

Convegno

Promuovere le Competenze Manageriali
per i Professionisti in Sanità
Una Politica per Migliorare Qualità ed Efficienza dei Servizi Sanitari

15 febbraio 2019

Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma



Indice

Introduzione	2
Promuovere le Competenze Manageriali per i Professionisti in Sanità, di Antonello Zangrandi	3
Intervento del Prof. Filippo De Braud: <i>“Promuovere le Competenze Manageriali per i Professionisti: L’esperienza di un IRCCS”</i>	5
Intervento del Dott. Bruno Cavaliere: <i>“Infermiere Gestore: Identità Professionale e Ruolo Gestionale”</i> .	8
Intervento del Prof. Carlo Signorelli <i>“Politiche formative per il management professionale”</i>	11
Intervento del Dott. Fulvio Moirano al Convegno <i>“Promuovere le Competenze Manageriali per i Professionisti in Sanità”</i>	12
Intervento del Dott. Sergio Venturi al Convegno <i>“Promuovere le Competenze Manageriali per i Professionisti in Sanità”</i> .	14

Introduzione

Il convegno, svoltosi il 15 febbraio 2019, intendeva mettere in evidenza l'importanza delle competenze manageriali per i professionisti sanitari. Organizzato dal Team di Public Health Care Management Ri.For.Ma. dell'Università di Parma, ha visto oltre 300 partecipanti, in una sala gremita di professionisti sanitari e manager.

Il convegno, aperto dal Rettore dell'Università di Parma, Prof. Paolo Andrei, ha visto la partecipazione di alcuni fra gli esperti di management sanitario di più alto rilievo nel panorama del management sanitario italiano.

Nel novero dei relatori, il Prof. **Antonello Zangrandi**, professore ordinario di economia dell'Università di Parma; il Prof. **Carlo Signorelli**, professore ordinario di igiene e sanità pubblica del dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma, il Prof. **Filippo De Braud**, Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica ed Ematologia; il Dott. **Bruno Cavaliere**, presidente del comitato infermieri dirigenti e dirigente responsabile U.O.C. dell'IRCCS San Martino di Genova; il Dott. **Fulvio Moirano**, direttore generale dell'ATS Sardegna, il Prof. **Maurizio Cecconi**, Direttore del Dipartimento di Anestesi e Terapie Intensive dell'Humanitas Research Hospital; il Dott. **Massimo Fabi**, direttore generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, il Dott. **Luca Baldino**, direttore generale dell'AUSL Piacenza e il Dott. **Sergio Venturi**, assessore alle politiche della salute della Regione Emilia Romagna.

Proponiamo di seguito uno scritto che raccoglie gli interventi tenuti dagli stessi relatori.

“Promuovere le Competenze Manageriali per i Professionisti in Sanità”, di Antonello Zangrandi

Prof. Antonello Zangrandi

Professore Ordinario

Università di Parma

Le aziende sanitarie e socio sanitarie devono continuamente cambiare per dare risposte ai bisogni della popolazione: cambiamento sollecitato dallo sviluppo tecnologico, dalle nuove conoscenze scientifiche (cliniche e assistenziali) e dai cambiamenti della epidemiologia. Poi nuovi valori si radicano, come la continuità delle cure e la personalizzazione dell’approccio clinico e questo spinge a cambiare, a cercare nuove modalità organizzative che si realizzano attraverso una capacità di gestione e organizzazione.

Il contributo che oggi abbiamo voluto dare è quello di generare le condizioni di sostenibilità delle aziende sanitarie. Oggi infatti il SSN è in cerca di sostenibilità per poter affrontare un ulteriore periodo di crescita e di risultati positivi

Una delle condizioni - che più volte durante il convegno è stata approfondita dai relatori- è che **la sostenibilità economica è anche legata alla capacità delle aziende di perseguire i propri obiettivi con risorse coerenti. In questo, tutto il management aziendale e professionale ha un ruolo rilevante.**

Cinque sono le politiche approfondite durante il convegno - anche grazie alle testimonianze delle esperienze che i Medici e i Direttori Generali hanno portato - e che si suggeriscono ad ogni azienda sanitaria:

1. **Politiche di budget.** Definire risultati attesi e risorse correlate è il primo elemento per far crescere competenze e orientare agli obiettivi tutti i professionisti. Il budget quindi non come strumento contabile, ma come modalità per orientare tutti agli obiettivi assegnando responsabilità diffuse.
2. **Sostegno ai leader da parte dalla direzione aziendale.** Occorre sostenere i professionisti con funzioni organizzative, promuovere una “squadra orientata ai risultati, alla realizzazione dei progetti. Promuovere la leadership significa



concretamente delegare responsabilità, generare un clima positivo e orientato ai risultati.

3. ***I 100 progetti***. Le organizzazioni sanitarie devono essere un cantiere continuo, con progetti piccoli e grandi sempre attivi. Il miglioramento passa attraverso una continua progettazione delle condizioni organizzative che generano qualità ed efficienza. L'organizzazione deve continuamente migliorarsi e il metodo dei progetti è quello che meglio permette di raggiungere questa modalità.
4. ***Focalizzazione sulla professione***. Lo sviluppo delle competenze dei professionisti è indispensabile in questo disegno. Il management professionale attraverso la valutazione aiuta ogni professionista a migliorarsi a trovare la sua dimensione coerentemente con gli obiettivi della organizzazione.
5. ***Disegno dei ruoli organizzativi***. Tutto questo necessita di progettare e riprogettare ruoli organizzativi a livello delle attività operative. Occorre continuamente adeguare l'organizzazione del lavoro agli obiettivi e ai miglioramenti che si vogliono perseguire.

La conclusione è chiara: **promuovere il management è indispensabile per disporre di organizzazioni sanitarie capaci di garantire sostenibilità sociale ed economica dei servizi sanitari.**

Intervento del Prof. Filippo De Braud: “Promuovere le Competenze Manageriali per i Professionisti: L’esperienza di un IRCCS”

Prof. Filippo De Braud

Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica ed Ematologia

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Il Prof. Filippo de Braud, Ordinario di Oncologia Medica all’Università di Milano e Direttore del Dipartimento Oncologia Medica e Ematologia della Fondazione IRCCS “Istituto Nazionale dei Tumori”, ha relazionato al convegno “Promuovere le Competenze Manageriali in Sanità” tenutosi presso l’Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, esponendo come i processi avviati in ricerca richiedono una progettazione organizzativa, capacità di valorizzazione dei ruoli e definizione delle responsabilità. Attraverso la sua personale esperienza in un IRCCS ci ha insegnato come lo sviluppo di competenze manageriali per i professionisti del settore sanitario possa dare un reale contributo per generare condizioni di successo.

L’attenzione verso la sostenibilità, lo sviluppo delle capacità dei professionisti del dipartimento di Oncologia Medica ed Ematologia e la capacità di comprendere e di avere una visione di insieme degli obiettivi del dipartimento e del capitale umano, al fine di raggiungere gli obiettivi generali dell’IRCCS, risulta essere il fulcro principale dell’attività dell’Istituto.

La mia personale esperienza deriva non da grandi organizzazioni come, ad esempio, gli ospedali generali, ma da centri specializzati, in particolare dai *cancer centers* nazionali ed internazionali. Le diverse attività condotte all’estero tra Inghilterra, Francia e Stati Uniti, e all’Istituto Europeo di Oncologia assieme al Prof. Veronesi, mi hanno consentito dal 2011 di prendere le redini dell’Istituto Nazionale dei Tumori. Sono sempre stato un ricercatore clinico che ha costantemente volto la sua attenzione al nesso che vi si instaura tra la medicina e la ricerca messa al servizio delle persone, dei pazienti e alla gestione del percorso terapeutico nella sua interezza.

L’Istituto inizialmente presentava una Oncologia Medica in 3 Divisioni e l’obiettivo raggiunto in breve termine è stato quello di riassumere queste Divisioni in 2 reparti con a capo la stessa Oncologia. Le attività ambulatoriali sono state ripartite per patologia, consentendo a tutti i pazienti di incontrare un medico specializzato nella loro malattia. Inoltre, l’obiettivo raggiunto è stato anche quello di avviare delle attività ambulatoriali che tenessero conto degli studi clinici svolti in Istituto.

L’attività clinica dell’IRCCS, monitorata dal Sistema Sanitario, presenta i seguenti numeri: 3100 visite l’anno eseguite negli ambulatori, 1200 dimissioni l’anno e più di 50.000 prestazioni

ambulatoriali. La nostra attività di ricerca ha un iter ben definito e protocollato il quale prevede lo *screening* di quasi 2000 pazienti l'anno e, di questi, circa un 30% sono valutati, analizzati e coloro che non rispettano i criteri di inclusione vengono esclusi dagli studi clinici. In totale, circa un migliaio di pazienti entra a far parte del campione sottoposto a studi clinici annuali profit e no-profit.

Per quanto concerne il finanziamento dell'Istituto, è necessario sottolineare che l'intero staff di Oncologia, composto da più di 40 medici esclusi specializzandi e infermieri, è coperto solo in parte dalle risorse del SSN. In dettaglio, circa il 40% delle risorse pubbliche è destinato ai medici, il 30% agli infermieri dedicati alla ricerca, il 10% alle infrastrutture e 0% per biologi e *data-manager*. Ciò sta ad indicare che l'Istituto riesce ad ottenere importanti risultati di ricerca i quali non sarebbero sostenibili né fattibili solamente affidandosi alle risorse stanziare dal SSN. Il concetto chiave che fa da sfondo all'ottenimento di questi importanti risultati è che i pazienti si affidano ad un Centro di Ricerca simile perché considerano partecipare a studi clinici, parte del loro percorso terapeutico. In Oncologia, ci sono sperimentazioni di altissimo livello e negli ultimi 10 anni è stato rilevato un buon numero di risultati relativamente favorevoli, per cui le persone hanno diritto di chiedere come parte della loro assistenza, la possibilità di partecipare a studi clinici. Alcuni di questi studi sono diretti da aziende farmaceutiche, le quali hanno scopi commerciali e, considerati i grandi introiti e ritorni di immagine per l'azienda stessa, tali indagini sono pagate troppo poco, considerando tutta l'attività posta in essere.

Oltre a queste ricerche, per così dire profit, la *mission* dell'IRCCS è raggiunta da quel 60-70% di studi no-profit svolti grazie a dati raccolti sul campo con l'obiettivo di capire quanto questi dati possano modificare la pratica clinica. Per quanto riguarda il comparto gestionale, è importante definire un case-mix tra studi clinici che possono apportare un beneficio per i pazienti avendo a disposizione nuovi farmaci e per l'ospedale che avendo a disposizione queste risorse, possono realizzare delle strutture più efficienti. Ad oggi, in Istituto sono 124 gli studi in attivo, di conseguenza, è molto importante la presenza di un'organizzazione che educi lo staff secondo le seguenti priorità: "rapporto con il malato", "onestà intellettuale", "informazione", "raccolta e catalogazione delle informazioni in modo appropriato" e "decisioni condivise".

La predisposizione di un'organizzazione ben stabile, fu il primo passo fatto all'interno dell'IRCCS. Difatti, la messa a punto di una segreteria organizzativo-scientifica che coordinasse la documentazione necessaria da redigere per soddisfare le richieste del Comitato Etico per l'avvio di studi clinici evitando che fossero i medici stessi a svolgere queste procedure, fu il primo esempio di chiara redistribuzione di ruoli organizzativi atta a sgravare i professionisti da ruoli burocratici non competenti. Successivamente, la nascita di un laboratorio destinato esclusivamente alla raccolta dei campioni, ha visto la pianificazione di attività che prima venivano date per scontato ma che, nella realtà, prevedono dei sacrifici di pianificazione e management delle risorse disponibili non indifferenti. Le procedure adottate hanno valorizzato moltissimo l'Istituto per 4 diversi motivi:

1. chiarezza nei confronti degli *stakeholders* esterni;
2. chiarezza interna attraverso la definizione di centri di costo per ciascuna struttura, per facilitare la comprensione di quanti e quali costi effettivamente si sostengono per l'avvio di attività di ricerca indipendente;

3. previsioni di budget, per definire la capacità produttiva dei centri di ricerca e per distribuire equamente i fondi tra le strutture;
4. capacità di auto-finanziamento della ricerca integrando i processi interni ed esterni.

In base a quanto deciso da AIFA in merito alla certificazione per gli studi di Fase 1, in IRCCS anziché certificare la sola unità di Oncologia, si è deciso di certificare l'intero Istituto. Tale decisione è stata motivata dal concetto che fare ricerca, vuol dire non solo migliorare lo standard terapeutico ma anche e soprattutto quello organizzativo. Con questo nuovo approccio accettato a livello generale, tutte le figure professionali si sentono parte attiva di un processo che ha portato al cambiamento e, quindi, al miglioramento.

In sostanza, il processo avviato nel nostro Istituto è un processo virtuoso che dovrebbe essere standardizzato e promosso come buona pratica in tutti i Centri di Ricerca. La contabilità analitica di ciascuna struttura, consentendo una razionalizzazione dei fondi e un migliore utilizzo degli stessi per reinvestire in attività di ricerca, è il modo migliore in assoluto per sopravvivere in questo Paese dove i fondi destinati alla ricerca scientifica sono purtroppo irrisori.

Intervento del Dott. Bruno Cavaliere: “Infermiere Gestore: Identità Professionale e Ruolo Gestionale”.

Dott. Bruno Cavaliere

Presidente del Comitato Infermieri Dirigenti

Dirigente Responsabile U.O.C. Direzione Gestione Professioni Sanitarie

IRCCS San Martino di Genova

Ogni professione quando affronta il tema dell'identità professionale deve fare i conti sulle proprie paure i propri preconcetti e la relativa sostanza del proprio lavoro. Chi siamo? Quali sono le cose che contano di più per noi?

Per le professioni sanitarie come l'infermiere, l'ostetrica e il fisioterapista, indubbiamente negli ultimi vent'anni lo scenario operativo è cambiato radicalmente, sia dal punto di vista del percorso formativo che dal punto di vista dei campi d'applicazione del proprio agire e l'integrazione con le altre professioni. In altri termini si può affermare che “sono cambiate le regole del gioco” e il “brand” si è sempre più svestito della sola immagine dell'efficienza e dell'esecuzione meccanicistica, spostandosi verso i campi della competenza, della relazione, della presa in carico e dell'ascolto. Ogni professione, non deve mai rinnegare il passato, ma deve affrontare il futuro sapendosi innovare nel rispetto delle esigenze che i nostri assistiti ci manifestano in modo diretto (consapevole) e indiretto (inconsapevole).

L'epoca “*misionariale*” è conclusa e si è aperta un'epoca dove la ricerca e la sperimentazione indirizza i nostri comportamenti, le nostre azioni e i nostri gesti dell'agire quotidiano attraverso “prove” documentate di “*best practice*” che giustificano le scelte e garantiscono sicurezza ai nostri assistiti.

Questi risultati si possono conseguire solo attraverso uno sviluppo delle “competenze” intese come “valore aggiunto” fondamentale del nostro agire quotidiano. Abbandonare l'improvvisazione e la soggettività sono un imperativo di una qualsiasi professione che invece deve potere operare applicando *best practice* in piena sicurezza. Queste condizioni si possono realizzare solo se le “conoscenze” e le “esperienze finalizzate” sono governate adeguatamente (clinical competenze) e non sono solo frutto di abilità individuali.

Per ogni professione è fondamentale delineare il proprio confine dell'infungibilità e del relativo “*demansionamento*”, innanzitutto, per garantire nei confronti dell'assistito un'adeguata condizione di cura. In questo senso le competenze devono consentire di garantire esiti adeguati in evidenza scientifica. In questo modo l'utilità sociale della professione è chiara e visibile come chiare e necessarie diventano le autonomie operative.

In Italia, un adulto su tre soffre di almeno due malattie croniche e nella popolazione anziana i pazienti con multipatologie diventano 2 su 3 e sopra i 65 anni il 10% della popolazione ha almeno tre

malattie croniche. A livello mondiale i costi per la cura di questi malati assorbono circa il 70-80% delle risorse sanitarie, numeri che, in conseguenza del miglioramento delle cure e dell'aumento dell'aspettativa di vita, aumenteranno e porranno al “sistema salute” molteplici sfide.

Il profilo del nuovo malato complesso quindi è quello di un individuo sopra i 65 anni, che assume contemporaneamente più di cinque farmaci, afflitto da disabilità, ma con un'aspettativa media di vita più lunga che in passato. Insomma se dovessimo pensare ad una figura che entra in gioco nella cura di questo profilo di malato è senza dubbio l'infermiere a patto che si possano definire nuove regole. Tutte le sfide devono giocare la partita mediante la verifica “dell'utilità sociale” che ho appena descritto e strumenti insostituibili che devono essere applicati sono gli “outcome” di processo e di risultato a testimonianza del raggiungimento dei risultati attesi.

Nel 2010 la *Joint Commission International* (JCI) ha classificato tre misure di esito all'interno degli standard previsti per gli ospedali le nursing sensitive care measure (NSC); per ciascuna sono forniti: la definizione, il rationale, le misure di esito correlate, i contesti sanitari di riferimento, il numeratore e il denominatore per la loro misurazione e i criteri di inclusione ed esclusione.

Gli indicatori misurabili sono: la prevalenza di lesioni da pressione, le cadute e le cadute con lesioni. Gli indicatori sono descritti in modo dettagliato con un'ampia bibliografia. Nel documento sono anche fornite indicazioni metodologiche generali per la conduzione di un progetto di ricerca per la rilevazione e l'analisi degli esiti nelle strutture ospedaliere per acuti (JCI, 2010).

Nel 1996 nasce il *Collaborative Alliance for Nursing Outcomes* (Cal NOC). Attualmente questa banca dati viene alimentata da circa 175 ospedali su base volontaria dove vengono utilizzati **12 indicatori**. Anche questa banca dati permette agli ospedali partecipanti di confrontarsi con altri ospedali di simili dimensioni, ottenere informazioni dettagliate specifiche per ciascuna delle proprie unità e ricevere rapporti che confrontano ospedali all'interno dello stesso sistema (**Doran Diane M., 2013**).

Ciononostante si evidenzia che ad oggi in Italia questo tipo di outcome sono completamente assenti all'interno del Programma Nazionale Esiti PNE che è il sistema che attualmente misura gli esiti delle cure italiane. Questo è un fatto grave che deve essere corretto il più velocemente possibile. Non c'è da inventare nulla esiste già una esaustiva bibliografia di riferimento.

L'Infermieristica competente ed autonoma oggi è in grado di incidere significativamente su riduzione dei tassi di mortalità, infezioni, ulcere da decubito e cadute. Ignorare e non utilizzare queste competenze è un fatto grave che il ruolo gestionale deve risolvere.

Nelle moderne organizzazioni i ruoli gestionali devono consentire un adeguato sviluppo della “cultura di Visione” che appunto è il lasciare agire i “visionari”, coloro che hanno la capacità di espressione che rende quell'organizzazione capace di immaginare come vere cose ancora inesistenti e le comunica rendendole reali ancor prima di realizzarle.

Le direzioni delle Professioni Sanitarie devono assumere un ruolo autonomo in grado di presidiare i contenuti specifici della professione e potere governare le modalità operative di erogazione dei servizi proprio per la presenza di professionalità motivate ed autonome.

Le direzioni devono individuare e monitorare le competenze professionali adeguate al raggiungimento della “Mission” Aziendale e quindi devono essere capaci di incidere con efficacia ed

efficienza al raggiungimento degli obiettivi organizzativi stabiliti. Questi risultati oggi si raggiungono attraverso la gestione degli *“staffing”* intesi come l’azione di governo delle caratteristiche dei team di cura che devono essere adeguatamente costituiti da corretti rapporti numerici tra infermiere e assistito, avere un giusto *skill mix* di conoscenze, essere sensibili alle motivazioni interne al gruppo (*intention to leave*), avere adeguato personale di supporto, garantire leadership dei coordinatori e formazione adeguata e costante degli operatori.

Le direzioni devono armonizzare attraverso i processi di coordinamento sull’assistito comportamenti professionali significativamente affermati e in grado di generare “valore aggiunto” ovvero “standard di qualità” che oggi si declinano mediante specifici *“setting assistenziali”* capaci di agire in regime di *“Best Practice”* e nel rispetto del *“Risk Management”* nonché in grado di essere efficaci ed efficienti nel contesto organizzativo.

Le direzioni devono garantire e premiare lo sviluppo delle competenze che generano valore aggiunto all’organizzazione disegnando ruoli chiari e riconosciuti. Oggi si deve investire su un adeguato “SVILUPPO DI CARRIERA” per la *“Governance”* dei talenti e dei visionari.

La funzione gestionale delle direzioni delle professioni sanitarie in questo senso consentirebbero un migliore sviluppo di strutture a bassa intensità di cura rispondenti maggiormente alla epidemiologia dei prossimi anni attraverso la realizzazione di **ospedali di comunità, reparti a gestione infermieristica, percorsi domiciliari di proattività e presa in carico ed ambulatori infermieristici.**

“Occorre che l’infermieristica divenga non solo «segno» come traccia del suo agire, ma «simbolo» inteso come esperienza indelebile per la persona che la incontra”. In altri termini “l’esperienza” vissuta diviene valore aggiunto delle cure ricevute in quella specifica organizzazione con quello specifico team.

Intervento del Prof. Carlo Signorelli “Politiche formative per il management professionale”

Prof. Carlo Signorelli

Ordinario di Igiene e Sanità Pubblica

Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

Il Management sanitario rappresenta oggi un elemento essenziale per gli obiettivi di qualità ed efficienza, tende all'orientamento al risultato ed ha un forte collegamento con i decisori sanitari ai diversi livelli. Le più recenti nomine, avvenute dopo la riforma del 2017 che ha centralizzato le procedure di idoneità, confermano che i laureati in medicina sono calati dal 69% del 2013 al 49,1% di oggi. Il 57% ha la specialità in igiene e medicina preventiva. Le donne sono il 18% (nell'Albo nazionale il 28%) e l'età media dei manager è 58,7 anni.

Le politiche formative si articolano su diversi livelli: per quanto riguarda i medici il corso di laurea in medicina e chirurgia; le Scuole di specializzazione di area medica; i Master specifici; i corsi di formazione manageriale e i corsi di rivalidazione manageriale, questi ultimi istituiti in molte regioni italiane. Per i laureati in altre discipline, al corso di laurea tradizionale (es. laurea in giurisprudenza o economia aziendale) devono necessariamente seguire formazioni complementari che, unite ad esperienze lavorative, consentano al professionista di dare sufficienti garanzie per la guida di strutture sanitarie ai diversi livelli.

Al di là del momento formativo e del background iniziale alcune nozioni di base devono essere conosciute dai manager sanitari tra cui:

- ▶ Legislazione, organizzazione e programmazione sanitaria
- ▶ Valutazione degli esiti
- ▶ Lettura e interpretazione dei dati epidemiologici
- ▶ Comunicazione sanitaria

Il ruolo dell'Università si esplicita attraverso l'insegnamento dei concetti esposti nei corsi di laurea e nelle Scuole di specializzazione, con la promozione di Master specifici, con l'incentivazione a progetti di ricerca sulla gestione sanitaria e con la creazione di sinergie su temi formativi con le Aziende Sanitarie e gli Organi regionali. Tuttavia l'esperienza degli ultimi anni ha mostrato come anche soggetti privati esterni siano in grado di svolgere al meglio tale funzione.

Infine deve essere sottolineato come oltre ai vertici manageriali (direttori generali delle aziende sanitarie e massimi dirigenti regionali) devono essere considerati anche direttori sanitari e amministrativi, direttori di dipartimenti clinici e responsabili di strutture semplici o complesse che pure hanno necessità di un idoneo background formativo per comprendere le politiche di programmazione sanitaria e applicarle nella gestione quotidiana delle proprie strutture.

Intervento del Fulvio Moirano al Convegno “*Promuovere le Competenze Manageriali per i Professionisti in Sanità*”

Dott. Fulvio Moirano

Direttore Generale ATS Sardegna

L’azienda ospedaliera è notoriamente un’azienda con livelli di complessità elevatissimi, e come tale la definizione dell’organizzazione rappresenta uno strumento di grande importanza per coadiuvare la gestione. È utile a identificare le responsabilità dei singoli soggetti, in capo a una o più unità operative. La cultura organizzativa che si vive all’interno dell’organizzazione è poi un elemento fondamentale per realizzare buoni risultati.

L’idea della rilevanza della cultura organizzativa si è sviluppata in maniera graduale, poco a poco negli anni. L’evoluzione è avvenuta a partire dagli anni Settanta del secolo scorso, dove si è passati da un sistema improntato su una gerarchia rigida, di tipo verticale e dispotico, ad un sistema più integrato in grado di promuovere uno sviluppo di carriera orizzontale e dove si riscontra una maggiore cooperazione fra le numerose professionalità che si intersecano all’interno dell’organizzazione.

Fino 35-40 anni fa, infatti, la sanità italiana era caratterizzata questo tipo di organizzazione, che oggi non è più funzionale alla gestione di un’azienda sanitaria pubblica, sebbene sia sempre possibile trovare figure dirigenziali che rimangono ancorate ad una organizzazione fortemente obsoleta. Fortunatamente, non si tratta della norma, bensì di rare eccezioni che pesano poco a livello nazionale.

Le scelte dei soggetti in posizioni apicali nell’azienda sanitaria sono di estrema importanza e hanno ripercussioni non solo sull’azienda ma anche sull’intera comunità locale.

Per citare un esempio, emblematico risulta essere l’esempio della chiusura del Punto Nascita alla Maddalena, in Sardegna, dove si registravano 34 parti all’anno. Il Direttore Generale dell’ASL di Olbia, ancora prima della mia nomina, decise di chiudere tale punto nascita, giudicandone il mantenimento come politica e poco aderente agli obiettivi di qualità ed efficienza.

Tuttavia, la politica ha interferito, orientando l’opinione pubblica verso la convinzione secondo cui tale decisione sarebbe un’ingiustizia da combattere.

L’esempio mette in mostra che la politica ha una funzione fondamentale nell’organizzazione della sanità, anche nelle scelte operative. Come tale dovrebbe saper intervenire sulle inefficienze per evidenziarle e combatterle. Circa il 50% delle aziende Ospedaliere nazionali, infatti, presenta situazioni di disequilibrio. Il ruolo della politica è (o dovrebbe essere) quello di comprenderne le cause e identificare strategie per combattere tali inefficienze e la bassa qualità.

Nella sanità nazionale si riscontra poi una evidente distanza fra la teoria della norma e l'applicazione contrattuale di essa. Un esempio è la distribuzione degli incentivi a pioggia (frutto spesso di un tacito accordo coi sindacati) che però porta inevitabilmente a inefficienze del sistema, capaci di generale un disequilibrio.

Il sistema poi è permeato da una mentalità che fatica a recepire i cambiamenti a livello di organizzazione e ad eliminare la visione di una organizzazione corporativa. La rivalità e disparità che intercorrono fra le professioni sono complici del mancato recepimento di una cultura organizzativa volta all'eliminazione delle inefficienze esistenti e alla ricerca di una maggiore qualità.

Infatti, spesso e volentieri a livello teorico si intraprendono buone politiche che però nella reale gestione dell'organizzazione non vengono messe in atto. Le ragioni che si celano dietro a tali passività trovano origine spesso nella voglia di evitare lo scontro con eventuali resistenze da parte del personale, dei sindacati, e di tutti gli enti che potrebbero non essere d'accordo con l'implementazione di tali politiche.

Arginare tali problematiche non è compito semplice, ed è una delle responsabilità più onerose dei direttori generali. L'attitudine di un direttore generale, spesso definisce l'azienda in sé e la sua organizzazione. I Direttori Generali devono saper dirigere: è più importante una spiccata attitudine alla gestione che competenze professionali avanzate.

Inoltre, nel dirigere l'azienda sanitaria è importante anche capire che ci si trova davanti ad una organizzazione caratterizzata da una fortissima autonomia del personale che ne fa parte. In sanità, rispetto al comparto privato delle aziende di produzione, il costo del personale è altissimo. Se in aziende di produzione del settore metalmeccanico, manifatturiero, ecc. il costo del personale raramente in media si attesta attorno al 20%, in sanità generalmente esso in bilancio è rappresentato da un valore che si inserisce nell'intorno del 50-60% del costo totale di gestione.

Ne deriva quindi che le aziende sanitarie, sono aziende di persone, e come tali mostrano un livello di complessità elevato e per tanto difficile da gestire.

Arginare le problematiche sopra esposte deve essere quindi l'obiettivo principale dei direttori generali. Per farlo i punti fondamentali sono:

- La promozione di carriere orizzontali, capaci di eliminare il clima gerarchico/verticale che si respirava in passato in tali organizzazioni.
- Creare un sistema di incentivazione realmente basato sul merito, e scostarci dalle variabili che oggi rappresentano il fulcro del sistema premiante, come l'anzianità di servizio o l'incentivazione a pioggia.

Intervento del Dott. Sergio Venturi al Convegno “Promuovere le Competenze Manageriali per i Professionisti in Sanità”.

Dott. Sergio Venturi

Assessore alle Politiche della Salute
Regione Emilia Romagna

Il 15 febbraio 2019 si è svolto il convegno “**Promuovere le Competenze Manageriali in Sanità**”, presso l’Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, al quale il Dott. **Sergio Venturi**, assessore alle politiche per la salute della Regione Emilia Romagna, ha partecipato con una relazione sulla “**Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale**” e sul “**Ruolo che possono giocare i professionisti del settore**”.

Non esiste un solo modo di fare il manager, ma ognuno ha una propria ricetta. Non esiste un manager per tutte le stagioni, così come non esiste un manager per tutte le strutture o un manager che vada bene sempre.

In Italia si è iniziato a parlare di management in sanità circa 30 anni fa. In molti paesi del mondo, su tutti il Canada, strumenti tipici di management, come la contabilità analitica, erano già presenti e parte di una prassi ben consolidata”.

È importante comprendere l’evoluzione della definizione del ruolo del medico negli ultimi decenni. Prima dell’introduzione di strumenti manageriali, il professionista non si preoccupava del costo degli esami o delle risorse disponibili. Quando queste tematiche sono state gradualmente introdotte, le resistenze non furono poche.

Oggi anche in Italia parlare di contabilità analitica o di gestione delle risorse è molto più naturale per i medici. Non solo; talvolta i medici sono più ferrei degli economisti nell’applicazione di tali concetti. Ad esempio, nell’azienda sanitaria di Imola, una delle aziende sanitarie italiane più piccole, finanziata ancora completamente con il sistema della quota capitaria, capita che il medico basi la sua attività su logiche tipicamente derivanti dall’adozione dei DRG, nonostante questi non abbiano alcuna influenza sull’azienda in questione.

Questo è sintomatico del fatto che la cultura all’interno delle organizzazioni sanitarie è mutata. Il medico si “sente un manager”. Tuttavia, le scelte che vengono fatte in una logica di modernizzazione dei servizi, talvolta esulano dal concetto di “economia” in senso stretto, ma si preoccupano (troppo) spesso di accondiscendere alle nuove prassi in essere nel Sistema Sanitario.

Le principali tematiche che contraddistinguono il sistema sanitario nazionale oggi possono essere riassunte in 7 punti.

1. Una delle principali critiche che viene mossa al SSN oggi concerne la presenza di minori posti letto (in media circa 600 in meno rispetto a 30 anni solo in RER).
Personalmente non ritengo affatto che questo sia un problema, bensì che sia una naturale evoluzione del sistema, derivante dal fatto che interventi che una volta richiedevano un lungo ricovero, oggi vengono eseguiti in *day-hospital*, su una poltrona (e questo tra l'altro rende il paziente anche più soddisfatto del servizio).
Le Case della Salute, altra tematica che fa discutere, hanno una logica ben precisa nell'erogazione di un servizio territoriale, che mira (fra le altre cose) a superare le "gelosie fra le varie professioni" e garantire un migliore coordinamento fra esse. È necessario che medici, infermieri, fisioterapisti ed ogni professionista sanitario, integrino il proprio lavoro con colleghi di diverse professionalità.
Tuttavia questo è un tema molto importante e deve essere affrontato con assoluta prudenza.
2. Un altro tema caratterizzante concerne il valore della competenza. Spesso, con una mera dialettica demagogica, si sente dire che le competenze di ognuno di noi devono essere valorizzate e tutti siamo "competenti". Ipocritamente però, quando avvengono fenomeni particolari, ad esempio i "no-vax", ci si rifugia dietro il parere di "esperti" e "scienziati" per rispondere a una minoranza.
La politica poi tende a dare troppo valore a tale minoranza e vuole spesso misurare il "rumore" che questa provoca. Ciò comporta un ingigantimento del problema, poiché le piattaforme utilizzate per fare questa operazione (social-media, televisioni, ecc.) danno ampia risonanza al fenomeno, trasformandolo di fatto in un "caso".
3. Un ulteriore tema rilevante concerne la "motivazione" e la "incentivazione del lavoro".
Proporsi di essere un'eccellenza internazionale è un obiettivo più che giustificabile e condivisibile. Tuttavia fino a quanto rimarremo ancorati a logiche attinenti ad un estremo provincialismo, questo non sarà possibile. È necessario invece integrarci in un mondo globalizzato.
In Emilia Romagna è presente un grosso problema di personale medico. Di fatto, non ci sono sufficienti specialisti. Al contrario però vi sono numerosi medici che attendono di entrare nelle scuole di specializzazione. Qualcuno di loro tende ad andare all'estero, per non rimanere prigioniero di un sistema che non dà spazio, e la politica di conseguenza inizia a parlare di "fuga dei cervelli".
Dovremmo superare il provincialismo che ci contraddistingue superando il concetto di "fuga di cervelli" e "rendere l'Italia attrattiva per gli italiani" ed evolverci in una logica che risponde maggiormente all'esigenza di "Rendere l'Italia attrattiva per tutti".

In aggiunta, con riferimento alla normativa attuale, ad esempio, in alcune regioni italiane per essere ammesso alla scuola di specializzazione è necessario risiedere nella regione da almeno cinque anni. Come possiamo ambire ad essere una eccellenza mondiale se rimaniamo ancorati a logiche di questo tipo, che non permettono uno scambio culturale, impediscono a un giovane medico italiano di fare una esperienza all'estero e a un giovane medico straniero di venire in una scuola di specializzazione italiana?

4. Il tema della comunicazione assume altresì forte rilevanza. Esso si collega sostanzialmente al tema del risparmio ampliamento discusso in precedenza. In questo ambito, è necessario esercitare un'ampia ed efficace azione di informazione dei cittadini. Spesso la logica del risparmio non viene compresa, in quanto non è facile far passare il messaggio per cui "le risorse risparmiate sono re-investite in servizi ai cittadini". L'utente medio, quindi, esprime lamentele per i tagli effettuati in sanità, senza interrogarsi effettivamente su come le risorse risparmiate vengano re-investite.
5. Un altro tema molto attuale è costituito dalle c.d. quote rosa. Personalmente ritengo sia necessario vedere non solo dottoresse, ma anche direttori sanitari, direttori amministrativi e direttori generali donne. In questo senso la Regione Emilia Romagna è un caso virtuoso. Fino a pochissimi anni fa erano presenti 14 direttori generali in regione: 7 donne e 7 uomini. Per noi questo è molto importante ed è sintomatico del valore che conferiamo a questa tematica.
6. Un altro tema che caratterizza il dibattito sulla sanità di oggi, concerne il Decreto Ministeriale n. 70/2015 (DM70). Questo può considerarsi la traduzione della politica dell'allora governo Monti (e del suo ministro Balduzzi) per le "razionalizzazioni", in particolare sulle tematiche inerenti la sanità. All'epoca la situazione in cui versava il paese era critica ed era necessario porre in essere azioni che portassero a risparmi sensibili.
Il DM70 però non era e non mirava ad essere solo un provvedimento atto a raccogliere risparmi, ma aveva una logica più profonda che ambiva a curare meglio le persone, efficientando l'utilizzo delle risorse disponibili.
Ad esempio, il DM 70 prevedeva la razionalizzazione degli incarichi dirigenziali, fissandone un tetto massimo. Ciò non serve solo a generare un risparmio di risorse, ma anche a garantire l'omogeneità delle cure in ottemperanza al principio dell'equità, principio cardine della sanità italiana.
7. Infine, l'ultimo tema che intendo trattare concerne il dibattito politico attuale sugli enti territoriali regionali, il quale è migrato però verso la c.d. "autonomia aumentata" (che personalmente preferisco definire "autonomia accresciuta"). La RER non chiede più risorse allo Stato, bensì chiede che lo Stato trasferisca tali risorse in maniera più continuativa, in modo da poter programmare e pianificare. Anziché ricevere un milione una volta ogni dieci



anni, non sarebbe meglio ricevere cento mila euro ogni anno? Questo permetterebbe politiche di programmazione oggi impossibili.

Altre regioni, coadiuvate dalla politica, definiscono questa azione come un tentativo di “secessione”. In tutta onestà, personalmente non lo ritengo un termine che rispecchia la realtà delle cose.

In conclusione, è quindi necessario risolvere i paradossi presenti in Italia e garantire l’uguaglianza di tutti i cittadini. Equità, è la principale garanzia da chiedere e questa si raggiunge solo rispettando le leggi dello Stato.

La RER è, e deve essere, un punto di riferimento. Oggi chi viene dall’Emilia-Romagna e parla di sanità viene sempre ascoltato, indipendentemente dalle competenze personali che ha. Questo ci rende orgogliosi. L’Emilia Romagna in sanità è un marchio di garanzia.