

La gestione della complessità dei servizi sanitari: le competenze necessarie di management e leadership

Managing the complexity of healthcare services: the need for competence in management and leadership

Carlo Favaretti

Segretario, Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Coordinatore, Gruppo di Lavoro sulla Leadership in Sanità Pubblica, Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Parole chiave: complessità, management, leadership, competenze, servizi sanitari

RIASSUNTO

I servizi sanitari sono sistemi adattativi complessi che devono essere gestiti e guidati con competenza. Anche se essi sono impostati per legge come organizzazioni gerarchiche e, per certi versi, burocratiche è necessario mettere in campo meccanismi decisionali basati sui principi della *governance* integrata: sono molte le parti interessate (stakeholder) che vogliono essere coinvolte nella *governance* dei servizi sanitari in sé e in quella dei rapporti con gli altri settori della società per sviluppare la promozione della salute. Chi ha la responsabilità di gestire i servizi sanitari a tutti i vari livelli deve acquisire non solo competenze specialistiche, verticali e tecniche, ma anche quelle trasversali, relazionali, comunicative (*soft skills*).

Questo lavoro vuole offrire elementi di riflessione “operativa” per sviluppare le competenze (conoscenze, abilità pratiche e atteggiamenti) di manager e leader sanitari moderni.

Key words: complexity, management, leadership, competence, healthcare services

SUMMARY

The healthcare services are complex adaptive systems and they need to be managed and led with competence. They are usually built as hierarchical bureaucracies, but they need to develop decision-making processes based on integrated governance because their stakeholders want to be involved both in healthcare governance and in governance for health. Who is accountable for managing healthcare services at all levels has to develop not only specialized, vertical and technical competences but also the soft skills which are transversal, relational, communicational.

This paper aims to offer some operational reflections to develop management and leadership competences in terms of knowledge, skills and attitudes).

Autore per corrispondenza: carlo.favaretti@unicatt.it

Introduzione

Da un certo punto di vista, lo storico divario tra medicina clinica e sanità pubblica (da sempre “organizzata” per assicurare, per esempio, lo svolgimento di campagne vaccinali, di programmi di screening di popolazione, ecc.) si sta restringendo e le occasioni di pratica cooperazione sono fortunatamente sempre più frequenti, coerentemente con l’approccio definito, a livello internazionale, di *integrated care* (1).

Da qualche decennio, infatti, anche la moderna medicina clinica è svolta solo in contesti organizzati. Questo tipo di organizzazione, tuttavia, è ancora molto influenzata da un’impostazione a silos (separatezza tra ospedale e servizi specialistici rispetto all’assistenza sanitaria primaria, cosiddetta territoriale), sostanzialmente fondata sulla produzione di prestazioni. Essa va, pertanto, in crisi quando la produzione di prestazioni non è sufficiente a costruire e erogare complessi percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali (PDTA) che attraversano i vari comparti del Servizio sanitario nazionale (SSN) e quando si deve dare al cittadino paziente l’assicurazione di una vera, efficace ed efficiente presa in carico.

In altre parole, queste “nuove” organizzazioni sanitarie si sono sviluppate, spesso per apposizione, all’interno delle proprie istituzioni che hanno mantenuto una cultura organizzativa legata alla produzione di singole prestazioni, offerte da singoli professionisti a singoli pazienti. L’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per assicurare i livelli essenziali di assistenza; la gestione di ingenti risorse economiche che costituiscono il fondo sanitario nazionale in uno scenario generale di crisi economica; lo sviluppo e la diffusione nella pratica clinica di tecnologie efficaci e sempre più costose; la transizione demografica (con l’invecchiamento della popolazione e la riduzione della natalità) ed epidemiologica (con l’aumento del carico di malattie croniche) determinano la necessità di approccio gestionale la cui importanza nei processi preventivi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi ed assistenziali, anche dal punto di vista dei risultati di salute, viene sempre più diffusamente riconosciuta.

È necessario che i medici e gli altri professionisti sanitari integrino le loro competenze di base e specialistiche, verticali e tecniche con quelle che riguardano la gestione (management) e la guida (leadership) dei servizi che sono a loro affidati. Giova ricordare che i medici del SSN sono dirigenti e che a una quota di altri professionisti sanitari sono affidate formali posizioni di direzione o di coordinamento, ragion per cui l’esercizio pratico delle funzioni di management e leadership sono sempre più rilevanti.

Complessità, governance dei servizi sanitari e *governance* per la salute

Per quanto sopra riportato, la moderna medicina clinica e la sanità pubblica devono essere considerati sistemi organizzativi.

Un'organizzazione è un aggregato di persone e di mezzi che ha obiettivi, responsabilità, autorità e relazioni generalmente stabiliti in modo ordinato. Con il termine di organizzazione si può fare riferimento a un'istituzione nel suo complesso (es. il SSN, una ASL) oppure, aumentando il dettaglio, indicare singole strutture, direzioni, dipartimenti, unità operative, moduli organizzativi o servizi.

Un sistema, invece, è un insieme di attività caratterizzate da uno scopo comune, da obiettivi comuni, da criteri rispetto ai quali si possa misurare il raggiungimento degli obiettivi, cioè dei risultati. Un sistema può essere aperto o chiuso; soft o hard; complesso; adattativo complesso, in ordine crescente di complessità. Un sistema adattativo complesso può essere definito come un insieme di agenti individuali, che hanno la libertà di agire in modi non sempre totalmente prevedibili e le cui azioni sono tra loro interconnesse così che le azioni di un agente cambiano il contesto per gli altri agenti (2-3).

La sanità è sicuramente un sistema adattativo complesso: i suoi "agenti individuali" sono professionisti con una formazione di base e specialistica molto elevata; che appartengono a burocrazie professionali che esercitano un notevole grado di autonomia operativa; che si trovano a rispondere a bisogni e domande di altre persone sempre mutevoli e diversificati. Prendendo come esempio i medici, si deve essere consapevoli che essi interagiscono tra di loro e con l'esterno, utilizzano le informazioni ufficiali e quelle acquisite autonomamente; seguono valori e regole diversi; sono orientati a soddisfare esigenze e aspettative di numerose parti interessate; talora hanno obiettivi, limiti e opportunità contrastanti fra loro e con gli obiettivi generali dell'organizzazione.

Comprendere che la sanità è un sistema adattativo complesso significa essere consapevoli che non esiste linearità, né determinismo, tra i vari comportamenti professionali ed organizzativi; che, di fatto, prevalgono l'autorganizzazione e i comportamenti "emergenti" (adattativi); che la gestione ottimale richiederebbe l'introduzione di regole semplici per determinare soluzioni complesse (4). Per meglio comprendere il significato pratico di ciò basti fare riferimento al problema di realizzare una rete di servizi di assistenza domiciliare dedicata a soggetti anziani fragili o a pazienti di ogni età colpiti da gravi malattie croniche. Si può pensare che complessi percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA), definiti nelle confortevoli stanze di un ministero, di un assessorato o di una direzione generale o sanitaria, possano rispondere in modo ottimale alle esigenze ed aspettative dei cittadini, senza una conoscenza approfondita dello specifico contesto sociale, professionale (clinico e assistenziale), organizzativo e culturale in cui la rete di servizi viene realizzata?

Dovrebbe essere, a questo punto, chiaro quanto sia difficile gestire i servizi sanitari che, come abbiamo visto, sono organizzazioni complesse e, in particolare, sistemi adattativi complessi.

In altre parole, se ci si limita ad analizzare la struttura del nostro SSN determinata dal

complicato sistema legislativo che parte dalla Costituzione; passa per la legge istitutiva del SSN, le sue periodiche riforme e specifici provvedimenti; le leggi regionali e gli atti di programmazione sanitaria; gli atti aziendali ecc. si ha un quadro di organizzazione verticale, gerarchica, burocratica. L'organizzazione verticale, gerarchica, burocratica è, in sé, una soluzione positiva perché assicura la realizzazione di un fine collettivo secondo criteri di razionalità, imparzialità e impersonalità (5), e garantisce gli assetti istituzionali, il finanziamento, le regole del gioco.

Tuttavia, non basta la struttura prevista dalla legge perché i servizi sanitari funzionino veramente e al meglio! Non basta, insomma, un sistema organizzativo basato sulla gerarchia e sulla logica del *comando e controllo*, ispirata al taylorismo e fermamente contestata da Seddon (6). La realtà, purtroppo, è dominata da organizzazioni gerarchiche top-down in cui, seguendo i principi del taylorismo, si realizza una netta separazione tra processo decisionale (fondato su misure come budget, standard, attività) e lavoro e si esaspera la separazione dei ruoli. Deming (7) considera il *comando e controllo* come una prigione organizzativa che porta, citando Ackoff (8), “a fare bene le cose sbagliate”!

Le organizzazioni sanitarie moderne dovrebbero adottare una visione sistemica per gestire, non solo l'attività ordinaria, ma anche il cambiamento quando necessario, usare misure legate al valore e alle finalità e non solo al budget finanziario, e permettere lo sviluppo di meccanismi adattativi per far fronte alle sfide del cambiamento dei bisogni e della domanda.

Molti sono i portatori di interesse (*stakeholder*), interni ed esterni alle nostre organizzazioni, che vogliono avere voce in capitolo sui meccanismi decisionali.

In breve, i servizi sanitari non possono essere gestiti solamente con logiche gerarchiche, ma devono utilizzare meccanismi più sofisticati, complessi, adattativi rispetto alle mutevoli esigenze ed aspettative degli *stakeholder* che possono così essere classificati: cittadini e pazienti; professionisti; finanziatori (Stato e Regioni); partner in convenzione (es. Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti ambulatoriali, Organizzazioni private accreditate); comunità servite.

In altre parole, è necessario gestire meccanismi di *governance*.

In generale, la *governance* si riferisce a come i governi e le altre organizzazioni sociali interagiscono, come si relazionano con i cittadini e come prendono decisioni in un mondo complesso (9). Dalla fine degli anni '90 del secolo scorso, il termine *governance* dei servizi sanitari è stato spesso accompagnato da aggettivi: *governance* clinica e *governance* integrata.

La *governance* clinica è definita come un sistema per mezzo del quale le organizzazioni del Servizio Sanitario Nazionale sono tenute a rispondere e rispondono del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard assistenziali attraverso la creazione di un contesto nel quale l'eccellenza nell'assistenza

clinica deve prosperare (10).

La *governance* integrata, invece, è finalizzata a tenere insieme i diversi sistemi settoriali di *governance* (clinica, finanza, gestione, ricerca, conoscenza, sicurezza dei pazienti e dei lavoratori, informazione, tecnologia, ecc.); eliminare i gap e le sovrapposizioni esistenti; riallineare i diversi processi verso un obiettivo comune (11).

A livello di Organizzazione Mondiale della Sanità, ci si è altresì posti il problema non solo di gestire i sistemi/servizi sanitari propriamente detti, ma anche di gestire i rapporti tra il settore sanitario e gli altri settori sociali nella logica della “Salute in tutte le politiche”. Si parla, quindi, di *health governance* quando il focus è posto sul funzionamento interno di un sistema sanitario in quanto produttore di prestazioni e gestore di percorsi (es.: LEA, finanziamento, assicurazione di equità d’accesso, empowerment, efficienza, valutazione delle performances, gestione della conoscenza, assistenza integrata, training dei professionisti); e di *governance for health* quando il focus è sul ruolo del sistema sanitario nel migliorare la salute della popolazione appunto con l’approccio “salute in tutte le politiche”, che è un approccio multi-stakeholder e multilivello che può essere “verticale” (attraverso la gerarchia istituzionale) o “orizzontale” (attraverso i diversi settori della società) (12).

In entrambe le forme è richiesta la cosiddetta *smart governance*. Nel caso della *health governance* si deve puntare alla combinazione del “potere forte” (*hard power*) della gerarchia e del potere intangibile (*soft power*) dell’influenza, della persuasione e dell’attrazione. Nel caso della *governance for health* devono essere sviluppati e gestiti strumenti come: comprendere l’agenda politica e le regole amministrative di altri settori; costruire conoscenze e prove scientifiche a supporto delle decisioni strategiche; comparare le possibili conseguenze di decisioni alternative; assumere un approccio risolutivo di problemi (*problem-solving*); valutare l’efficacia del lavoro intersettoriale e delle decisioni integrate; costruire capacità attraverso nuovi meccanismi, risorse riorientate, supporti esterni, e personale formato e dedicato (13).

In tutti i casi vengono richiesti professionisti, manager e leader con nuove competenze fatte di conoscenze, abilità pratiche e atteggiamenti coerenti.

Management e leadership

Nel corso dei decenni si è sviluppato un grande interesse, anche attraverso importanti analisi empiriche, per il management e la leadership. Questo interesse ha riguardato il campo militare, aziendale, sociale e da qualche decennio quello sanitario. Il dibattito ha determinato spesso delle polarizzazioni, talora estreme, che via via si sono, fortunatamente, modificate. Per esempio, si è ripetutamente detto che il management è fare bene le cose e la leadership fare le cose giuste; che il manager è orientato a modelli di organizzazione di comando e controllo (fa i budget, misura quantitativamente i risultati, ecc.), mentre il

leader, sulla base di caratteristiche personali e relazionali, opera finendo per essere l'uomo solo al comando, quasi un eroe sovrumano.

Una posizione, da lui stesso definita più "sobria", è stata assunta qualche anno fa da Henry Mintzberg (14). Si chiede: vorreste essere gestiti (*managed*) da chi non sa guidare (*lead*) l'organizzazione in cui lavorate? E, di converso, vorreste essere guidati da chi non sa gestire? Invece di continuare a distinguere i leader dai manager, egli afferma che ci si dovrebbe concentrare sulla necessità che i manager siano dei leader e che la leadership sia, in qualche modo, un management ben applicato! Egli afferma, inoltre, che tenere unito il management alla leadership focalizza l'interesse sul buon funzionamento delle comunità di lavoro, fatte comunque di persone (*communityship*). La leadership completa il management, non lo sostituisce: tra l'altro, in un'organizzazione, avere una leadership forte e un management debole non è una buona combinazione e qualche volta è anche peggiore della combinazione contraria. E' necessario un bilanciamento tra leadership forte e management forte (15).

È molto interessante notare come la realtà sia cambiata nel tempo. Kotter negli anni '90 riteneva, per esempio, che le aziende americane avessero al loro interno troppo management e troppo poca leadership. Nel 2013 Mintzberg (14) ha affermato con forza che "we are now overled and undermanaged".

Meindl et Al. (16) suggeriscono, altresì, di uscire dal "Romanzo della leadership" a scapito della cura del management, condividendo l'impostazione di James March (17) che la "leadership è insieme poesia e lavoro da idraulici".

Sempre Mintzberg (14) afferma che, in generale, gestire non è né una scienza né una professione: gestire significa usare la conoscenza scientifica (fondata su capacità analisi e uso sistematico delle prove), ma gestire è anche un'arte (fondata su elaborazione di una visione e uso di intuito creativo) e un'attività artigianale (fondata sull'esperienza e l'apprendimento pratico). Questo mix, inoltre, deve essere pienamente radicato in un contesto specifico.

Quando parliamo di management o di leadership non ci riferiamo necessariamente alle posizioni di vertice: amministratore delegato, direttore generale, direttore sanitario, ecc. Funzioni di management e leadership sono importantissime anche ai livelli intermedi delle organizzazioni, fino a spingersi al livello micro che riguarda piccoli gruppi di professionisti che devono lavorare in gruppo.

Ciò detto, per comprendere a pieno ciò che unisce e distingue il management dalla leadership dal punto di vista teorico, conviene forse entrare nella pratica focalizzandoci su che cosa fa il manager e che cosa fa il leader, in particolare, in un'organizzazione sanitaria.

Il manager

Il manager si confronta con la complessità: senza un manager efficace le organizzazioni

sanitarie, soprattutto quelle di grandi dimensioni tendono a diventare caotiche. Si tratta di un tema di grandissima rilevanza considerando che oggi l'indirizzo politico è di creare organizzazioni sempre più grandi, assumendo a priori che possano essere più efficienti e che possano determinare importanti economie di scala. Il manager usa strumenti come la pianificazione e programmazione, il budget, il disegno organizzativo, la gestione del personale, il controllo e un approccio volto a risolvere problemi (18).

Apparentemente, almeno rispetto a questa descrizione, il manager svolge una funzione razionale e analitica. Ma si tratta di una mitologia! In realtà non è vero che il manager è un riflessivo e sistematico pianificatore. Gli studi empirici dimostrano che il manager lavora ad un ritmo senza sosta, quasi febbrile; le sue attività sono caratterizzate da brevità, varietà, frammentazione e sono fortemente orientate all'azione. La funzione di pianificazione e programmazione non è praticamente mai disgiunta dai processi decisionali. Ancora, il mito è che il manager dipenda esclusivamente da informazioni formali derivanti dai sistemi informativi di gestione. La realtà è che il manager tende ad usare moltissime informazioni informali che derivano da telefonate, riunioni ai vari livelli, passaparola, gossip, email. Qualcuno ha detto: "Mi troverei in grande difficoltà se i report del controllo di gestione mi portassero delle informazioni che non ho già!" (19). Un ulteriore mito è che il manager usi solo gli strumenti della gerarchia per regolare i rapporti tra "superiori" e "subordinati". In realtà, oltre alla gerarchia, fa ricorso a relazioni laterali con colleghi e collaboratori, coltiva reti di soggetti che gli offrono informazioni e di esperti che gli forniscono consulenze specialistiche (14).

Il leader

Il leader è importante quando c'è un cambiamento da intraprendere, quando c'è una direzione di marcia da definire, quando è necessario orientare le persone in modo che siano in linea con tale direzione di marcia, quando si deve lavorare sulla motivazione e sull'ispirazione delle persone (18).

Va detto, comunque, che non c'è una definizione univoca di leadership né un compendio specifico di qualità personali e di competenze che caratterizzino i leader (20). Il contesto in cui si muove il leader la fa da padrone!

Il leader sanitario costruisce processi che creano le organizzazioni dalle fondamenta o che le adattano al sopraggiungere di importanti cambiamenti esterni. Il leader disegna i confini del futuro, allinea le persone a una visione comune e orienta gli sforzi alla realizzazione del progetto nonostante gli ostacoli. Quindi, se volessimo sintetizzare questi elementi potremmo elencarli così: visione, cultura di valori condivisi, pianificazione di una strategia e sua attuazione, empowerment delle persone, influenza, capacità di motivare ed ispirare. Potremmo aggiungere che la capacità di percepire i limiti della propria cultura e continuare a svilupparla, adattandosi, è la sfida ultima per un leader.

Essere leader significa, quindi, avere la capacità di guidare e motivare le persone verso il raggiungimento di obiettivi e risultati: in un certo senso, è fare la differenza! Drucker afferma che leader è chi ha follower! (21).

È evidente l'importanza delle relazioni personali esercitate dal leader che opera con individui singoli, con gruppi di lavoro, con intere unità operative o con l'intera organizzazione, in funzione della posizione ricoperta. Ciò significa essere in grado di "energizzare" e far crescere gli individui, costruire e mantenere gruppi operativi, stabilire e rafforzare una cultura (14). Questo vuol dire essere un leader e non un padrone o un guidatore!

Il leader manager

Il leader manager agisce all'interno della sua unità operativa, verso il resto della sua organizzazione di appartenenza (es. un'Azienda sanitaria) e verso l'esterno dell'organizzazione. Opera su tre piani: il piano dell'azione, quello della relazione con le persone e quello dell'informazione. In ogni piano il leader manager svolge azioni verso l'interno e verso l'esterno. Il primo piano riguarda il fare (all'interno) e il trattare (all'esterno); il secondo il guidare (nel senso di *to lead not to drive*) e il collegare; il terzo il controllare e il comunicare. Sul piano dell'informazione ci sono altre due funzioni importantissime: ideare (finalità, obiettivi e strategie) e dettare l'agenda (14).

La fig. 1 sintetizza in un modello quanto sopra descritto.



Fig. 1 - Un modello per agire da leader e manager (adattata da Henry Mintzberg *Simply managing: what managers do and can do better*, 2013)

Fare il leader manager, quindi, significa fare molte cose tentando di avere una coerenza di pensiero e azione che si mantenga nel tempo.

Un ulteriore piccolo elenco di che cosa significa fare il leader manager:

- costruire in modo paziente e di solito noioso una coalizione
- creare una squadra nel fermento delle viscere delle organizzazioni
- spostare meticolosamente l'attenzione dell'organizzazione attraverso il linguaggio ordinario dei sistemi di management
- modificare l'ordine del giorno per dare abbastanza attenzione a nuove priorità
- diventare visibile quando le cose vanno storte ed invisibile quando tutto fila liscio
- costruire un team leale al punto da parlare più o meno con una sola voce
- ascoltare attentamente per la maggior parte del tempo, parlare molto spesso per dare incoraggiamento e accompagnare le parole con un'azione credibile (22).

La leadership dei professionisti con funzioni “cliniche” e manageriali

Abbiamo ricordato che quando parliamo di management o di leadership non ci riferiamo necessariamente alle posizioni di vertice. Funzioni di management e leadership sono importantissime anche ai livelli intermedi delle organizzazioni e a livello cosiddetto micro che riguarda piccoli gruppi di professionisti che devono lavorare insieme per erogare percorsi di cura e assistenza.

I nostri servizi sanitari sono impostati per produrre prestazioni (con tutto l'indotto dei sistemi di finanziamento, di monitoraggio, di assicurazione di qualità, ecc.). Ciò determina, soprattutto per le persone con malattie croniche e in condizione di fragilità, cesure evidenti nella continuità assistenziale che fa dire a qualcuno che ci troviamo di fronte ad un'assistenza dis-integrata e a pazienti che attraversano i vari livelli del SSN in un moto browniano, casuale.

La sfida è di trasformare gli attuali servizi in organizzazioni attente al valore per la salute (23-24); responsabili (*accountable*) della sostenibilità economica, professionale e sociale; capaci di gestire la salute come bene sociale (*stewardship*), cosa che richiede comunque co-produzione da parte dei cittadini e pazienti, titolari del bene (25); attente allo sviluppo di processi assistenziali efficaci ed efficienti.

Per tali finalità, una certa dose di organizzazione gerarchica e burocratica sarà sempre inevitabile, ma dovrà essere finalizzata, nella logica della *stewardship*, a fungere da colla per tenere insieme le parti del sistema, dà *olio* per lubrificare gli ingranaggi più fini, dà *energia* per imprimere una direzione e un'accelerazione etica al sistema stesso.

Aronson (26), nella rubrica della rivista *Health Affairs* intitolata “Narrative matters”, prende spunto dal caso di una signora ottuagenaria, alla quale l'autrice ha prestato ascolto e della quale ha esaminato lo stile di vita e le condizioni di isolamento familiare e sociale, e nota che, di fronte alla sua situazione complessa e caratterizzata da diverse malattie e

da una politerapia difficile da seguire, professionisti individualmente compassionevoli, brillanti e motivati avevano prestato una miope attenzione alla medicina e non alla salute e avevano erogato un'assistenza frammentata, scoordinata e dispendiosa per il sistema sanitario e la stessa paziente.

Nella pratica, la sfida maggiore per l'evoluzione radicale dei sistemi sanitari è proprio la gestione della cronicità e della fragilità che interessa particolarmente, anche se non esclusivamente i grandi anziani. Come si superano i silos delle varie ASL e aziende ospedaliere che si alternano nella produzione di singole prestazioni a singoli pazienti? Come si superano le barriere dei budget separati e distinti di ASL, Aziende ospedaliere, singoli dipartimenti e singole unità operative? Come si assicura la continuità dell'assistenza in un contesto organizzativo che tiene separati, non solo dal punto di vista contrattuale, i professionisti dipendenti da quelli convenzionati? Purtroppo, l'antica battuta "intervento chirurgico riuscito, paziente morto" è quanto mai appropriata all'esperienza diffusa di persone e famiglie alle quali vengono offerte prestazioni sanitarie (magari di ottima qualità tecnica) e non percorsi assistenziali ben gestiti e guidati.

Secondo Sir Muir Gray (27), le organizzazioni sanitarie si caratterizzano come struttura, sistemi e cultura. Per lo più le riforme sanitarie interessano la struttura (assetto istituzionale, finanziamento, regole del gioco). Poca attenzione è rivolta al cambiamento dei sistemi organizzativi e alla cultura (organizzativa e professionale) che dovrebbe sostenerli, e all'integrazione degli sforzi per modificarli tutti e tre. Struttura, sistemi e cultura delle organizzazioni sanitarie influenzano i comportamenti dei pazienti, dei cittadini e dei professionisti, ma questi dovrebbero modellare le organizzazioni sanitarie in modo da poter fronte ai loro bisogni e legittime aspettative.

Con il suo approccio, Muir Gray (28) vuole contribuire alla trasformazione dei servizi sanitari per superare le tradizionali istituzioni a silos (ospedali, servizi sanitari primari, servizi di prevenzione) e impostare l'assistenza secondo programmi, sistemi, reti e percorsi. Un programma è un insieme di sistemi che hanno una base comune di conoscenza e un budget comune (per esempio il programma sulle malattie respiratorie include sistemi per l'asma e la broncopneumopatia cronica ostruttiva). Un sistema (per esempio, per l'asma, la fibrillazione atriale, ecc.) è costituito da un insieme di attività (preventive, ospedaliere, di assistenza primaria) che hanno obiettivi di salute comuni. Una rete è un insieme di organizzazioni e individui che tendono a raggiungere gli obiettivi di salute del sistema. Un percorso è la "strada" che la maggior parte dei pazienti percorre attraverso la rete assistenziale.

Far evolvere il nostro Servizio sanitario nazionale in questa prospettiva significa rendersi conto che lo scenario è il superamento delle distinzioni concettuali, fisiche e organizzative tra ospedale e assistenza sanitaria primaria, tra medici e "il resto del mondo", tra medici dipendenti e convenzionati, tra pubblico e privato accreditato, tra copertura assicurata

dal SSN e coperture assicurative integrative private, in un approccio di medicina di popolazione (29).

Sicuramente si tratta di una *disrupting innovation* soprattutto per la cultura dei manager, dei professionisti, dei cittadini e dei pazienti (30-31).

Ci sono due elementi sui quali lavorare per sviluppare tali modelli organizzativi: una radicale modificazione della formazione medica e sanitaria di base e specialistica, ferma ai bisogni del XIX secolo; e una altrettanto radicale modificazione delle codifiche di attività, oggi centrate sulle singole prestazioni e non sui percorsi assistenziali, e dei sistemi di finanziamento/rimborso oggi centrati sulle strutture (e macrolivelli essenziali di assistenza) e sulle singole prestazioni e che non affidano il budget a specifici programmi, sistemi, reti e percorsi (26).

Un così radicale riorientamento delle nostre organizzazioni sanitarie potrebbe contribuire a focalizzare l'attenzione sui pazienti, odiare lo spreco e amare la sostenibilità, usare al meglio la tecnologia, valorizzare più i sistemi sanitari che le burocrazie sanitarie, valorizzare più le reti cliniche che le gerarchie sanitarie (32).

La formazione necessaria

Un rapporto su "Health professionals for a new century" (33) ha identificato otto problemi sistemici:

1. Frattura tra competenze e bisogni
2. Insufficiente lavoro di squadra
3. Problemi nella stratificazione di genere
4. Focalizzazione tecnica senza visione sistemica
5. Prestazioni senza continuità assistenziale
6. Predominanza dell'ospedale sull'assistenza primaria
7. Sbilanciamento del mercato del lavoro
8. Leadership debole.

Come si può capire non c'è solo il problema di formare manager e leader alla fine di un percorso formativo di base e specialistico soddisfacente, ma anche di avere professionisti con una formazione più ampia. La frattura tra le competenze dei professionisti e i bisogni delle persone è talvolta drammatica. L'impostazione tecnica (di impronta solo biomedica) senza visione sistemica, la predominanza dell'ospedale sull'assistenza primaria, la carenza di continuità assistenziale insieme con la debolezza della leadership è un mix che rende difficile l'ammodernamento di qualsiasi sistema sanitario.

L'attuale impostazione degli studi medici e sanitari è sostanzialmente legata a criteri "informativi", tesi a fornire conoscenze e abilità con l'obiettivo di formare "esperti". C'è uno sforzo a introdurre criteri "formativi", tesi a trasmettere valori e capacità di socializzazione con l'obiettivo di formare "professionisti". Ci sarebbe la necessità

di adottare criteri “trasformativi”, tesi a sviluppare le competenze di leadership con l’obiettivo di formare “agenti di cambiamento”.

Negli ultimi due decenni, comunque, sono nate esperienze in vari Paesi per aiutare i professionisti medici e sanitari a costruire nuove competenze per consentire loro di gestire e guidare i servizi sanitari a loro affidati. Per chiarezza non stiamo parlando di coloro che, con una formazione medica o sanitaria, decidono di fare i direttori generali di aziende sanitarie o di accedere a posizioni gestionali il cui accesso è aperto anche a professionisti con altri profili formativi di base e specialistici. Qui parliamo di professionisti “clinici” (dando al termine il significato che essi lavorano nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie in favore di persone con determinati bisogni di salute) che devono continuare a fare i “clinici” e acquisire competenze di management e leadership che consentano loro di fornire servizi più adeguati alla popolazione servita.

Sulla scorta di queste esperienze, in Italia, è stata fondata la Società Italiana di Leadership e Management in Medicina (<https://www.medici-manager.it>) aperta a tutti i professionisti sanitari che si interessano al management sanitario e sono intenzionati, nello svolgimento delle loro attività professionali, a crescere culturalmente sviluppando competenze legate al ruolo della leadership in sanità. SIMM vuole mettere al centro della gestione sanitaria la migliore pratica clinica basata sulle prove di efficacia; sviluppare e promuovere gli approcci della moderna medicina di popolazione e le strategie basate sul valore (*value-based healthcare*) (23-34) elaborare i migliori modelli organizzativo-gestionali per i pazienti e per il servizio; sviluppare sistemi informativi in grado di sostenere adeguatamente le decisioni e le valutazioni; applicare il “buonsenso” clinico nelle scelte gestionali per una *stewardship* efficace; giocare un ruolo importante nella riflessione e nelle strategie programmatiche della sanità nazionale e regionale.

Al fine di definire strategie di leadership trasformativa e promuovere modelli di *value-based healthcare* idonei per le caratteristiche dei sistemi sanitari europei (35-36), e caratterizzati da un sistema di welfare pubblico non presente in altre realtà, è nato presso l’Università Cattolica del Sacro Cuore il Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina, riconosciuto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità come *Collaborating Centre* per la Regione Europea sulle tematiche della leadership, della governance e delle politiche sanitarie (<https://centridiricerca.unicatt.it/studi-leadership-in-medicina-home>).

A livello di formazione post lauream l’Alta Scuola di Economia e Management (ALTEMS) dell’Università Cattolica del Sacro Cuore offre da alcuni anni un Corso di Perfezionamento sulla Leadership in Medicina il cui programma è coerente con quanto finora detto, nonché altri percorsi nell’ambito della programmazione e gestione dei servizi sanitari.

Nel campo specifico della sanità pubblica la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIItI) ha recentemente attivato un Gruppo di Lavoro (GdL) sulla Leadership in Sanità Pubblica. Il GdL ha già svolto un primo workshop dedicato ai Medici

in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, grazie alla collaborazione del corrispondente GdL della Consulta degli Specializzandi. Il programma del GdL è quello di condurre una analoga iniziativa rivolta agli operatori in servizio.

Anche a livello internazionale si è attivato un dibattito nel campo della sanità pubblica e Czabanowska et Al. (37) hanno definito un profilo di competenze per i leader di questo settore. Sono stati identificati 8 “domini” di competenza:

1. pensiero sistemico
2. leadership “politica”
3. leadership collaborativa
4. leadership e comunicazione
5. guida del cambiamento
6. intelligenza emotiva e leadership nelle organizzazioni basate su gruppi di lavoro
7. leadership, apprendimento organizzativo e sviluppo
8. etica e professionismo.

Conclusioni

Si è qui parlato della sfida della gestione della complessità che tutti i professionisti che lavorano nei servizi sanitari, indipendentemente dal loro livello operativo, dovrebbero accettare e affrontare attrezzandosi culturalmente al farlo.

Gestire la complessità e guidare il cambiamento quando necessario sono, forse, le caratteristiche principali dei leader-manager.

Peter Drucker ha evidenziato un'altra caratteristica propria dei leader: i leader hanno *follower*! Questa relazione è molto importante e sintetizza quanto abbiamo sopra riportato. Tuttavia, nella pratica quotidiana dei nostri servizi sanitari, dobbiamo riconoscere che, in qualche modo, tutti i professionisti possono essere alternativamente leader e *follower* e questa situazione va attentamente gestita.

Prendiamo come esempio una azienda sanitaria locale: lo stesso direttore generale, che nell'immaginario collettivo è il *deus ex machina* dell'organizzazione alla quale è preposto, può essere un leader (se ne ha le capacità) e un *follower* della Regione che lo ha nominato. Un direttore di dipartimento può esercitare un'importantissima funzione di manager e leader nella conduzione dello stesso, ma può essere anche in posizione di *follower* nei momenti in cui deve lavorare sulle interfacce organizzative con altri dipartimenti e servizi. E potremmo continuare così identificando altre situazioni operative molto comuni che si verificano tutti i giorni e talora più volte al giorno.

Questa solo apparente contraddizione tra i ruoli di leader-manager e di *follower* implica, tuttavia, che la flessibilità operativa e soprattutto l'orientamento al risultato di tutti coloro che lavorano in un'organizzazione sia un valore fondante della stessa organizzazione e che sia largamente condiviso dai professionisti. Per dirla con Mintzberg (14), le nostre

organizzazioni non dovrebbero essere mistiche gerarchie di autorità, ma comunità di impegno in cui ognuno è rispettato e a sua volta restituisce questo rispetto.

Abbiamo bisogno a tutti i livelli di persone competenti nella loro specifica disciplina (questo dovrebbe essere un prerequisito!), formati all'esercizio delle funzioni di management e leadership necessarie per raggiungere i risultati operativi e di salute che la popolazione assistita legittimamente si aspetta.

In sintesi, concludiamo con Drucker (21): "Nessuna istituzione può ragionevolmente sopravvivere se ha bisogno di geni o di supermen per essere gestirla; deve essere gestita e guidata da persone normali" e noi aggiungiamo, avendo a mente l'attuale contesto italiano, competenti e motivate.

Bibliografia

1. World Health Organization: Global strategy on people-centred and integrated health services Interim Report 2015, <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>
2. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001; 323: 625-628.
3. Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organizations. *BMJ* 2001; 323:746-749.
4. Lipsitz LA. Understanding health care as a complex system. The foundation for unintended consequences, *JAMA* 2012; 308(3): 243-244.
5. Perrow C. *Complex Organizations: a critical essay*, 3rd edition, New York: McGraw-Hill; 1972.
6. Seddon J. *Freedom from command and control: a better way to make the work work*. Buckingham Buckinghamshire: Vanguard Consulting Ltd; 2003.
7. Deming E. *Out of the crisis*, Cambridge: Cambridge University Press; 1982.
8. Ackoff R. *Ackoff's best*. New York: John Wiley; 1999.
9. Graham J, Amos B, Plumtre T. *Principles for Good Governance in the 21st Century*, Institute of Governance, Ottawa, 2013, https://iog.ca/docs/2003_August_policybrief15.pdf
10. A First Class Service. Quality in the new NHS, 1998 https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110322225724/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006902.
11. *Governing the NHS: a guide for NHS Boards*, 2003, <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/11/NHSLeadership-TheHealthyNHSBoard.pdf>
12. Kickbusch I, Gleicher D. *Governance for health in the 21st Century*. Geneva: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2012.
13. World Health Organization: *Adelaide Statement on Health in All Policies*, 2010, https://www.who.int/social_determinants/publications/isa/hiap_statement_who_sa_final.pdf?ua=1
14. Mintzberg H. *Simply managing: what managers do and can do better*. Oakland CA: Berrett-Koehler Publishers; 2013.
15. Kotter JP. Ma cosa fanno veramente i leader? In: Quaglino GP. *Leadership* Milano: Raffaello Cortina Editore; 1999, pp 17-29.
16. Meindl JR, Ehrlich SB, Dukerich JM. The romance of leadership, *Administrative Science Quarterly*, 1985; 30: 78-102.
17. Augier M. *James March on Education, Leadership, and Don Quixote: Introduction and Interview*.

- Academy of Management Learning and Education 2004; 32:169-177.
18. Kotter JP. Leading Change. Harvard: Harvard Business School Press; 1996.
 19. Brunson K. The notion of general management. Copenhagen: Copenhagen Business School Press; 2007.
 20. Gill R. Theory and Practice of Leadership. London: Sage Publications; 2006.
 21. Drucker PF. The coming of the new organization. Harvard Business Review 1988; 66: 45-53.
 22. Peters T, Waterman R. In search of excellence. London: HarperCollins; 1982.
 23. Porter ME. What is value in healthcare? NEJM 2010; 363 (26): 2477- 248.
 24. Gray MJ, Ricciardi W. Per una sanità di valore. Come garantire servizi sanitari ottimali in un'epoca di risorse scarse. Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie; 2008.
 25. Reuben DB, Cassel CK. Physician stewardship of health care in an era of finite resources. JAMA 2011; 306(4): 430-431.
 26. Aronson L. Necessary Steps: How health care fails older patients, and how it can be done better. Health Affairs 2015; (3): 528-532.
 27. Gray MJ. How To Create The Right Healthcare Culture. Oxford: Offox Press; 2014, <https://www.amazon.it/Create-Right-Healthcare-Culture-English-ebook/dp/B00IPPQE3O>
 28. Gray MJ. How to build healthcare systems. Oxford: Offox Press; 2011.
 29. Gray MJ. How to practice population medicine. Oxford: Offox Press; 2013, a.
 30. Schein EH. Organizational culture and leadership. New York: John Wiley & Sons; 2004.
 31. Gray MJ. How to create the right healthcare culture. Oxford: Offox Press; 2013, b.
 32. Favaretti C. Burocrazia e misericordia. L'Arco di Giano 2015; 84: 97-108.
 33. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet 2010; 376: 1923-58.
 34. Gray MJ. Optimising the value of interventions for populations. BMJ 2012; 345:e6192
 35. Silenzi A, Poscia A, Gualano M.R, Parente P, Kheiraoui F, Favaretti C, Siliquini R, Ricciardi W.: An Effective Clinical Leadership to Strengthen the Immunization Policies in Italy. Ig Sanita Pubbl, 2017; 73 (5), 483-496.
 36. Silenzi A, Santoro A, Ricciardi W. Myth #6: Health Care Is Rightly Controlled by the Public Sector, for the Sake of Equality. In: Adinolfi P, Borgonovi E. (eds) The Myths of Health Care. Berlino: Springer; 2018.
 37. Czabanowska K, Smith T, Könings KD, Sumskas L, Otok R, Bjegovic-Mikanovic V, Brand H. Leaders for European Public Health. In search for a public health leadership competency framework to support leadership curriculum - a consensus study. Eur J Public Health. 2014 Oct; 24(5):850-6.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno