

PARTE III.
L'approfondimento dei dati

di

GLORIA REGONINI

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

7. *Una valutazione dei risultati quantitativi*

Nella prima parte del nostro lavoro, abbiamo individuato due approcci alla partecipazione dei *professionals* nella gestione delle aziende sanitarie: il primo guarda alla partecipazione come a un mezzo per prevenire la defezione; il secondo, come a un mezzo per lo sviluppo delle risorse umane. La prima impostazione ha molti punti di contatto con il tema della *clinical governance 'Italian style'*, e per molti versi si configura come un gioco a somma zero tra la direzione generale e la componente clinica. La seconda impostazione è molto vicina agli attuali sviluppi della *clinical governance* nel contesto anglosassone, e lascia intravedere spazi per giochi a somma positiva. Rispetto a queste due funzioni, entrambe capaci di avere un grande impatto sul funzionamento del sistema, quale ruolo svolgono i consigli dei sanitari, e quale potrebbero svolgere?

La partecipazione per prevenire la defezione

Sia la ricostruzione del contesto contenuta nella prima parte della ricerca, sia l'analisi delle risposte al questionario presentata nella seconda parte convergono nell'indicare la fragilità del CdS quale organismo capace di dare *voice* alla componente medica.

Più precisamente, questa istanza non appare in grado di bilanciare il processo di cooptazione top-down su cui si regge l'attuale impianto degli organi di gestione. Anzi, tra tutti gli istituti, questo appare il più debole e meno significativo.

Gli interventi dei medici e dello stesso ministro Sirchia, citati nella prima parte, denunciano un problema che può essere brutalmente presentato in questi termini: tutta la filiera decisionale, dal direttore sanitario, ai direttori di dipartimento²¹, a quelli di struttura complessa, di fatto dipende dal direttore generale per la nomina, per la durata in carica, per i margini di iniziativa. Quindi, sia il collegio di direzione, sia il comitato di dipartimento, sia il consiglio dei sanitari, in cui i vertici di questa piramide entrano di diritto, non sono riconosciuti dalla componente clinica come dotati di sufficiente rappresentatività e autorevolezza.

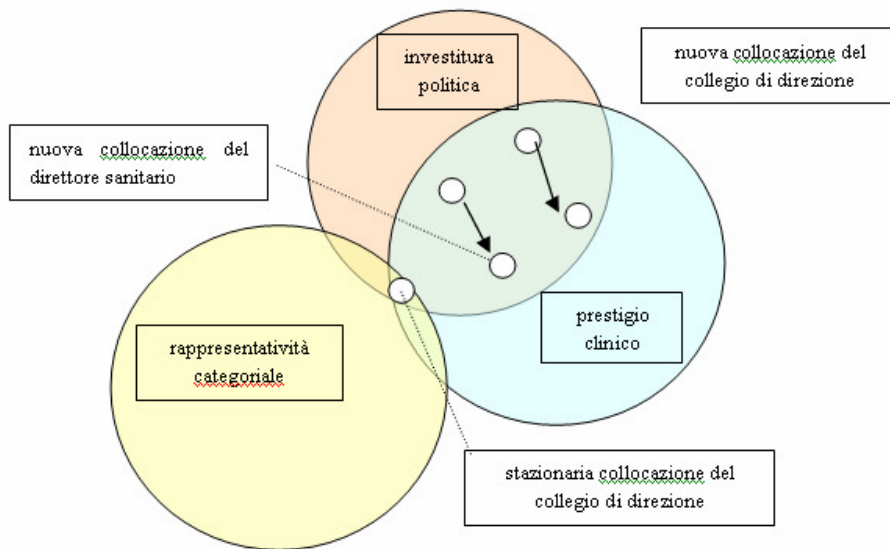
La preoccupazione espressa dai medici attraverso i media può essere riassunta così: più il direttore generale è veramente un *manager* con un rapporto fiduciario con la giunta, basato sul perseguimento dell'efficienza economica, meno possiede le competenze per gestire autonomamente questo amplissimo processo di cooptazione professionale *top-down*, più è probabile la sua 'cattura'²² da parte di gruppi che si fanno scudo del suo potere per perseguire le loro strategie in modo non trasparente.

Ma se il problema è riequilibrare in qualche modo questa situazione, secondo una parte considerevole dei medici la priorità va data soprattutto alle modalità di selezione della dirigenza sanitaria e alle modalità di designazione del direttore sanitario (o della figura che eventualmente lo

²¹ Come ribadiscono le "Linee guida regionali per l'adozione del Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale", "La Direzione del Dipartimento è affidata su base fiduciaria dal Direttore Generale ad uno dei responsabili delle Strutture complesse afferenti al Dipartimento" (p. 17)

²² Il riferimento è alle teorie della cattura dei regolatori da parte dei regolati.

affiancherà), quali passaggi obbligati per ampliare l'autonomia del collegio di direzione a livello aziendale, e del dipartimento (direttore e comitato) a livello subaziendale. Tale proposta può essere rappresentata graficamente con questa immagine.



In questo disegno, il CdS difficilmente può trovare lo spazio per una riqualificazione. Per certi versi, il meccanismo della rappresentanza categoriale attribuisce alle organizzazioni sindacali un ruolo di filtro e di sponsor che potrebbe farne un organismo neo-corporativo (Cawson 1982) per la gestione dei problemi contrattuali del comparto. Ma questa evoluzione è resa altamente improbabile per diversi elementi:

- la presenza di tre diversi livelli di contrattazione sindacale (nazionale, regionale e aziendale) genera sovrapposizioni, confusioni e circoli viziosi che certo non migliorerebbero con l'aggiunta di una nuova istanza.
- l'elevatissimo numero di sigle sindacali rende difficilmente realizzabili accordi neocorporativi
- con l'aziendalizzazione, spetta al direttore generale individuare la struttura cui è affidata la gestione delle relazioni sindacali.

La partecipazione e lo sviluppo delle risorse umane

A questo punto, è giunto il momento di dare una risposta all'interrogativo rimasto in sospeso nella prima parte: il CdS può essere la soluzione al problema della crescita di professionalità che sappiano coniugare insieme competenze manageriali e competenze cliniche?

Per dare una risposta a questa domanda, conviene integrare i risultati della nostra ricerca con quelli di altre indagini effettuate negli ultimi anni per dare contorni più precisi alle conseguenze prodotte

sul funzionamento dei sistemi sanitari locali dall'inserimento dei medici nei loro organi di governo. Particolarmente interessanti appaiono i numerosi studi sul caso inglese, passato anch'esso da una logica di servizio pubblico condizionato solo dalla domanda, alla fase dell'aziendalizzazione, introdotta negli anni '80 dal governo di Margaret Thatcher, all'attuale sperimentazione della *clinical governance*, presentata come 'terza via' dal governo laburista di Tony Blair.

Responsabilità gestionali e ristrutturazione professionale

Secondo questi dati, la partecipazione sembra favorire innanzi tutto la *ristrutturazione professionale* delle categorie sanitarie (Freidson 1985; Coburn, e Rappolt, 1997; Harrison e Dowswell, 2002), permettendo l'ascesa nella scala dell'autorevolezza a quei medici che riescono a coniugare competenze cliniche e competenze gestionali²³. Capire le logiche di funzionamento del sistema sanitario, scoprire gli effettivi meccanismi alla base dei vincoli di bilancio, conoscere la *ratio* di norme a prima vista astruse, stringere relazioni anche personali con chi si occupa di sanità con altre funzioni: tutte queste acquisizioni forniscono le competenze indispensabili per la riproduzione e l'aggiornamento di un ceto dirigente a metà tra il clinico e il manageriale, che le ricerche spesso identificano con il nome di *soft bureaucracies*, burocrazie morbide (Jermier et al., 1991; Sheaff et al., 2003). Dalla qualità, dai poteri e dall'autorevolezza di queste *soft bureaucracies* dipende in larga parte l'efficacia del governo della sanità, qualunque sia la 'formula magica' in voga in un dato periodo. A loro spetta infatti il ruolo di cerniera tra logiche cliniche e logiche gestionali (Harrison e Ahmad 2000; Zangrandi, 1999)²⁴. A loro è demandato il compito di concordare gli strumenti per rendere *accountable* la categoria, senza sacrificare la sua autonomia professionale (Courpasson, 2000).

Responsabilità gestionali e valutazione delle scelte terapeutiche

In secondo luogo, la partecipazione sembra rendere meno traumatico l'intervento di giudici esterni chiamati a valutare la correttezza delle cure. Questo aspetto rinvia a un elemento sostanzialmente rimosso nella versione italiana della *clinical governance*, ma divenuto invece un punto centrale del programma inglese. *Disease management*, protocolli terapeutici, *Evidence Based Medicine* hanno in comune un dato: per essere applicati, presuppongono tutti una scrupolosa rendicontazione delle cure prestate da parte del singolo medico, con la compilazione di formulari standardizzati, in modo da permettere una completa comparazione tra il suo operato e gli interventi raccomandati dagli esperti. Insomma, *clinical governance* non è tanto 'più potere ai medici', ma soprattutto 'più potere sui medici', esercitato dalla comunità scientifica e dai vertici della comunità clinica. E' questa la

²³ La ristrutturazione è la strategia con la quale le élite mediche 'mantengono il controllo della loro professione sulla conoscenza e sulla tecnologia e scoraggiano la loro espropriazione da parte degli 'esterni'' (Freidson, 1985, p. 30).

²⁴ Le indagini empiriche hanno dimostrato che non tutte le specializzazioni cliniche sono ugualmente portate verso questa ibridazione: "*some clinical specialties, particularly non-acute and support specialties, were more predisposed to managerial work, whereas acute clinical specialties, for example, surgical specialties, or obstetrics, tended to be more sceptical and in some cases antagonistic towards managerial work*" (Willcocks, 2004).

condizione per passare dall'affidabilità come legame individuale con il singolo medico all'affidabilità come caratteristica strutturale del sistema sanitario (Smith, 2004; Power 1997).

Le ricerche effettuate soprattutto in Gran Bretagna e negli Stati Uniti dimostrano che questo cambiamento, che comporta una inevitabile intrusione nel rapporto prima basato sulla fiducia *one to one* tra medico e paziente, è accettato più facilmente quando i medici sanno che a valutare i loro eventuali scostamenti o i loro fallimenti sono organismi composti prevalentemente da altri medici ((Britten, 2001; (Armstrong, 2002)). Anche gli inevitabili risvolti burocratici (gestione standardizzata e spesso informatizzata delle cartelle cliniche, elaborazione di statistiche..) diventano supportabili se i medici sanno che alla base sta l'obiettivo di dare ai pazienti le cure più valide (Berg et al., 2000; Sheaff et al., 2003). Quando invece le innovazioni sono presentate come sistemi per rientrare nel budget, le resistenze sono maggiori.

Da ultimo può essere interessante notare che nel caso inglese, a differenza di quello italiano, al centro di questi processi non è tanto l'ospedale, ma sono i servizi di base organizzati territorialmente. E' ai medici generalisti che viene richiesto il maggiore impegno nell'adesione a protocolli standardizzati, nella gestione trasparente delle cartelle cliniche, nell'assunzione di responsabilità manageriali con la gestione associata di poliambulatori.

Che cosa insegnano queste osservazioni

Sia rispetto all'obiettivo della ristrutturazione, sia rispetto a quello della conformità agli standard, la presenza dei medici negli organi di governo dei sistemi sanitari locali produce effetti positivi quando, e nella misura in cui, aumenta la possibilità di valutare l'operato dei medici. Nel primo caso, la valutazione è legata all'assegnazione di incentivi positivi (avanzamenti di carriera, incarichi gestionali...); nel secondo, la valutazione è legata all'assegnazione di incentivi negativi (richiami per pratiche scorrette, perdita di integrazioni stipendiali..). Certo, si tratta di una valutazione operata da medici su medici: ma le condizioni in cui avviene sono tali da rendere improbabile un mero esercizio di generale collusione autoreferenziale del tipo 'cane non mangia cane'.

Innanzitutto, la valutazione avviene in un contesto in cui i processi di aziendalizzazione hanno comunque portato in primo piano l'importanza di un rapporto efficiente tra *input* (risorse finanziarie, risorse umane, risorse informatiche) e *output* (quantità e qualità delle cure).

In secondo luogo, la maggiore circolazione della letteratura scientifica, l'apertura dei mercati sanitari operata da internet, la crescita delle organizzazioni degli utenti rendono accessibili anche ai non esperti i dati sul monitoraggio degli *outcomes*, con la comparazione dei risultati a medio e lungo termine²⁵.

Per tutti questi motivi, dalla fine degli anni '90, con riferimento al caso inglese, sembra che le forme più efficaci di tutela dell'autonomia dei medici siano quelle che riescono a reinventare questo obiettivo con due svolte:

1. l'accettazione di una forte contrazione delle libertà 'storiche' della categoria, con il riconoscimento della rilevanza dei ruoli manageriali e dei vincoli che ne discendono. La crescita di uno strato di 'ibridi', cioè di medici che sommano competenze tecniche e competenze manageriali, rende più spedito l'effettivo ridimensionamento delle norme – esplicite e tacite – su cui si basava la

²⁵ Si considerino ad esempio le recenti polemiche seguite alla pubblicazione sul *Corriere Salute* delle classifiche sugli ospedali d'eccellenza, 'dove studiano per curarti meglio'.

tradizionale indipendenza professionale, tanto da indurre alcuni medici di base a considerare queste figure come ostaggi nelle mani della dirigenza manageriale.

2. lo spostamento della sfida per l'autonomia sul terreno della valutazione, dell'*accountability*, del *knowledge management*. Se l'intrusione nelle singole scelte cliniche è ormai un dato di fatto prodotto dall'esigenza di una loro comparazione in base a standard accreditati, è a questo livello che la voce dei medici è importante, per evitare che la scientifizzazione della pratica medica si trasformi in mera burocratizzazione²⁶.

Quali funzioni restano scoperte nella sanità italiana

Negli ultimi 25 anni, la sanità italiana è stata sottoposta a un tremendo stress riorganizzativo. Il processo sembra non avere ancora trovato un punto di equilibrio sostanzialmente accettabile per tutti.

La parte documentale e la parte statistica di questa ricerca hanno messo in evidenza la mancanza di organismi in grado di trasformare la partecipazione dei medici da un ostacolo all'aziendalizzazione a un incentivo per lo sviluppo di un particolare tipo di competenze professionali ibride, senza le quali la *clinical governance* diventa o uno schermo per riproporre logiche di casta, o un incubo fatto di continui controlli e rendicontazioni.

I consigli dei sanitari certamente non hanno la solidità necessaria per supplire a questa esigenza: non lo consentono la loro composizione, le loro funzioni, la loro bassa istituzionalizzazione.

E tuttavia la semplice soppressione del terzo cerchio della nostra figura, con l'eliminazione del CdS quale espressione delle diverse categorie professionali presenti nelle aziende, di per sé non risolve il problema. Infatti è improbabile che

- la ristrutturazione professionale necessaria per affrontare la complessità dei sistemi sanitari contemporanei

- il sostegno tecnico e organizzativo alla valutazione delle scelte terapeutiche

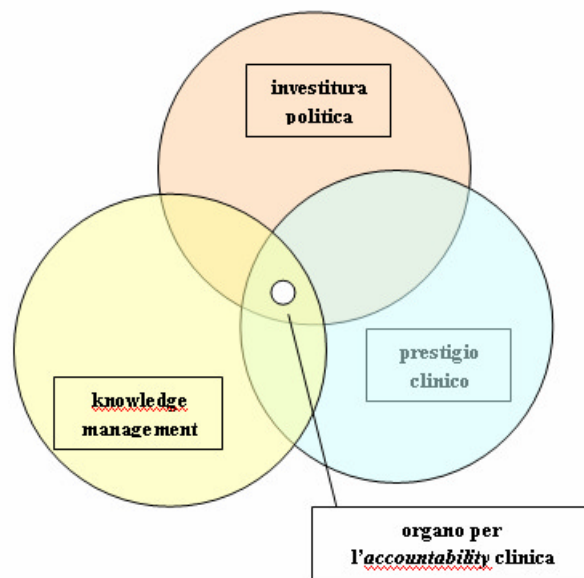
possano scaturire da un mero compromesso tra le direzioni generali, dotate di un'investitura politica, e i vertici della gerarchia clinica.

Quel che potrebbe servire è un organismo che riesca a far emergere professionisti:

- competenti e aggiornati sui criteri di validazione delle scelte cliniche
- disponibili a funzionare come tramite tra i singoli medici (o le loro aggregazioni più elementari) e gli istituti per la valutazione a livello regionale e nazionale
- capaci di affrontare il *case work* con un atteggiamento propositivo e non punitivo
- consapevoli dell'importanza della disseminazione e della condivisione dei risultati delle sperimentazioni cliniche
- in grado di attivare tutte le risorse del *knowledge management*
- disponibili a collaborare sia con la direzione aziendale, sia con i dirigenti sanitari²⁷.

²⁶ In un'intervista al Corriere della Sera l'8 febbraio 2004 il presidente Formigoni ha dichiarato che le proteste dei medici contengono due argomenti giusti: "quando rivendicano maggiore libertà e quando chiedono di non essere trasformati in burocrati"

²⁷ Utili indicazioni possono derivare dalle esperienze avviate negli Stati Uniti, in Gran Bretagna e in Australia per promuovere le *evidence-based policy and practice* (EBPP) nelle politiche sanitarie.



Dalle applicazioni realizzate in alcune regioni, quali la Scozia, sono emerse precise indicazioni per migliorare il processo di disseminazione e la credibilità delle sue procedure. Tra le strategie suggerite, figurano:

- “- l’avvio di ricerche sui bisogni informativi dei differenti utilizzatori dei dati clinici;
- la predisposizione di materiali di sostegno per agevolare l’interpretazione dei dati;
- incontri a cascata, in modo che le informazioni cliniche siano passate al livello organizzativo inferiore;
- la presentazione delle informazioni in formati diversi, tagliati su misura dei bisogni dei diversi destinatari;
- la disseminazione attraverso internet;
- l’individuazione di una persona in ogni organizzazione il cui ruolo è di incoraggiare l’uso delle informazioni cliniche;

In Gran Bretagna, intorno a questo obiettivo è nata una rete di istituti che ha tra i nodi centrali il NICE (the National Institute for *Clinical* Excellence <http://www.nice.org.uk>) e il NHS Centre for Dissemination and Reviews (<http://www.york.ac.uk/inst/crd>)

- il ricorso a canali informali di comunicazione, compresi conferenze, seminari, reti professionali e altre risorse di 'soft intelligence'." (Mannion e Goddard, 2003)

Che l'*accountability clinica* debba essere garantita da un organismo *ad hoc* o, invece, da un'attenta regolazione di organismi già esistenti²⁸, è materia di decisione politica: nostro compito era dare contorni precisi alle esigenze cui dovrebbe essere data una risposta.

²⁸ I due organismi deputati alla valutazione, il Collegio Tecnico ed il Nucleo di Valutazione, in base alle norme vigenti hanno compiti strettamente ancorati alla verifica delle prestazioni dei dirigenti

PARTE IV.
L'indagine qualitativa

di

GLORIA REGONINI

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

8. Perché questa parte della ricerca

Questa seconda parte della ricerca, di tipo qualitativo, è nata dall'esigenza di una conoscenza più approfondita dei problemi emersi dalla prima parte, soprattutto da due fonti:

- dai risultati della ricerca quantitativa condotta nella primavera del 2004
- da un'analisi della letteratura internazionale sui principi ispiratori e sui problemi attuativi della *clinical governance*.

1. La prima parte della ricerca è stata condotta con il metodo del questionario postale inviato a tappeto a tutte le aziende lombarde, e più precisamente alle direzioni generali e alle direzioni sanitarie.

Le risposte hanno coperto la quasi totalità degli enti, ma sono state molto formali. La parte destinata ai commenti e alle valutazioni è stata sottoutilizzata. Non c'è stata un'effettiva differenziazione delle risposte tra Direzione generale e Direzione sanitaria. Il questionario è stato considerato più come uno strumento di rilevazione amministrativa che come strumento di valutazione.

In ogni caso, la componente medica non era stata coinvolta nella prima parte dell'indagine, proprio perché il disegno della ricerca prevedeva una seconda fase di tipo qualitativo.

2. Le conclusioni della prima parte ponevano una serie di problemi e presentavano una serie di possibili soluzioni per la cui valutazione diventava fondamentale acquisire il giudizio della componente medica. Più precisamente, da questo contributo i ricercatori si attendevano una valutazione delle attuali strutture di *governance*, una riflessione sui processi di trasformazione della pratica clinica, un'indicazione circa le prospettive auspicate e quelle temute.

Una metodologia mista

Il disegno originario della ricerca si ispirava a una metodologia mista, con una triangolazione tra approcci di tipo quantitativo e approcci di tipo qualitativo²⁹.

La combinazione di più metodologie entro lo stesso progetto di ricerca fornisce numerosi vantaggi, perché i limiti di una strategia diventano i vantaggi della strategia complementare (Morse, 2002). Quando i fenomeni da indagare hanno una notevole complessità, ad esempio perché implicano molteplici dimensioni, da quella politica a quella manageriale, da quella professionale a quella scientifica, il ricorso a metodologie miste diventa una strada obbligata (Barbour, 1998; Fridlund e Hildingh, 2000; Taylor e Bogdan, 1984).

Metodi qualitativi e politiche sanitarie

L'importanza dell'applicazione dei metodi qualitativi all'analisi delle dinamiche interne ai sistemi sanitari è oggi ampiamente riconosciuta. Oltre a numerosi contributi, esiste una rivista internazionale, la *Qualitative Health Research*, interamente dedicata a questo tipo di ricerche; ed

²⁹ Per approfondire il profilo delle metodologie miste, v. il sito *Bridges, Mixed Methods Network for Behavioral, Social, and Health Sciences* <http://www.fiu.edu/~bridges>

esistono diversi manuali (Freeman, Morse e Field, 1996; Fridlund e Hildingh, 2000) con lo stesso orizzonte analitico.

In particolare, i metodi qualitativi si rivelano particolarmente adeguati a cogliere gli orientamenti di quei gruppi sociali che, per la loro elevata preparazione professionale, possono incontrare difficoltà ad identificarsi nelle drastiche semplificazioni richieste da metodi d'indagine quali il questionario a risposte chiuse (Shaw I. 2003).

9. Le alternative a disposizione

L'analisi qualitativa può utilizzare diverse metodologie³⁰. Ricordiamo, a puro titolo esemplificativo

- le interviste in profondità (Moser e Kalton, 1985)
- l'osservazione partecipante (Spradley, 1997)
- lo studio di singoli casi (Yin, 2003)
- simulazioni e giochi di ruolo (Capranico, 1997)
- i *focus groups* (Morgan, 1997)
- i forum partecipativi (Park, 2001; Reason, 1998).

Dopo un confronto con la presidenza della Commissione Consiliare *Sanità e Assistenza*, circa le varie metodologie disponibili per l'analisi qualitativa, si è deciso di sperimentare la formula con i migliori benefici, rimanendo imm modificabili i costi e i vincoli temporali. Infatti, l'imminente scadenza della legislatura regionale ha imposto la scelta di una metodologia in grado di fornire tangibili risultati nel giro di pochi mesi.

L'indagine cooperativa (*cooperative - o participative, o collaborative - inquiry*)

Il metodo scelto si basa sull'idea di indagine cooperativa, un approccio che considera i componenti del gruppo sociale come co-ricercatori, e non come bersagli passivi dell'osservazione (Chiu, 2003; Heron, 1996).

Nell'osservazione partecipante, il ricercatore entra nella situazione sociale che intende studiare avendo cura di non alterare i ruoli che gli attori abitualmente rivestono. Invece, nell'indagine cooperativa o partecipativa, agli attori viene chiesto di essere simultaneamente osservati e osservatori, per quegli aspetti della loro esperienza che essi si trovano a condividere (Hughes, 2001).

L'indagine collaborativa si è affermata come uno strumento molto efficace quando oggetto della ricerca sono gruppi sociali molto professionalizzati, con una forte consapevolezza della complessità e dell'importanza della loro qualificazione (Heron 1996; Reason e Bradbury, 2001).

Tra le risorse più utilizzate per condurre un'indagine cooperativa, rientra la convocazione di forum chiamati, appunto, forum cooperativi. Questi esperimenti prevedono:

- l'individuazione dei partecipanti sulla base della comune appartenenza al gruppo sociale da studiare. Occorre sottolineare che il numero dei convocati dev'essere tale da garantire

³⁰ Per una rassegna completa, v. Miles e Huberman, 1994 e Denzin e Lincoln, 1994

all'esperimento una qualche significatività, consentendo nel contempo una stretta interazione faccia a faccia tra tutti i partecipanti³¹

- l'adozione di 'regole del gioco' che demandano il più possibile alla discussione la delimitazione del problema e l'individuazione delle soluzioni

- l'invito a formulare le osservazioni e le proposte in termini tali da raccogliere il maggior consenso possibile

- un ruolo molto debole del conduttore-facilitatore. A questa figura è riservato il compito di presentare l'iniziativa, di indicare in termini generali il tema dell'esperimento, di prevenire dinamiche che portino a squilibri nella distribuzione dell'influenza tra i diversi partecipanti, di riassumere i risultati e chiudere la sessione.

Le finalità di questi forum possono essere di tipo meramente informativo, di tipo diagnostico, o di tipo trasformativo. Nell'ultimo caso, i partecipanti si impegnano a definire e a implementare una serie di interventi che concordemente ritengono necessari per superare le difficoltà comuni.

Com'è ovvio, dato l'ambito della nostra ricerca, il nostro forum ha avuto finalità esclusivamente informative e diagnostiche.

La filosofia dell'esperimento

Sullo sfondo della metodologia adottata, stanno due campi di sperimentazione sociale cui conviene fare cenno, per dare una più precisa collocazione all'intervento che abbiamo realizzato.

1. la democrazia deliberativa

Come è noto, a partire dalla seconda metà degli anni '80, nel dibattito teorico e nelle sperimentazioni pratiche si è affermata l'idea che sia possibile immaginare forme di democrazia diverse da quella classica, rappresentativa, basata sul meccanismo della delega attribuita dai cittadini attraverso le elezioni (Cohen e Rogers, 2003).

"Il cuore della teoria è che, anziché aggregare e filtrare le preferenze, il sistema politico debba essere in grado di adottare la prospettiva di cambiare le preferenze attraverso il dibattito pubblico e il confronto" (Elster, 1986, p. 112).

Questo campo di ricerca è in larga misura basato sull'innesto della riflessione di Habermas circa l'evoluzione della sfera pubblica e le potenzialità delle pratiche discorsive entro un contesto culturale e politico quale quello americano, marcato da una pragmatica disponibilità a inventare e a sperimentare nuove istituzioni politiche (Sabel, 2001).

Nell'Unione Europea, il ricorso a questa impostazione è legato all'esigenza di costruire 'istituzioni leggere' in grado di integrare e, per certi versi, persino di sostituire la pesante e complicatissima architettura nata dalla sovrapposizione degli organi politici comunitari a quelli nazionali.

In generale, la ricerca mira a sondare percorsi capaci di superare i limiti di sistemi politici considerati sempre più arretrati rispetto alle capacità di autoordinamento della società civile.

Le formule finora sperimentate mirano a promuovere la capacità dei 'cittadini qualsiasi' di approfondire i problemi di rilevanza collettiva, discutere le varie soluzioni in modo pacifico e

³¹ A seconda della durata dell'esperimento e della possibilità di creare sessioni parallele, anche prevedendo una rotazione dei partecipanti tra i vari sottogruppi, il numero dei convocati può andare da 6 a 40.

costruttivo, pervenire a proposte praticabili, sufficientemente articolate e largamente condivise. Tra gli strumenti adottati, ricordiamo:

- i sondaggi deliberativi (Fishkin, 1991, 1995)
- le elezioni deliberative (Gastil J. 2000)
- le *Consensus Conferences* (Joss e Durant. 1994)
- le *Citizen Juries* (Abramson, 1994; Crosby, 1995)³².

La promessa che accomuna queste diverse sedi deliberative riguarda la loro capacità di produrre scelte meno condizionate dagli ‘interessi forti’ e meno ciniche rispetto a quelle attualmente prodotte dalle istituzioni della democrazia rappresentativa. Il risultato indiretto è una maggiore fiducia nella democrazia e nel metodo del dialogo tra cittadini.

Le politiche che più frequentemente sono oggetto di queste pratiche sono quelle che hanno un forte e immediato impatto sulla qualità della vita di tutti i cittadini, arrivando a incidere sul significato stesso del termine ‘vita’. Le politiche sanitarie, con le politiche per la regolazione delle nuove tecnologie, forniscono molti spunti per iniziative di questo tipo.

Per taluni problemi, le applicazioni pratiche di questi metodi possono coinvolgere un’intera nazione. E’ questo il caso, ad esempio, dell’*‘Iniziativa sulla razza’* avviata nel 1998 dal presidente Clinton negli Stati Uniti³³ o delle pratiche di riconciliazione attuate in Sud Africa alla fine degli anni ’90.

Ma molti autori concordano nel ritenere che sia soprattutto a livello regionale e locale che queste iniziative possono dare i risultati migliori. In questo spirito, molti parlamenti degli stati americani hanno deciso di aderire a ‘laboratori di democrazia’ che espressamente prevedono l’integrazione di queste forme di rivelazione delle preferenze dei cittadini nel processo legislativo: “Invece degli inconcludenti dibattiti, le conversazioni deliberative forniscono ai legislatori un modo costruttivo per affrontare i problemi e ridurre il gap tra gli ideali e la pratica quotidiana della democrazia nei parlamenti degli stati” (Ihara, 2003).

A questo punto, vale la pena ricordare che la Regione Lombardia è stata tra le prime, in Italia, ad avere avviato una sperimentazione su queste forme di democrazia deliberativa nel campo della regolazione della produzione degli organismi geneticamente modificati³⁴.

³² Per un elenco più completo, v. *The National Coalition for Dialogue & Deliberation (NCDD)* <http://www.thataway.org/> e *Citizen Science Toolbox* <http://www.coastal.crc.org.au/toolbox/biblio.html>

³³ “Un dialogo è un forum che attira partecipanti dal maggior numero possibile di segmenti di una comunità per scambiare informazioni faccia a faccia, per condividere storie ed esperienze personali, per esprimere onestamente delle prospettive, per rendere più chiari i punti di vista, per sviluppare soluzioni rispetto alle preoccupazioni di una comunità” *President Clinton’s Initiative on Race*, 1998

<http://clinton2.nara.gov/Initiatives/OneAmerica/america.html>

³⁴ V. il progetto di ricerca promosso dalla Regione Lombardia in collaborazione con l'Irre, la Fondazione Bassetti e Observa: “Partecipazione Pubblica e Governance dell'Innovazione”

http://www.fondazionebassetti.org/06/argomenti/2004_10.htm#000323

2. *Il management partecipativo*

Nella seconda metà degli anni '90, numerose ricerche nel campo del management aziendale hanno sottolineato un dato: perché un'organizzazione sia capace di apprendere (Senge, 1990) occorre instaurare canali interni di consultazione e di discussione basati sul più ampio coinvolgimento di chi vive quotidianamente sulla propria pelle i costi dell'immobilismo o i disagi del cambiamento (Argyris e Schon, 1996). Queste sedi di partecipazione devono garantire ai convocati la totale libertà di esprimere le proprie valutazioni, anche ricorrendo alla presenza di un facilitatore-garante esterno (Isaacs, 1999).

La promessa del *participative* (o *deliberative*) *management* riguarda la creazione di un clima basato sulla fiducia reciproca, la disponibilità a capire le ragioni degli altri, la capacità di assumere impegni concreti, l'aumento della consapevolezza circa le difficoltà legate alla fase di implementazione dei progetti aziendali (Davis e Lansbury, 1996).

Anche queste pratiche manageriali sono state testate con successo soprattutto in organizzazioni caratterizzate da prestazioni lavorative di elevata professionalità, quali la scuola (Senge et al., 2000) e la sanità (Ericson, 2001).

Le tecniche messe a fuoco per implementare il management partecipativo sono svariate³⁵. L'esperimento che abbiamo condotto si è basato sull'adattamento di una metodologia chiamata *Team Syntegrity* (TS) (Beer, 1994): "Il *Team Syntegrity* facilita la pianificazione, l'adozione di decisioni e la condivisione delle informazioni in un contesto non gerarchico e fornisce sostegno allo sviluppo della collaborazione e ai processi di implementazione"
<http://www.syntegritygroup.com/about.html>

In particolare, da questa metodologia sono stati mutuati:

- l'organizzazione delle fasi iniziali
- lo stile dialogico
- l'obiettivo di pervenire a proposte condivise dal maggior numero possibile di partecipanti.

Tratti comuni

Indagine cooperativa, democrazia deliberativa e management partecipativo, pur avendo finalità e ambiti di applicazione molto diversi, condividono alcuni tratti, che possiamo riassumere in questo modo:

- **la fiducia nel 'logos'**, nell'atto del comunicare, nelle pratiche discorsive: "Dialogo vuol dire mettere insieme molte voci, molte storie, molte prospettive, molte esperienze con l'obiettivo di aumentare la comprensione degli altri e di noi stessi. E' una discussione facilitata, sicura e onesta, orientata a fornire l'occasione di raccontare la propria storia, di ascoltare gli altri e di costruire un'intesa" (Jen Murphy George Mason University's UDRP Dialogue Project, www.gmu.edu/org/UDRP)
- **la fiducia nella riflessività**, cioè in quella capacità tipicamente umana che ci permette di vedere i contorni delle nostre reazioni, delle nostre preferenze e dei nostri preconcetti anche

³⁵ Per un'applicazione di queste tecniche nel settore della sanità v. Charns e Tewksbury, 1993

mentre li stiamo utilizzando: ".. gli esseri umani possono fare oggetto di riflessione e di apprendimento il gioco del *policy making* anche mentre lo stanno giocando; più precisamente, durante l'azione essi sono capaci di riflettere sui conflitti tra i *frame* su cui si basano le controversie, in modo da scalfire la loro intrattabilità" (Schön e Rein, 1994, p. 37 e 38).

- **l'orientamento deliberativo e inclusivo:** "La deliberazione è accurata considerazione, è discussione delle ragioni pro e contro. La deliberazione è una componente comune, ma non scontata, del *decision making* delle società democratiche. L'inclusione è l'azione del coinvolgere gli altri; un processo decisionale inclusivo si basa sul coinvolgimento attivo di molti attori sociali e in genere sottolinea la partecipazione di cittadini precedentemente esclusi" (Pimbert e Wakeford, 2004, p. 1; v. anche Bobbio, 2004)

10. La descrizione dell'intervento

Il numero chiuso

Benché siano stati tentati anche esperimenti con inviti aperti alla totalità delle persone che si trovano accomunate da una data condizione sociale, il gruppo di ricerca ha preferito attenersi ai più consolidati esempi a numero chiuso, prevedendo un massimo di dieci partecipanti. Questa scelta, per altro obbligata, date le dimensioni del gruppo di ricerca e il tempo a disposizione, presenta numerosi vantaggi:

- consente di garantire a tutti i convocati l'effettiva opportunità di intervenire in modo significativo
- evita il fenomeno della selezione avversa, che tende a verificarsi quando l'invito è generico, e che produce la sovra-rappresentazione di attori poco significativi. In questi casi, infatti, tendono a presentarsi figure eccentriche, perché portatrici di forti certezze o perché in grado di sopportare agevolmente i costi della partecipazione al forum, ad esempio per l'abbondanza del tempo a disposizione. Come è ovvio, soprattutto nella professione medica, l'abbondanza di tempo è spesso associata a ruoli del tutto marginali.

La scelta del campione

Il gruppo sociale di riferimento è stato individuato nei medici che, per le funzioni che ricoprono, hanno maggiori probabilità di essere informati circa l'attività dei Consigli dei sanitari, perché membri di diritto di questi organi, perché eletti o perché eleggibili. Questa scelta ha dunque ristretto l'accesso al forum ai soli dirigenti medici di primo e di secondo livello.

Questa fascia professionale è stata considerata in una posizione particolarmente significativa rispetto ai temi posti dalla prima parte della ricerca. In primo luogo, chi ricopre queste responsabilità con ogni probabilità ha avuto modo di maturare un proprio giudizio sul funzionamento degli attuali assetti aziendali. In secondo luogo, le rivendicazioni legate a un ruolo

più incisivo della componente medica presuppongono in larga misura una maggiore valorizzazione proprio di queste fasce professionali.

La scelta delle aziende è stata invece condotta con l'obiettivo di calibrare il campione rispetto a due variabili:

- l'assetto organizzativo (Asl/Ao)
- la distribuzione emersa dalla ricerca quantitativa con riferimento a un indice sintetico di funzionamento dei C.d.S..

La tabella n. 16 permette infatti di raggruppare le Aziende rispetto a tre gradi di apprezzamento per l'esperienza dei consigli:

- insoddisfacente (13 casi)
- abbastanza positiva (17 casi)
- nettamente positiva (10 casi).

La combinazione di questi due criteri ha portato alla selezione di 3 AO (S. Antonio Abate – Gallarate, Niguarda – Milano, Riuniti - Bergamo) e di 2 ASL (Brescia e Pavia), considerate particolarmente rappresentative rispetto a questa stratificazione.

L'abbinamento tra le caratteristiche soggettive dei dirigenti medici (eletti o eleggibili, dirigenti di primo o di secondo livello) e le caratteristiche delle aziende è avvenuta in modo rigorosamente casuale.

L'individuazione dei partecipanti

Per operare l'estrazione dei dirigenti medici da invitare, è stato necessario acquisire gli elenchi degli eletti e degli eleggibili compilati in occasione dell'ultimo rinnovo dei C.d.S. nelle aziende selezionate.

Questa operazione ha coinciso con la fase più difficile della ricerca, per i mille ostacoli che si sono via via presentati.

In alcune aziende, il recupero degli elenchi ha richiesto complesse ricerche d'archivio. Benché le liste siano presumibilmente pubbliche, sono state necessarie ulteriori autorizzazioni per prenderne visione. Quando poi, effettuata la scelta casuale dei nominativi, sono stati richiesti i recapiti telefonici per stabilire un primo contatto, ai problemi creati dai database non aggiornati si sono aggiunti gli adempimenti a salvaguardia delle norme sulla *privacy*.

In alcuni casi, è stato necessario ricorrere a estrazioni di 'riserve', perché, una volta interpellati, alcuni dei dirigenti selezionati hanno declinato l'invito.

La data del forum cooperativo, originariamente prevista per la fine dell'ottobre 2004, ha quindi subito continui slittamenti, fino all'appuntamento definitivo del 17 dicembre 2004.

La costituzione del forum

Per garantire una sorta di extraterritorialità e rimarcare il contesto di ricerca e il suo valore sperimentale, il forum è stato convocato presso il Dipartimento di Studi sociali e politici dell'Università degli Studi di Milano.

Ai convenuti è stato corrisposto un rimborso spese di 300 euro lordi, come viene in genere fatto per i partecipanti ai sondaggi deliberativi³⁶.

Dei dieci invitati originariamente previsti, solo otto hanno confermato la loro adesione. Uno di loro per sopravvenuti impegni non si è presentato all'appuntamento. La discussione ha quindi coinvolto sette dirigenti, dei quali cinque provenienti da AO e due da ASL. Nessuno dei presenti aveva precedentemente incontrato gli altri.

Per garantire la massima libertà di parola, i convenuti sono stati identificati solo dal personale amministrativo.

Il forum è stato condotto dalla responsabile della ricerca, autrice di questo rapporto, ed ha avuto la durata di circa 4 ore.

Erano presenti la dott. Paola Branchi, con funzioni di coordinamento tecnico e di verbalizzazione, e il prof. Paolo Borsato, esperto di organizzazioni sanitarie, con la funzione di 'avvocato del diavolo'. Questo ruolo fa parte degli strumenti previsti dall'indagine cooperativa per verificare la solidità del consenso raggiunto dal gruppo e contrastare la tendenza a ogni forma di acquiescente conformismo (Heron 1996).

Lo svolgimento del forum è stato fissato con una doppia verbalizzazione: la prima, compiuta dalla dott. Branchi sulla base della registrazione sonora effettuata; e la seconda, operata dalla conduttrice, sulla base di appunti scritti.

Le fasi del forum

La presentazione

All'avvio del forum, la conduttrice ha brevemente spiegato il significato dell'incontro, toccando i seguenti punti:

- il tema della ricerca
- la committenza istituzionale alla sua origine
- i risultati della prima fase quantitativa
- i criteri seguiti per la selezione dei partecipanti
- le principali caratteristiche dell'esperimento in corso
- l'utilizzazione dell'esito del forum per una successiva iniziativa pubblica
- la garanzia del totale anonimato.

La delimitazione del tema

Ai convenuti sono stati distribuiti una decina di post-it.

E' quindi seguito l'invito a:

³⁶ Le opinioni degli studiosi circa l'opportunità di questi incentivi non sono unanimi. Nel caso specifico, i ricercatori hanno ritenuto di compensare la disponibilità a superare la forte pressione degli impegni professionali

- mettere a fuoco le loro idee sul funzionamento dei C.d.S. (problemi, valutazioni, proposte, analisi...)
- formulare le loro idee in termini tali da poter raccogliere il maggior consenso e risultare condivisibili
- scrivere ogni idea separatamente su un post-it in forma anonima
- non superare il numero di 5-6 idee.

Dopo circa 10 minuti, i partecipanti sono stati invitati a rendere pubbliche le loro idee, incollando i loro post-it su una parete, in modo casuale.

Il raggruppamento dei temi

Conclusa questa fase, i partecipanti sono stati invitati a riavvicinarsi alla parete, a leggere i vari post-it, e a cambiare loro posizione, in modo da avvicinare tra loro i foglietti riferiti a idee simili o contigue.

Questa opera di *clustering* ha portato all'aggregazione di alcuni grappoli di foglietti.

Ogni gruppo è stato quindi trasferito su un grande foglio di cartoncino.

L'avvio della discussione

La discussione è iniziata con la collocazione al centro del tavolo del foglio più 'affollato' di idee.

Un intervenuto è stato incaricato di leggere a voce alta i post-it e di annotare le osservazioni emerse dal dibattito.

Obiettivo della discussione è trasformare gli spunti offerti dai post-it in un discorso più organico, attraverso:

- la chiara identificazione di un titolo da scrivere in calce a ogni foglio
- l'utilizzazione dello spazio disponibile sul foglio per una mappatura del tema, con l'indicazione dei problemi e delle soluzioni condivise e con l'elencazione degli eventuali punti di dissenso.

Questo, in successione, per ogni foglio riempito dai diversi grappoli di post-it, per garantire un coerente processo di modellizzazione concettuale (Eden e Spender, 1998) attraverso il coinvolgimento di tutti i partecipanti nella definizione e nella trascrizione dei diversi spunti (Grundy, Pollon e McGinn, 2003).