertice di un commissario straordinario tra la prima e la seconda gestione. Questa presenza non è stata considerata ai fini della rilevazione, che tiene conto dei soli Direttori generali ordinari in quanto correlati all'istituzione dei Cds.

^(e) l'azienda, costituita nel 2002 attraverso scorporo del presidio ospedaliero della Asl di Lodi, è stata gestita dal 1998 da un commissario straordinario che nel 2003 ne è divenuto il Dg.

Al di sotto della diagonale, dunque, troviamo (tab 8a):

- 2 aziende (S. Antonio di Gallarate e Niguarda) con un numero “normale” di Dg ma un solo CdS istituito. Queste si configurano come contesti potenzialmente simili alla Asl della Valcamonica – contesti ambigui, in cui la sopravvivenza del CdS può indicare tanto una conferma dell'utilità dell'organismo nella sua prima composizione da parte dei vertici organizzativi, sia un suo processo di obsolescenza;
- 4 aziende (di Desenzano, Bolognini di Seriate, Caravaggio di Treviglio e Fatebenefratelli) in cui il numero di CdS appare “normale”, e più elevato il numero di avvicendamenti al vertice.

Il caso estremo appare in tal senso quello del Fatebenefratelli, dove il vertice manageriale è stato sostituito due volte nel 1998: tarato questo dato, però, per andamenti istituzionali osservati l'azienda rientrerebbe nella norma.

Negli altri tre casi, il primo CdS sopravviverebbe ad un avvicendamento di medio termine dei Dg avvenuto in entrambe le aziende attorno al 2000, per riallinearsi alla norma nel 2003. Così strutturato il gruppo si presta ancora una volta ad ipotesi antitetiche riguardo la permanenza del CdS istituito con la prima gestione (indicatore di inerzia e obsolescenza, quanto di una riconferma in virtù di un giudizio positivo espresso sul lavoro svolto fino a quel momento);

- 1 azienda (Istituti di Cremona) in cui appare particolarmente alto il *turn-over* del vertice manageriale (4 nomine), e leggermente più basso quello dei CdS istituiti. Il dettaglio (tab.8b) porta però a definire tendenzialmente “nella norma” il comportamento dell'azienda, che, come per il Fatebenefratelli, avrebbe vissuto un primo ripensamento del vertice manageriale nel '98, data oltre la quale ad ogni nomina ha comunque puntualmente corrisposto l'elezione di un nuovo CdS, come da legge.

Al di sopra della diagonale si trova invece:

- una sola azienda, il S. Carlo di Milano, dove le nomine dei vertici ed i rinnovi dei CdS appaiono perfettamente in linea con le stagioni del rinnovo istituzionale ('98 e '03), mentre il secondo CdS segue un *timing* difficilmente comprensibile senza il ricorso ad altre variabili esplicative.

Da notarsi, però, come anche in questo caso il rinnovo del CdS nel 2003 abbia corrisposto non alla data di rinnovo del vertice aziendale, ma a quella pubblicazione delle nuove Linee guida regionali che chiedevano esplicitamente l'acquisizione del parere del Consiglio per l'approvazione del Pofa, nove mesi dopo.

Classificazione (2). Un confronto dello scarto tra nomina del Dg e istituzione del relativo Cds nelle due stagioni istituzionali del 1998 e del 2003 rivela, dove il dato sia disponibile, una diffusa tendenza a rispettare la cogenza del dettato di legge nel 1998 (quando passano in genere 3-4 mesi dalla nomina del nuovo Dg all'istituzione del primo CdS), e nel 2003 una altrettanto diffusa tendenza (leggermente più alta per le Ao che per le Asl, ma comunque ben superiore al 1998: 10-11 mesi) a disattenderla in assenza di vincoli più stringenti²⁰.

La perdita di cogenza della previsione di legge secondo la quale a nuovo Dg sarebbe dovuto corrispondere un nuovo CdS appare dunque un fenomeno diffuso a tutte le aziende.

²⁰ La quasi universale collocazione dell'istituzione del CdS negli ultimi mesi del 2003, in corrispondenza delle sunnominate linee guida, lasciano aperto il dubbio che queste abbiano fondamentalmente alterato il dato, e che in loro assenza le elezioni di nuovi CdS avrebbero potuto essere un fenomeno ben più limitato.

Considerando come valore di riferimento il valore mediano della differenza tra nomina del Dg e istituzione del CdS, otteniamo una nuova distribuzione rispetto ad una diagonale su cui si allineano le aziende con comportamenti coerenti: dalla pronta risposta in entrambe le stagioni istituzionali (casella in alto a sinistra), alla costante bassa sensibilità per le sollecitazioni legislative-organizzative (casella in basso a destra).

Un primo confronto tra categorie di azienda (tabb. 9a e 9b) dimostra ancora una volta come il “comportamento” delle Asl appaia leggermente meno condizionato dalle variabili organizzative e legislative prese in considerazione di quanto non accada per le Ao, che tendono a considerare (a questo punto, per condizioni di assetto organizzativo interno) i termini di legge come maggiormente vincolanti l’elezione del CdS.

Al di là di questo, il rispetto della coerenza dei vincoli disegna dentro i due gruppi una distribuzione che perfeziona quella delle tabb.7a e 8a.

Così, per le **Asl** (tab.9a):

Tab. 9a. Asl: scarto tra Dg nominato e CdS eletto nel '98, e nel '03.

(distribuzione dei soli casi validi)

		• 1998			
		Meno di 3 mesi	3 mesi	Più di 3 mesi	Nessun CdS eletto
• 2003	Meno di 10 mesi			Mi3	Bergamo - Brescia
	10 mesi	Lecco – Sondrio	Mi1 - Varese	Lodi – Mi2	
	Più di 10 mesi		Mantova – Pavia	Cremona – Città Mi -	
	Nessun CdS eletto		Valcamonica		

Fonte: nostra elaborazione da questionari

- il caso di Bergamo si riconferma eccentrico, come esempio di azienda che ha disatteso nella prima gestione la previsione di legge, ma è stata più sollecitata delle altre nell’istituire il CdS durante la stagione 2003 (addirittura dopo due soli mesi dalla nomina del nuovo Dg). Simile comportamento (sebbene lo scarto tra nomina del Dg e istituzione del CdS salga qui a 9 mesi) risulta avere la Asl di Brescia, che in precedenza aveva mostrato una corrispondenza perfetta tra *turn-over* di vertice e di Consiglio (dovuta però alla presenza di ben 2 CdS durante la seconda gestione: v. tab. 9b).
- altra conferma proviene dalla posizione di Valcamonica, che dopo aver rispettato la norma nella prima stagione istituzionale al momento della rilevazione ancora mancava del nuovo CdS, confermando la straordinaria longevità dell’organismo.

Inoltre,

- la posizione di Mantova (adesso al di sotto della diagonale) sembra correggere invece le prime riflessioni, se si associa il ritardo nell’istituzione del CdS durante il 2003 ad un giudizio sostanziale critico sulla sua utilità. Come e più che per la maggioranza delle

aziende, qui nel 2003 sarebbero infatti passati 11 mesi prima dell'insediamento del nuovo CdS.

Le Asl di Milano 1 e Varese rimangono invece le uniche a mantenersi al centro perfetto della distribuzione, candidandosi a *benchmark* di normalità rispetto alle variabili strutturali prese in considerazione.

Riguardo alle **Ao** (tab.9b), la “norma” appare rappresentata dai soli ospedali Civili di Brescia, Circolo di Busto Arsizio, e della Valtellina-Valchiavenna, che occupano una posizione centrale in entrambe le distribuzioni.

Tab. 9b. Ao: scarto tra Dg nominato e CdS eletto nel '98, e nel '03.

(distribuzione dei soli casi validi)

		• 1998			
		Meno di 3 mesi	3 mesi	Più di 3 mesi	Nessun CdS eletto
• 2003	Meno di 11 mesi	Maggiore Crema IstClinici Mi – Bolognini Seriate	Caravaggio Treviglio	Mellini Chiari – IstOsp Cremona – Sacco Mi – S. Carlo Mi – Pavia – Civile Vimercate	
	11 mesi	Pini Mi	Civili Bs – Circolo Busto – Desenzano – ValtellinaChiavenna	Salvini Garbagnate – Civile Legnano – Poma Mn – Circolo Melegnano – Fatebenefratelli Mi	
	Più di 11 mesi		Manzoni Lc		
	Nessun CdS eletto	Niguarda Mi – S. Antonio Gallarate			

Fonte: nostra elaborazione da questionari

Quanto ai casi precedentemente emersi come “anomali”:

- Niguarda e S. Antonio di Gallarate si confermano come casi anomali di aziende “solerti” nel '98, ma “ritardatarie” nel 2003 al punto da non aver ancora istituito un nuovo CdS al momento della rilevazione, nonostante l'avvenuto cambio di vertice;
- il S. Carlo di Milano, per parte opposta, insieme agli Istituti Ospitalieri di Cremona, si conferma in una posizione eccentrica, di azienda che risponde con maggiore prontezza alle sollecitazioni istituzionali nel '03 che nel '98;
- sia il Bolognini di Seriate, sia il Caravaggio di Treviglio che l'Ao di Desenzano si riposizionano sul lato delle aziende da “normali” a “virtuose” (rispetto ad una norma comunque molto lasca riguardo ai rinnovi dei CdS in tutte le aziende), con attese per l'insediamento del CdS nel 2003 pari se non inferiori al valore mediano.

Classificazione (3). Ulteriori informazioni sulle dinamiche istituzionali provengono ancora dall'utilizzo che le diverse aziende possono aver fatto di quest'ultimo e, considerati i tempi medi di

istituzione, probabilmente più problematico CdS. Punto di riferimento rimane l'idea che, a seconda dei contesti organizzativi, il CdS possa essere considerato un problema piuttosto che una soluzione rispetto alla programmazione, e che ci siano comportamenti effettivi che aiutano ad identificare dove ciò avvenga. La categorizzazione delle aziende per durata dell'ultimo CdS e numero di riunioni da questo effettuate fornisce infatti ulteriori indicazioni in tal senso, raffinando il dato relativo alla durata in carica e alla corrispondenza con i cambiamenti di vertice aziendale: un CdS molto longevo, come già rilevato, può infatti essere un organismo sia inerte che attivo, e solamente altri indicatori, a partire dal numero di riunioni svolte, è in grado di completare l'informazione. Purtroppo l'assenza di dati relativi a queste dimensioni in alcuni casi emersi in precedenza per le interessanti anomalie presentate rendono difficile costruire una riflessione completa.

Così, per le **Asl** (tab.10a) è impossibile fornire una collocazione sia per Mantova, sia per Bergamo che per Valcamonica.

Tab. 10a. Asl: distribuzione per durata del CdS in carica e n. di riunioni effettuate
(distribuzione dei soli casi validi)

		durata dell'ultimo CdS (mesi)			
		0	1	2-3	3+
n. riunioni effettuate	nessuna				
	1			Cremona - Lodi - Mi1 - Mi3 - Sondrio - Varese	Brescia
	2-3			Lecco - Mi2	
	3+			Città Mi	

Fonte: nostra elaborazione da questionari

Brescia, la cui eccentricità era emersa nella classificazione precedente, si distingue ancora una volta: il suo ultimo CdS, pur istituito con una certa prontezza ed in carica quindi da più mesi rispetto alla maggioranza delle altre aziende, è stato però utilizzato una sola volta.

Il rispetto dell'indicazione sulla cadenza mensile delle riunioni, dal punto di vista statistico appare rispettata solamente da due delle aziende rispondenti, ossia Lecco e Milano2 – il che le pone in posizione “virtuosa” rispetto ad una maggioranza di Asl che hanno invece riunito il Consiglio 1 sola volta (concentrazione che avvalorava l'ipotesi di una istituzione dell'organo finalizzata soprattutto all'espressione del giudizio obbligatorio sul Pofa indicato dalle Linee guida regionali).

Un ricorso più ampio al CdS emerge infine per la Asl Città di Milano, che nelle precedenti distribuzioni si era mantenuta in posizioni di “normalità”, e che qui si configura come possibile contesto in cui al Consiglio sia comunque attribuito un ruolo attivo.

Il ricorso all'ultimo CdS da parte delle **aziende ospedaliere** appare invece più differenziato (tab.10b).

Innanzitutto, tra le rispondenti esiste qui un gruppo di aziende in cui il nuovo CdS, pur essendo stato istituito (dato il *timing*, presumibilmente per l'approvazione del Pofa), al momento della rilevazione ancora non avevano effettuato alcuna riunione. Tra queste aziende, due (Mellini di

Chiari, e Civile di Vimercate), nella precedente classificazione si erano posizionate tra quelle che avevano fatto registrare un relativo ritardo nell'istituzione del primo CdS (v. tab.9b) – fatto che lascia supporre l'esistenza di possibili resistenze organizzative interne ai processi relativi alla consultazione dell'organo.

Tab. 10b. Ao: distribuzione per durata del CdS in carica e n. di riunioni effettuate

(distribuzione dei soli casi validi)

		durata dell'ultimo CdS (mesi)			
		0	1	2-3	3+
n. riunioni effettuate	nessuna			Mellini Chiari - ValtellinaChiavenna - Civile Vimercate	
	1			Civili Bs - Circolo Busto - Maggiore Crema - Desenzano - Salvini Garbagnate - Civile Legnano - Circolo Melegnano - Pini Mi - IstClinici Mi	Riuniti Bg - IstOsp Cremona
	2-3			Poma Mn - Bolognini Seriate - Caravaggio Treviglio	
	3+		Manzoni Lc		S. Antonio Gallarate - Lodi - Niguarda Mi - S. Carlo Mi

Fonte: nostra elaborazione da questionari

Inoltre:

- il gruppo di aziende (Bolognini di Seriate, Caravaggio di Treviglio e Desenzano) che erano emerse come “anomale” nella prima distribuzione e “normali” nella seconda, trovano in questa classificazione una ulteriore conferma della propria non eccezionalità, con una frequenza di riunioni dell'ultimo Consiglio, per quanto recente, comunque prossima alla cadenza mensile suggerita dalla norma.

Purtroppo nulla può essere detto qui del Fatebenefratelli, inizialmente associato al gruppo, mancando i dati relativi;

- una conferma ulteriore si ha riguardo al gruppo S. Antonio di Gallarate e Niguarda, cui si aggiunge il S. Carlo di Milano, come esempi particolarmente virtuosi di ricorso al CdS.

Nel caso di Gallarate e di Niguarda, la particolare longevità dell'organo (rispettivamente 72 e 68 mesi) viene qui definitivamente associata non alla sua obsolescenza ma ad una buona vitalità – che corrisponde comunque ad una media di 1 riunione ogni 4 mesi e mezzo per Niguarda, e addirittura ad 1 riunione ogni mese e mezzo per il S. Antonio. Qui si può ipotizzare una profonda istituzionalizzazione sostanziale dell'organismo, al quale si appare certamente imputabile l'acquisizione di un ruolo specifico nella *governance* aziendale;

- altro caso di interesse per ricorso relativamente intenso al CdS è il Manzoni di Lecco, che se nelle precedenti distribuzioni si manteneva in posizioni di relativa normalità, qui emerge per la frequenza elevata di riunioni rispetto sia alla media, sia alla lettera di legge.

Sul versante opposto, infine, si collocano

- gli Istituti Ospitalieri di Cremona e gli Ospedali Riuniti di Bergamo, dove, nonostante la relativa durata del CdS, questo si sarebbe riunito solamente 1 volta – confermandosi come contesti in cui lo spazio assegnato al Consiglio nella gestione aziendale appare compresso.

Il funzionamento interno dei CdS

La variabilità tra le Aziende sanitarie rispetto al numero di riunioni è ancora una volta un dato comprensibile alla luce dei vincoli istituzionali: la legge (sia quella nazionale che quella regionale) non indica infatti in modo cogente la frequenza con la quale l'organo debba essere convocato. Del resto (e i due elementi sono connessi) la legge non indica neanche le materie/questioni su cui il Cds debba essere chiamato ad esprimersi, lasciando ai rapporti intra-aziendali una ampia discrezionalità in proposito.

La legge indica però a chi sia attribuito il potere di convocazione, articolandolo secondo tre modalità: per iniziativa del suo Presidente (ovvero il Direttore Sanitario), per iniziativa di almeno un terzo dei componenti, e per iniziativa del Direttore Generale.

I dati indicano che nella gran parte dei casi le riunioni sono state indette per iniziativa del Presidente, solo in alcuni casi per iniziativa del Direttore generale, mentre non sono mai state indette per iniziativa di almeno un terzo dei componenti (tab. 11).

TAB. 11. ESERCIZIO DEL POTERE DI INIZIATIVA

Numero totale di riunioni tenute nell'Azienda sanitaria	Numero di casi in cui il Cds è stato convocato per iniziativa del:		
	Presidente	a volte del Presidente, a volte del Direttore generale	Direttore generale
0			
1	12		5
2	2	1 ^(a)	2
3	1		
4		2 ^(b)	
5		1 ^(c)	
8	1		
15	1		
47	1		
Totale	18	4	7

Legenda: ^(a) 1 volta il Presidente, 1 volta il Direttore generale.

^(b) In un caso 3 volte il Presidente e 1 il Direttore generale; nell'altro caso 2 volte il Presidente e 2 il Direttore generale.

^(c) 4 volte il Presidente e 1 volta il Direttore generale.

Fonte: nostra elaborazione da questionari

Il dato relativo all'autorità che più ha utilizzato il potere di convocazione configura quindi l'organo come un soggetto sì di rappresentanza della parte medica, ma comunque disciplinato dal suo vertice.

1. Il CdS in carica: le questioni trattate

La legge regionale 2/98 stabilisce che compito principale dei Cds è quello di fornire pareri obbligatori al direttore generale sulle attività tecnico-sanitarie e su quelle di assistenza sanitaria. A questo fine una domanda chiedeva agli intervistati di indicare le tre questioni più importanti su cui il Cds in carica era stato chiamato ad esprimere un parere obbligatorio.

Come sintetizzato nella tabella 12, nella gran parte dei casi (25 dei 35 che hanno risposto) la questione più importante è stata indicata nella definizione dei Piani di funzionamento e organizzazione aziendale (Pofa). In altri quattro casi la definizione dei Pofa è stata indicata come seconda o terza questione più importante.

TAB. 12. LE TRE QUESTIONI PIÙ RILEVANTI SU CUI I CDS IN CARICA HANNO ESPRESSO UN PARERE OBBLIGATORIO

(valori percentuali calcolati sui soli casi validi)

	Prima	Seconda	Terza	Totale
Piano di funzionamento e organizzazione aziendale	25	1	3	29
Piano strategico aziendale	6	7	1	14
Organizzazione dipartimenti		4	4	8
Variazioni nell'assetto organizzativo	2	3		5
Nomina componenti Commissioni concorsuali	1	2	1	4
Percorsi diagnostici-terapeutici	1	1		2
Altro		1	9	10
Non indicato	8	22	27	
Totale	43	43	43	

Fonte: nostra elaborazione da questionari

L'approvazione del Pofa rappresenta dunque l'attività all'ordine del giorno cui la maggioranza delle aziende abbia attribuito l'importanza maggiore.

Il dato va comunque relativizzato, poiché soggetto ad un effetto statistico: molte aziende al momento della rilevazione avevano infatti appena eletto il proprio CdS, e proprio per rispondere al vincolo di legge dell'approvazione del Pofa.

Lo stesso dato aggregato, infatti, evidenzia come questa priorità non esaurisca l'attività di deliberazione del Consiglio.

Considerando tutte e tre le risposte (prima, seconda, e terza questione), emerge come, accanto ai 14 casi in cui i CdS sono stati chiamati ad esprimere un parere obbligatorio sul Piano strategico aziendale, in 8 si siano pronunciati sulla organizzazione dei dipartimenti, in 5 su variazioni dell'assetto organizzativo, in 4 su nomine di Commissioni concorsuali, in 2 (Ao S. Antonio Abate di Gallarate e Asl di Pavia) sulla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici. Infine, vi sono stati 10 pareri obbligatori raggruppati sotto la categoria "Altro", fra i quali rientrano attività quali "Convenzione con l'Università", "accreditamento", "progetto di riorganizzazione dell'attività ambulatoriale" "regolamento dell'attività libero-professionale".

Tra le altre questioni trattate, la dimensione organizzativa emerge come la più rilevante, che assorbe la maggior parte dell'attenzione dell'organismo.

Una volta chiamato ad esprimersi, inoltre, il Consiglio appare comunque un organismo generalmente in grado di raggiungere un giudizio. Rispetto alle questioni indicate nella tabella 11, solamente 3 volte infatti si sarebbe verificata una situazione di silenzio-assenso, e in un altro caso il CdS non si era ancora espresso.

Nella rimanente, significativa maggioranza dei casi, risulta infine che i Cds avevano dato un parere positivo. Questo lascia sul tappeto due ipotesi antitetiche:

- che il CdS rappresenti un passaggio legittimativo prettamente formale di alcune decisioni organizzative già istruite e strutturate in sedi differenti;
- oppure, viceversa
- che il CdS rappresenti un’arena di aggiustamento di quelle proposte, la cui approvazione comporti contestualmente l’inserimento di modifiche.

Le risposte fornite alla domanda che chiedeva di valutare l’impatto dei pareri obbligatori sulla programmazione aziendale farebbero propendere per la seconda ipotesi, sebbene con sfumature piuttosto rilevanti. Se infatti solamente in 3 aziende il giudizio espresso sia stato ritenuto totalmente privo di impatto, in 12 (la maggioranza dei rispondenti) però l’impatto sarebbe stato “molto contenuto”. D’altra parte, per 7 aziende l’impatto sarebbe stato piuttosto elevato e in 1 il giudizio del CdS avrebbe modificato le scelte di programmazione (tab. 13).

TAB. 13. L’IMPATTO DEI PARERI DEL CDS NEI CASI CHE NON SI SONO RISOLTI CON UN SILENZIO-ASSENSO

(valori percentuali calcolati sui soli casi validi)

	%	N
Non hanno avuto impatto	13,0	(3)
Hanno avuto un impatto molto contenuto	52,2	(12)
Hanno avuto un impatto piuttosto elevato	30,4	(7)
Hanno modificato le scelte di programmazione	4,3	(1)
Totale	100,0	(23)

Fonte: nostra elaborazione da questionari

Quanto alle ragioni che spiegano l’impatto dei pareri del Cds, nei 6 (su 7) casi in cui è stata indicata una motivazione per spiegare il grado “piuttosto elevato” di tale impatto sembra emergere un profilo del Cds quale organo importante di supporto alle attività dell’Azienda sanitaria (ad esempio: “le proposte del Cds sono un valido contributo alle decisioni della direzione aziendale”, “suggerimenti e integrazioni erano dettati da competenza ed esperienza” e “la consulenza del Cds è stata pertinente e mai strumentale alle scelte aziendali”).

Negli 8 (su 12) casi in cui è stata indicata una motivazione per spiegare che l’impatto è stato invece “molto contenuto”, le motivazioni sembrano a volte in contraddizione e in generale non in grado di illustrare le ragioni di tale scarso impatto (“il Cds non ha partecipato attivamente alla preparazione dei documenti ma si è limitato a visionarli e a dare il parere richiesto”, “le modifiche richieste non erano significative”, ma anche “il Pofa è stato approvato senza modifiche sostanziali” e “il Cds esprime pareri non vincolanti”).

Nel giudizio dei rispondenti, il CdS sembra dunque conquistare un proprio ruolo entro la programmazione aziendale nel momento in cui riesce a formulare contributi propositivi valorizzando le competenze specifiche dei *professional*.

Questa ipotesi appare avvalorata anche dall'analisi degli strumenti alternativi utilizzati, e dall'impatto ad essi attribuito sulle scelte manageriali.

2. Il CdS in carica: gli strumenti utilizzati

Rispetto alla norma nazionale, la legge regionale 2/98 amplia gli strumenti a disposizione dei CdS, pur mantenendone bassa la cogenza, e stabilisce che questi organismi possono farsi promotori di analisi, proposte e indicazioni nelle materie di loro competenza.

Questi strumenti appaiono però nel complesso poco frequentati dai CdS in carica, ed in genere come strumento per intervenire su *issues* organizzative o per perfezionare pareri obbligatori.

I dati sembrano avvalorare però l'ipotesi di una tendenziale rilevanza degli strumenti sulla programmazione, sebbene questi scontino il carattere di scarsa vincolatività che la norma attribuisce loro.

Con riferimento alle **analisi**, in 35 aziende su 43 che hanno risposto a questa domanda solo 1 ha risposto in modo affermativo ed indicato come motivazione "ruolo e funzioni dei dipartimenti sanitari". Il rispondente però ha specificato che tale analisi avrebbe avuto un impatto molto contenuto sulla programmazione dell'Azienda.

Quanto alle **proposte**, di 35 aziende su 43 che hanno risposto a questa domanda, solo 9 (25,7%) hanno risposto in modo affermativo.

Le questioni per cui i Cds sono ricorsi a questo strumento hanno riguardato, ad esempio, modifiche all'assetto dei dipartimenti, la definizione di protocolli diagnostico-terapeutici, l'articolazione del servizio farmaceutico, l'allocazione degli spazi per sale operatorie e di degenza.

L'impatto di questi strumenti appare tendenzialmente positivo: su 8 aziende rispondenti solo 1 ritiene che non vi sia stato alcun impatto, 3 che l'impatto sia stato molto contenuto, 4 che invece l'impatto sia stato piuttosto elevato.

Infine, riguardo alle **indicazioni**, di 34 aziende su 43 che hanno risposto a questa domanda in solo 5 (14,7%) avrebbero fatto ricorso a tale strumento.

Le questioni per cui i Cds hanno espresso delle proposte hanno riguardato, ad esempio, l'approvazione dei Pofa o dei piani strategici aziendali, l'approvazione dei protocolli diagnostici, la riorganizzazione dell'Unità operativa di medicina interna.

Per quanto riguarda l'impatto che tali proposte hanno avuto, su 5 rispondenti 1 ritiene che non vi sia stato alcun impatto, 3 che l'impatto sia stato molto contenuto, 1 che invece l'impatto sia stato piuttosto elevato.

3. Giudizi e aspettative sul funzionamento dell'organismo

Al di là delle variabili strutturali su istituzione ed attività, nell'ultima parte del questionario ci si è focalizzati sul giudizio complessivo che i rispondenti potevano fornire, sulla base delle proprie esperienze ed aspettative, del CdS.

Alla domanda su quanto positivamente dovesse essere considerata l'istituzione del Cds hanno risposto 37 aziende su 43; in 8 casi (21,6 %) l'istituzione è stata ritenuta "molto positiva", in 22 casi (59,5 %) "abbastanza positiva", mentre solo in 6 casi (16,2 %) "abbastanza negativa" e in 1 caso "molto negativa" (tab. 14).

TAB. 14. GIUDIZIO SULL'ISTITUZIONE DEI CDS

(valori percentuali calcolati sui soli casi validi)

Giudizio sull'istituzione dei Cds	%	(N)
Molto positiva	21,6	(8)
Abbastanza positiva	59,5	(22)
Abbastanza negativa	16,2	(6)
Molto negativa	2,7	(1)
Totale	100,0	(37)

Fonte: nostra elaborazione da questionari

I giudizi, al di là delle *performances* del singolo organismo, sembrano attribuire una certa rilevanza alla presenza del CdS in azienda – ancora una volta, se e quando il CdS riesca a valorizzare la propria caratteristica di rappresentanza dei *professional*.

Tra le ragioni addotte da coloro che hanno indicato come molto o abbastanza positiva l'istituzione dei Cds, infatti, emergono le seguenti:

- il Cds è ritenuto un organo importante per le sue funzioni consultive e per il fatto che coadiuva la direzione manageriale nelle scelte aziendali organizzative e strategiche. In molti casi il Cds è considerato in grado di dare un contributo per la risoluzione di questioni complesse e spesso generatrici di conflitti.
- il CdS rappresenta un utile momento di confronto fra le diverse componenti dell'azienda sanitaria e tra "punti di vista professionali diversi".
- il fatto di essere il CdS un organo elettivo in cui sono rappresentate le diverse componenti mediche è ritenuto un elemento positivo.
- alcuni hanno sottolineato come, oltre ad esprimere pareri obbligatori, la forza dei Cds derivi dal fatto di potersi fare anche promotore di analisi, indicazioni e proposte. Tale motivazione, tuttavia, sembra essere in contrasto con il fatto che però in pochissimi casi i Cds si sono effettivamente fatti promotori di analisi, indicazioni e proposte.

Sul versante opposto, tra coloro che invece hanno indicato come molto o abbastanza negativa l'istituzione dei Cds, viene invece sottolineato come:

- il Cds sia di fatto un “duplicato” del Collegio di direzione (Cdd), con l’unica differenza che nel primo i suoi componenti sono eletti. Il Cds viene così a sovrapporsi al Cdd e questo in molti casi diviene anche fonte di conflitti tra i due organi.
- il Cds sia un organismo dispersivo e pletorico che, per mancanza delle competenze necessarie, non è in grado di svolgere appieno le funzioni assegnategli. Si rivela quindi essere un organo poco influente, che anzi, per taluni, di fatto finisce per rallentare i processi decisionali.
- per via della sua natura rappresentativa, si trovi spesso ad affrontare questioni di tipo sindacale oppure a portare avanti rivendicazioni sindacali e quindi costituisce una “perdita di tempo”.
- spesso i Cds siano chiamati ad esprimere pareri su questioni già sottoposte al vaglio di altri organismi e quindi il loro apporto finisca per rivelarsi inutile.

È stato poi chiesto agli intervistati di indicare cosa secondo loro dovrebbe essere fatto o cambiato per migliorare il Consiglio dei sanitari. È perciò stata sottoposta loro una batteria di 7 ipotesi, 2 delle quali prevedevano che i Cds (per ragioni diverse: o perché i Cds funzionano già, oppure perché il loro funzionamento peggiorerebbe la programmazione) non andassero migliorati, 4 che invece prevedevano specifici interventi (modifica delle competenze, o dei poteri, o della composizione, o della programmazione aziendale), e 1 categoria “altro”.

La tabella 15 mostra come, fra le 34 aziende che hanno risposto a questa batteria di domande, in circa la metà dei casi (il 47,1%) non venga ravvisata l’utilità di modifiche, dal momento che il Cds funziona, mentre solo 1 azienda ha risposto che il mancato funzionamento del Cds è benefico per la programmazione.

Fra le modifiche che sarebbero necessarie per migliorare l’organismo vengono indicate nell’ordine quelle:

- nella composizione (26,5%),
- nelle competenze (17,6%) e
- nei poteri (8,8%).

Nessuno, invece, ritiene opportuna una modifica nella programmazione aziendale.

Venendo al dettaglio di queste trasformazioni, chi suggerisce una modifica nella **composizione** afferma che:

- sarebbe auspicabile la partecipazione nel Cds di operatori non sanitari,
- la composizione è troppo numerosa, e rende il Cds poco agile nel formulare delle proposte,
- le figure rappresentate sono troppo numerose e che in particolare la componente medica andrebbe ridotta (“risulta eccessivamente rappresentata la componente medica con 8 eletti più i Direttori dei dipartimenti mentre potrebbe risultare utile prevedere l’integrazione del Cds con un esperto in campo etico e dei componenti ‘a chiamata’, esperti in particolari argomenti all’ordine del giorno”),
- la sua composizione non dovrebbe essere elettiva ma “tecnica”.

Chi suggerisce una modifica nelle **competenze** riporta l'attenzione sulla necessità di correggere la duplicazione di compiti e competenze tra il Cds e il Cdd; più precisamente: “fino a quando il legislatore riterrà di mantenere i due organismi consultivi (Collegio di direzione e Consiglio dei sanitari) sarà necessario orientare le competenze di quest'ultimo verso la parte più tecnica e limitarne la competenza alla fase istruttoria”.

Altri ritengono che sia necessario “ridurle a poche questioni essenziali”.

Nel caso di una ASL è stato sottolineato che, più che modificare le competenze, sarebbe necessario adeguarle maggiormente al quadro istituzionale e di funzionamento dell'Azienda sanitaria locale, così da tenere conto della territorialità dell'assistenza sanitaria, delle attività di prevenzione, delle cure domiciliari e così via.

Chi suggerisce una modifica nei **poteri** afferma che il limite maggiore risiede nel fatto che le decisioni del Cds non sono vincolanti (“le decisioni ‘non vincolanti’ del Consiglio dei sanitari non riescono ad assumere un ruolo determinante nelle scelte strategiche”).

Infine, chi (il 17,6%) ha indicato “altro” sottolinea ancora una volta che il problema principale è da ricercare nella sovrapposizione di competenze con il Collegio di direzione. Per questa ragione c'è chi suggerisce che “gli si potrebbe dare un peso di parere più vincolante in sostituzione del parere di altri organismi”.

TAB. 15. CHE COSA ANDREBBE FATTO PER MIGLIORARE IL CDS

(valori percentuali calcolati sui soli 34 casi validi)

	% Sì
Nulla: il Cds funziona, e la programmazione dell'Azienda ne risulta migliorata	47,1
Nulla: il Cds non funziona, ma se funzionasse la programmazione ne risulterebbe peggiorata	2,9
Bisognerebbe modificarne le competenze	17,6
Bisognerebbe modificarne i poteri	8,8
Bisognerebbe modificarne la composizione	26,5
Bisognerebbe modificare la programmazione aziendale	0,0
Altro	17,6

Fonte: nostra elaborazione da questionari

Infine, 8 aziende hanno risposto alla domanda che apriva uno spazio per ulteriori commenti. Questi si sono concentrati sull'auspicio di un maggiore coinvolgimento del Cds su una molteplicità di questioni sanitarie, e sul limite del Cds come organo meramente consultivo.

Inoltre, questo spazio è stato utilizzato per ribadire il problema dell'ambito di competenza del CdS:

“dal 1999 sovrapposizione di funzioni fra Cds e Collegio di direzione, quest'ultimo più omogeneo e informato”,

“l'esistenza di due organismi funzionalmente analoghi ed entrambi con componenti di diritto appesantisce le decisioni aziendali”,

“le competenze originarie del Cds sono state attribuite, con il D.lgs 229/99, al Collegio di direzione e di conseguenza il Cds, da organismo esprimente pareri obbligatori (pur non vincolanti) è passato ad essere un organismo esprimente pareri consultivi e non prescritti *ex lege*”,

“a mio avviso le competenze affidate al Consiglio dei sanitari risultano dalla vigente normativa già attribuite in parte al Collegio di direzione e in parte alle Organizzazioni sindacali”.

4. In che cosa consiste il “buon funzionamento” del CdS?

Si tratta ora di individuare quali fattori sono alla base del buon funzionamento dei Cds.

A questo proposito si è cercato anzitutto di definire un indice di “buon funzionamento”. Le due domande che più da vicino chiedevano ai rispondenti di prendere posizione sul funzionamento dei Cds sono quella relativa alla valutazione del funzionamento dei Cds (“*Secondo Lei, nella Sua Azienda l’istituzione del Consiglio dei Sanitari è, o sarà, o sarebbe: molto positiva/abbastanza positiva/abbastanza negativa/molto negativa*”) e quella relativa alla frequenza di riunioni del Cds (“*Personalmente, come definirebbe l’attività del Consiglio dei Sanitari oggi in carica? Intensa/saltuaria/praticamente nulla*”).

La tabella 16 mostra come sono stati classificati i casi. Sono stati considerati “di successo” i 10 casi in cui i rispondenti hanno considerata intensa l’attività del Cds in carica e molto positiva l’istituzione del Cds, oppure in cui hanno dato almeno una di queste due risposte e, all’altra domanda, hanno rispettivamente considerato saltuaria l’attività del Cds in carica oppure abbastanza positiva l’istituzione del Cds. I 17 casi in cui l’attività del Cds è saltuaria e la sua istituzione è considerata abbastanza positiva sono stati classificati come “intermedi”. Infine, sono stati considerati “di insuccesso” i rimanenti 13 casi, in cui i rispondenti hanno dichiarato praticamente nulla l’attività del Cds in carica e molto o abbastanza negativa la sua istituzione, oppure saltuaria l’attività ma molto o abbastanza negativa l’istituzione dei Cds.

TAB. 16. LA CLASSIFICAZIONE DEL FUNZIONAMENTO DEI CDS

		L'istituzione del Consiglio dei sanitari è ...				Totale
		molto positiva	abbastanza positiva	abbastanza negativa	molto negativa	
L'attività del Cds in carica è:	intensa	2	2	-	-	4
	saltuaria	6	17	4	-	27
	praticamente nulla	-	6	2	1	9
Totale		8	25	6	1	40

Fonte: nostra elaborazione da questionari

Le variabili più chiaramente correlate con questo indicatore di “qualità” sono quelle relative ad alcune delle risposte riguardo a cosa andrebbe fatto per migliorare il Cds.

La tabella 17 mostra che chi afferma che “il Cds funziona e la programmazione risulta migliorata” considera più frequentemente di successo l’attività del Cds (il 35,3% contro l’11,1% di chi invece non è d’accordo sul fatto che il Cds funziona e la programmazione risulta migliorata).

TAB. 17. PROGRAMMAZIONE E BUON FUNZIONAMENTO DEI CDS

		Attività dei Cds:				(N)
		di successo	intermedia	di insuccesso	Totale	
Il Cds funziona e la programmazione ne è migliorata	No	11,1%	38,9%	50,0%	100,0%	18
	Si	35,3%	47,1%	17,6%	100,0%	17
	Totale	22,9%	42,9%	34,3%	100,0%	35

Fonte: nostra elaborazione da questionari

La tabella 18 mostra che chi afferma che “bisognerebbe modificare le competenze dei Cds” (va precisato che si tratta solo di 6 casi, per cui questo dato va preso con le dovute cautele) considera più frequentemente di insuccesso l’attività del Cds (il 50,0% contro il 31,0% di chi invece dichiara che non vanno modificate le competenze dei Cds).

TAB. 18. COMPETENZE E BUON FUNZIONAMENTO DEI CDS

		Attività dei Cds:				(N)
		di successo	intermedia	di insuccesso	Totale	
Bisognerebbe modificare le competenze del Cds	No	20,7%	48,3%	31,0%	100,0%	29
	Si	33,3%	16,7%	50,0%	100,0%	6
	Totale	22,9%	42,9%	34,3%	100,0%	35

Fonte: nostra elaborazione da questionari

La tabella 19 mostra che chi afferma che bisognerebbe modificare la composizione dei Cds considera più frequentemente di insuccesso l’attività del Cds (il 55,6% contro il 26,9% di chi invece dichiara che la composizione dei Cds non andrebbe modificata).

TAB. 19. COMPOSIZIONE E BUON FUNZIONAMENTO DEI CDS

		Attività dei Cds:				(N)
		di successo	intermedia	di insuccesso	Totale	
Bisognerebbe modificare la composizione del Cds	No	26,9%	46,2%	26,9%	100,0%	26
	Sì	11,1%	33,3%	55,6%	100,0%	9
	Totale	22,9%	42,9%	34,3%	100,0%	35

Fonte: nostra elaborazione da questionari

Queste riflessioni riassumono dunque l'ipotesi che a fare problema nel ruolo che il CdS può ricoprire entro l'azienda siano due fattori:

- la struttura di rappresentanza elettiva della componente medica, e delle derive rivendicative che a questa potrebbero essere associate;
- l'ambiguità nelle competenze, laddove esistano altri organismi consultivi-decisionali meglio integrati nella filiera manageriale di gestione dell'azienda.

6. Prime conclusioni rispetto ai dati

I dati fanno dunque prospettare due diversi modelli di *governance* di settore rispetto al ruolo che il CdS può giocare nella gestione aziendale.

Nel primo modello, definibile del "circolo vizioso":

- il Cds non ha poteri formali, dunque le posizioni espresse in questa sede non hanno necessariamente effetti sulla programmazione. Questa de-responsabilizzazione può accentuare la dimensione "simbolica" assegnata dai *professional* all'organismo, che li porta a radicalizzare le posizioni collettive verso la controparte manageriale
- il CdS viene giudicato un organo pletorico, e bypassato dal *management* nella gestione strategica attraverso
 - a) strutture collegiali più snelle e dotate di maggiore capacità istituzionale, e/o
 - b) una negoziazione bilaterale del consenso di segmenti specifici dei *professional*.

Nel secondo modello, definibile del "circolo virtuoso":

- il CdS utilizza i propri strumenti per intervenire sulla programmazione con proposte che assecondano le logiche di gestione, ma propongono di conseguire i risultati aziendali praticando soluzioni diverse che solo i *professional* per le proprie competenze

riuscirebbero a disegnare (i.e. intervento di razionalizzazione su percorsi e protocolli di cura)

- il CdS si configura organo vitale capace di esprimere posizioni propositive e di guadagnare centralità nella programmazione grazie al prestigio ed all'innovatività delle proposte che lì vengono formulate.

Al di là di questa prima mappatura, rimangono comunque da verificare con un supplemento qualitativo le reali potenzialità e le criticità dei Cds, tra cui in particolare tre questioni:

- le ragioni per cui ha senso consultare i Cds,
- i rapporti tra i Cds e i Cdd e
- i problemi legati alla loro composizione e alla loro natura elettiva.

Con riferimento alla prima questione sarebbe interessante esplorare se l'enfasi diffusa sulla "*evidence based medicine*" e il sempre più frequente ricorso al "governo della pratica clinica" (linee guida, protocolli, ecc.) abbia portato o potrebbe portare in futuro ad un maggiore o diverso coinvolgimento dei medici, magari proprio attraverso la consultazione dei Cds.

Sappiamo infatti che dopo un decennio all'insegna dei principi del *New public management* sembra uscire rafforzata la volontà di riportare l'efficacia clinica e la qualità dell'assistenza al centro delle attività offerte dall'Azienda sanitaria, grazie ad una nuova responsabilizzazione della componente medica e para-medica in merito alla qualità delle cure e alle risorse utilizzate.

Con riferimento alla seconda questione si tratta di esplorare il rapporto esistente tra Cds e Cdd ed individuare le possibili aree di sovrapposizione dei due organismi, accomunati dal fatto di essere entrambi organi solo consultivi.

Con riferimento alla terza questione si tratta, infine, di ragionare intorno al concetto di rappresentanza medica ed indagare fino a che punto nel Cds sono state affrontate questioni riguardanti il personale delle Aziende sanitarie.