

Non tutte le governance portano ai risultati attesi

Giuseppe Belleri
Medico di medicina generale
Flero (BS)

Secondo i dati di una ricerca del Formez: "Modelli e fattori di successo della governance regionale" opposte visioni e filosofie in merito si riflettono sulla qualità dei Ssr, in particolare sulle relazioni dei decisori pubblici con la medicina del territorio, sull'efficacia dei servizi e sui risultati di salute attesi e conseguiti

Ciclicamente nuovi termini di origine straniera si impongono all'attenzione della pubblica opinione per il loro valore di novità e come segno di un cambiamento. È il caso del termine anglosassone *governance*, privo di un sostantivo corrispondente nella lingua italiana, diventato popolare nel dibattito politico, accademico e anche nel mondo medico.

Non è facile definire in modo sintetico il concetto di *governance* anche perché nel corso degli anni si è arricchito di diverse sfumature in relazione agli aggettivi con i quali è stato abbinato per adattarlo alle diverse sfere d'azione: *corporate governance*, *public governance* e *clinical governance*.

Il contesto medico sanitario

Per comprendere il significato della *governance* è utile immaginarla in antitesi all'idea di governo (*government*), vale a dire al modello politico-burocratico di comando diffuso nella pubblica amministrazione fi-

no al decennio scorso, basato su alcuni tratti distintivi: centralità dell'autorità statale che emana direttive vincolanti *top-down*, isolamento e omogeneità delle istituzioni di governo, sovranità e superiorità dell'autorità pubblica, importanza preminente degli aspetti costituzionali e legali. Al contrario con azioni di *governance* la pubblica amministrazione si propone di allargare il consenso sociale, attraverso l'introduzione di meccanismi e procedure per rendere effettiva la partecipazione dei cittadini all'azione pubblica, in un contesto di trasparenza amministrativa, concertazione delle decisioni con i portatori di interessi e responsabilizzazione dei vari attori coinvolti nelle politiche, in modo da migliorarne la funzionalità. Le parole d'ordine della *governance* pubblica, secondo l'Unione Europea, sono: apertura, partecipazione, responsabilità, efficacia e coerenza. In questa accezione la *governance* non poteva non essere applicata anche al contesto medico-sanitario, sia a livello prettamente clinico (la *clinical governance* cardine della riform-

ma sanitaria britannica del 1998) sia nella gestione politico-amministrativa delle Regioni e delle Asl.

Una ricerca illuminante

Proprio alla applicazione della *governance* nella gestione politico-amministrativa delle Regioni e delle Asl è dedicata un'articolata ricerca sul campo portata a termine nel 2007 da un'équipe coordinata dal Prof. Vittorio Mapelli, economista sanitario dell'Università di Milano, al fine di analizzare "modelli e fattori di successo della governance regionale" ("Quaderni Formez" n. 57/2007, http://biblioteca.formez.it/webif/media/QuaderniFormez_57.pdf). L'esplicito obiettivo della ricerca era di analizzare il funzionamento dei sistemi sanitari regionali in termini di *performances* e di indicatori di esito sulla salute, in rapporto al modello di *governance* adottato dalle Regioni o, comunque, alla presenza di strumenti e capacità organizzative e manageriali di governo del sistema sanitario.

Per portare a termine una sorta di radiografia dei sistemi di *governance* regionali, i ricercatori hanno utilizzato una griglia analitica così articolata:

1. visione del ruolo della Regione nei rapporti con le Asl (regione come ente sovraordinato rispetto alle Asl, secondo il modello burocratico-weberiano, piuttosto che perno di una rete sanitaria governata con il consenso e la composizione degli interessi contrastanti);
2. modalità di condivisione/imposizione degli obiettivi e di interazione con i diversi portatori di inte-

Definizioni di governance

La *corporate governance* (governo societario, in ambito manageriale privato) indica l'insieme delle procedure connesse al processo di formulazione delle decisioni, alla performance e al controllo dell'impresa, nonché alla messa a punto di sistemi in grado di indirizzare complessivamente l'impresa a soddisfare le ragionevoli aspettative di *accountability* dei soggetti esterni portatori di interessi (*stakeholder*). La *public governance* è caratterizzata da un elevato grado di cooperazione e dall'interazione tra lo Stato e attori non statuali all'interno di reti decisionali miste pubblico/private, vale a dire come un processo di elaborazione, determinazione, realizzazione e implementazione di azioni di *policies*, condotto secondo criteri di concertazione e di partenariato tra soggetti pubblici e soggetti privati o del terzo settore.

ressi (relazione di ascolto e di concertazione);

3. utilizzo di numerosi e diversificati strumenti e capacità manageriali di governo del sistema (organizzazione dell'assessorato, sistema di programmazione strategica, accreditamento degli erogatori, strumenti di controllo di gestione, sistema informativo aziendale e di budgeting);

4. stipula di contratti interaziendali ed eventualmente regionali (negoziato del budget, accordi tra Asl e Aziende Ospedaliere, accordi con le associazioni degli erogatori, ecc.).

Le prime due dimensioni sono intimamente connesse tra loro e più sfumate, in quanto hanno a che fare con la qualità e la "filosofia" delle relazioni tra i vari attori/*stakeholder*, mentre le altre due sono più indipendenti e riguardano gli aspetti strettamente manageriali, di governo e controllo sulle variabili economico-finanziarie.

I sistemi di *governance* adottati dalle nove Regioni prese in esame (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Basilicata, Campania, Puglia e Sardegna) si collocano lungo un *continuum* delimitato da due estremi idealtipici:

- da un lato Regioni che aderiscono al modello burocratico tradizionale, previsto dalla stesa legge di riforma del 1978, impostato su basi gerarchiche tra una Regione capofila della filiera delle Asl che, in posizione subordinata, si limitano a recepire le direttive in modo formale *top-down* senza partecipare attivamente alla negoziazione degli obiettivi e alla modalità di implementazione delle decisioni; questo modello è prevalentemente diffuso nelle Regioni del Sud;

- al polo opposto stanno le amministrazioni regionali che adottano il modello contrattuale, espressione della riforma ter del 1999, che tenta di coniugare partecipazione e condivisione delle scelte tra Regione e Asl, logica di sistema nella delega delle responsabilità al livello locale e cooperazione tra attori pubblici e privati tramite gli strumenti mana-

geriali (programmazione e verifica del budget) e amministrativi (contratti con gli erogatori e le aziende ospedaliere). Questo modello è prevalente nelle Regioni settentrionali e, in parte, centrali.

■ Gli indicatori

Per valutare l'impatto dei diversi assetti di *governance* su efficienza ed efficacia dei servizi sanitari sono stati esaminati un pool di indicatori statistici, relativi a:

- contesto istituzionale e socio-economico (numero di Asl, rapporti con le aziende ospedaliere, Pil pro-capite, gestione diretta dei servizi, ecc.),

- risorse di *governance* (organizzazione dell'assessorato, ufficio budget di Asl, piani e relazioni sanitarie regionali, uso della leva fiscale, ecc.)

- risultati gestionali (equilibrio di spesa e deficit pro-capite, tasso di utilizzo dei posti letto, mobilità sanitaria, degenza media, indice di case mix, risultati di salute, appropriatezza, qualità dei servizi, ecc.). Dal computo dei diversi parametri, relativi alla gestione delle nove Regioni considerate dall'indagine, è risultato un indice sintetico di performance che varia da 0.37 e 0.41 per le amministrazioni regionali rette secondo un modello di *governance* prevalentemente burocratico (Campania, Puglia e Sardegna) mentre le Regioni che adottano il modello contrattuale e manageriale dimostrano i migliori risultati in fatto di qualità, efficacia ed efficienza, con punteggi tra 0.69 e 0.78 (Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Toscana).

■ La variabile chiave

Le conclusioni del gruppo di lavoro coordinato dal Prof. Mapelli sono lapidarie: "si conferma il drammatico divario tra i sistemi sanitari di Nord e Sud, non tanto in termini di strutture, personale o spesa, quanto di assetti di *governance* e risultati prodotti. La variabile chiave è la capacità di governare il sistema oltre il tradizionale modello burocratico,

con la quale si tiene sotto controllo la spesa, si producono servizi di buona qualità e si migliora la salute dei cittadini. Per un reale riequilibrio Nord-Sud servono perciò investimenti in formazione, cultura gestionale, tecnologie".

Il modello di *governance* adottato non riguarda solo i rapporti tra Ente regionale e Asl, ma si riverbera anche sulle relazioni con i professionisti sanitari e con le loro organizzazioni scientifiche e sindacali. Per dare l'idea della diversa qualità dei rapporti con gli attori delle cure primarie basta confrontare due delibere emanate da altrettante Regioni in merito alla gestione della principale malattia cronica sul territorio, vale a dire il diabete mellito. Un tipico esempio di *governance* partecipativa viene dalla Delibera licenziata dalla Regione Piemonte nella scorsa estate (M.D. 2008; 24: 8-9), dopo processo di concertazione e condivisione con i professionisti implicati nel problema, che dovrebbe favorire concretamente l'integrazione di specialistici e Mmg, introducendo procedure innovative per la gestione delle informazioni cliniche e la valutazione continua della qualità delle cure. Di tutt'altro tenore e impostazione di *governance* è la delibera n. 1843 emanata dalla Regione Campania alla fine del 2005 (M.D. 2006; 7: 9-10), sempre in tema di gestione del diabete. In poche ore e all'insaputa dei diretti destinatari, ignorati nella fase di elaborazione della delibera, venivano calati dall'alto in modo burocratico obiettivi di budget per la gestione della malattia diabetica puramente finanziari e al ribasso rispetto ai consumi degli anni precedenti. L'intento prevalente era di contenere le spese senza considerazione per la valutazione di qualità e appropriatezza delle cure. Un esempio paradigmatico di opposte visioni e filosofie di *governance* che si riflettono inevitabilmente sulla qualità delle relazioni dei decisori pubblici con la medicina del territorio e, soprattutto, sull'efficacia dei servizi e sui risultati di salute attesi e conseguiti.