

## Relazione introduttiva alla sessione

*Guido Regis*

vicepresidente Omceo Torino

componente Gruppo di lavoro Fnomceo “Centro Studi,  
Documentazione e Ricerca”

IN SEGUITO AL CONTINUO MUTARE ed evolversi del nostro sistema sanitario, si è iniziato a parlare di Sanità Complessa.

Riassumiamo brevemente alcuni degli aspetti principali di questi mutamenti.

*I mutamenti  
della sanità*

- *Evoluzione del quadro demografico, sociale, epidemiologico:* invecchiamento, urbanizzazione, multietnicità, povertà, inquinamento, malattie croniche, polipatologie, disagio mentale, ambiente e salute.
- *Evoluzione del concetto di attesa di salute e personalizzazione delle cure:* esigenze del paziente, elevate aspettative, difficoltà a riconoscere i limiti scientifici tecnologici, speculazione mediatica e rivendicativa risarcitoria.
- *Impatto dell'ICT (Information Communication Technology)* sulle organizzazioni sanitarie e sul ruolo dei professionisti.

- *Ruolo sempre più centrale del cittadino* a fronte di una diversità di *compliance* nel saper utilizzare gli strumenti tecnologici (internet), nel partecipare al percorso di cura, nel comprendere il concetto di appropriatezza.
- *Incremento d'investimenti ed innovazione nel settore biomedico.*
- *Quantità di risorse limitata rispetto alla crescente domanda di salute.*
- *Complessa integrazione fra gli interessi delle persone, comunità, "stakeholders" e decisori politici.*
- *Evoluzione delle caratteristiche ed esigenze delle professioni sanitarie:* lauree brevi, specializzazioni, masters...
- *Sanità business* con l'utilizzo tra l'altro di un concetto prevalentemente economicistico nella governance dei sistemi sanitari, pericoloso sia nel sistema pubblico sia in quello privato, con implicazioni notevoli sul concetto di universalità ed equità delle cure, ed un impatto notevole sugli aspetti etici e deontologici della professione.

*Le trasformazioni  
per la professione  
medica*

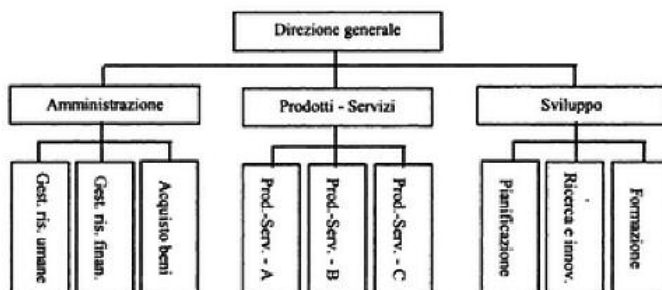
La professione medica si trova pertanto ad affrontare una rivoluzione che la pone di fronte a trasformazioni di significativo impatto, tra le quali:

- dover rendere conto delle performance, degli esiti nonché dell'impatto economico rispetto alle strategie utilizzate per raggiungerle, cercando di evitare i conflitti d'interesse;
- necessità di lavorare in team;
- utilizzare e filtrare l'elevata quantità di informazione e dati disponibili sia in materia scientifica sia per quanto riguarda la conoscenza dei processi di "governance";
- aderire a regole e raccomandazioni scientifiche ed etiche non sempre immediatamente traslabili a fronte di decisioni politiche contraddittorie e talvolta in conflitto con le stesse;
- modificare il modello di relazione con le persone e con la comunità.

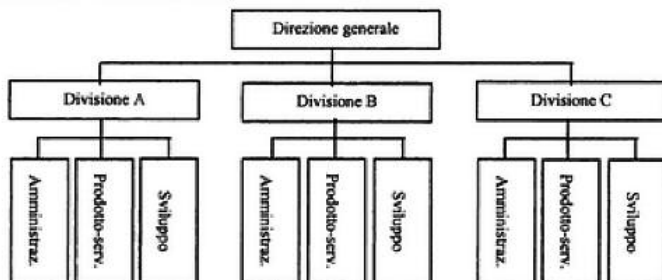
A tutto questo si aggiunge la necessità di elaborare “nuovi” modelli organizzativi che prevedano una integrazione equilibrata tra il sociale e il sanitario, le varie fasi del “percorso” del paziente, l’intensità di cura e la continuità delle cure, la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà, la garanzia di standard di sicurezza ed efficienza con la riduzione dei costi. Esiste a tal proposito una discreta letteratura concorde nell’individuare la necessità di una evoluzione dell’organizzazione e programmazione anche del sistema sanitario, con progressivo passaggio dal modello funzionale verso quello a matrice (v. Tab 1; Giorgio Gosetti, Michele La Rosa, *Sociologia dei servizi. Elementi di organizzazione e programmazione*; 2010)

TABELLA 1  
IL MODELLO FUNZIONALE

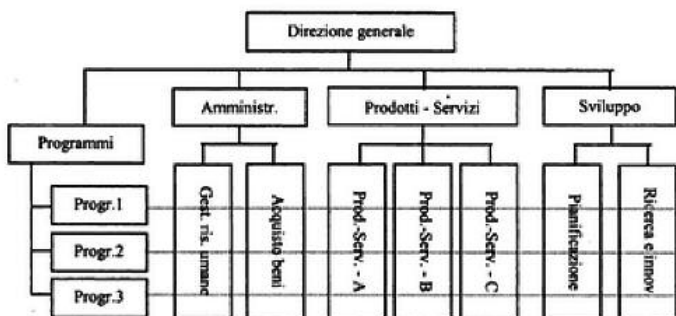
Schema 2.2 - Modello funzionale



Schema 2.3 - Modello divisionale



Schema 2.4 - Modello a matrice



Ma a fronte dei diversi modelli organizzativi è fondamentale non perdere di vista quale sia la principale *mission delle organizzazioni sanitarie*, vale a dire rispondere ai bisogni di salute della popolazione fornendo cura di qualità.

Per perseguire questa mission è necessaria:

- una buona organizzazione con integrazione multi professionale al fine di tradurre in una buona assistenza i PDT più aggiornati;
- una partecipazione del personale attiva e consapevole;
- un miglioramento del clima organizzativo.

Non possiamo dimenticare il ruolo centrale delle risorse umane. Da sempre in ogni tipo di organizzazione la differenza la fanno le persone, le loro motivazioni, il loro sentirsi attori del processo. Il clima organizzativo è peculiare, è come la parte sommersa di un iceberg di cui costituisce la componente più voluminosa e determinante nel garantirne la stabilità e sopravvivenza, pur risultando la dimensione invisibile del sistema. È l'espressione degli umori delle persone, delle loro motivazioni, dell'entusiasmo e del modo con cui si relazionano ai vari livelli organizzativi.

In questo contesto le principali caratteristiche richieste ad un medico nel nuovo millennio sono riassumibili in: *capacità di integrazione delle diverse conoscenze, competenze tecniche specifiche delle disciplina, abilità di relazione, adattamento al contesto organizzativo, capacità di affrontare la complessità delle situazioni, positività delle abitudini mentali con capacità osservare le proprie emozioni e riconoscere gli errori* (Epstein RM, Hundert EM; "Defining and assessing professional competence"; *JAMA*, 2002 Jan 9; 287(2): 226-35.)

Ma il medico è chiamato anche ad essere formatore, secondo quegli elementi compresi nell'ormai ampiamente utilizzata definizione di *non technical skills* (NOTTS) (Yule S at all; "Non technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature"; *Surgery* 2006;139 :140-9.)

*La mission delle organizzazioni sanitarie*

*Le caratteristiche del medico del nuovo millennio*

TABELLA 2  
NON TECHNICAL SKILLS

Abilità interpersonali	Abilità cognitive
Comunicazione	Coscienza della situazione
<i>Leadership</i>	Prontezza mentale
Lavoro in <i>team</i>	Valutazione dei rischi
Briefing / Preparazione/ Pianificazione	Anticipazione dei problemi
Gestione delle risorse	Prendere decisioni
Ricerca di consigli e di <i>feed back</i>	Strategie di adattamento/ flessibilità
Far fronte alla pressione, allo stress e alla fatica	Distribuzione del carico di lavoro

Come si evince dalla tabella all'interno dei NOTTS vengono indicati alcuni elementi peculiari quali la consapevolezza della situazione, il saper prendere delle decisioni, il saper comunicare, il saper lavorare in gruppo e non ultima la *leadership*.

Ma come intendiamo la leadership? Saper dirigere, guidare un gruppo o esserne piuttosto un riferimento riconosciuto? Tutte queste cose? E come si deve porre un leader rispetto al gruppo davanti, di fianco, in mezzo?

L'Academy of Medical Royal Colleges nel 2010 ha prodotto un modello di leadership medica che riportiamo nella Tabella 3.

TABELLA 3  
 IL MODELLO DI LEADERSHIP MEDICA

<b>Qualità personali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- agire con integrità</li> <li>- sviluppo autonomo</li> <li>- autogestione</li> <li>- consapevolezza di sé</li> </ul>
<b>Lavorare in gruppo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- spronare ciascuno a fornire il proprio contributo</li> <li>- costruire e mantenere relazioni</li> <li>- sviluppare reti</li> </ul>
<b>Gestione dei servizi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gestione delle <i>performance</i></li> <li>- gestione delle persone</li> <li>- gestione dei servizi</li> <li>- pianificazione</li> </ul>
<b>Orientare verso una direzione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valutare l'impatto</li> <li>- prendere decisioni</li> <li>- applicare conoscenza ed evidenze</li> <li>- identificare i contesti del cambiamento</li> </ul>
<b>Migliorare i servizi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- facilitare il cambiamento</li> <li>- promuovere l'innovazione</li> <li>- giudicare sempre in modo critico</li> <li>- garantire la sicurezza del paziente</li> </ul>

Fonte: Academy of Medical Royal Colleges and NHS Institute for Innovation and Improvement. Medical Leadership Competency Framework. 1<sup>st</sup> Edition July 2010.

Il modello dell'Accademia Britannica disegna una sorta di Superman della medicina! Il medico italiano è stato selezionato e formato per questo? Gli sono stati forniti gli strumenti? Ha compreso questo tipo di missione? Perché oggi il medico rivendica una leadership? L'ha forse in parte perduta? Se sì, quali sono i motivi? Proviamo a dare delle risposte iniziando dall'ultimo quesito. Perché sembra esserci una crisi della leadership medica in Italia?

*Crisi della leadership medica?*

Partiamo da un elemento semplice ma dirimente, l'etimologia della parola. Il termine *leader* nasce dal verbo *to leade* cioè guidare, condurre, dirigere.

Analizziamo un concetto comune di guida, quella dell'auto, rapportandolo a quello di leader in medicina, una sorta di pilota esperto che diviene anche istruttore di se stesso e degli altri. Per essere un esperto pilota d'auto è necessario innanzi tutto conoscere bene l'auto ed aver imparato a guidarla al top. Avere la stima ed il riconoscimento di coloro che trasportano con te, ai quali devi insegnare come funziona l'auto ed indicare il metodo per guidarla al top. Saper riconoscere i nuovi piloti leader, valorizzarli ed avere la capacità di farti da parte quando sono in grado di superare le tue conoscenze e capacità, mettendoli eventualmente al volante al tuo posto. Motivare e responsabilizzare chi non ha le caratteristiche del pilota leader. Un leader non può essere imposto ma deve imporsi con le sue reali competenze.

Trasliamo questi concetti in sanità e riprendiamo un principio semplice ma caro a molti noti studiosi di organizzazione in questo campo, come Andrea Gardini o Ivan Cavicchi.

In sanità tutto parte da un *momento clinico*, un bisogno di cura con i suoi aspetti in primis clinici. Da qui si sviluppa tutto il *percorso di cura* che deve essere di *qualità*, con tutti i fattori noti a determinare questo percorso ma che ne rappresentano solo gli elementi formanti, non il principio. Questo percorso si completa con un risultato che nuovamente è in assoluto un *momento clinico*.

In sostanza, sia che si parli di prevenzione sia che si parli di cura, il tutto parte dalla clinica e termina nella clinica.

Ed allora la leadership medica parte da un curriculum clinico reale, non virtuale, che si sviluppa in un percorso di formazione ed esperienza sul campo dei percorsi di cura, terminando con la realizzazione di un medico leader vero, non imposto.



Quel tipo di leader medico diviene realmente utile all'organizzazione del sistema sanitario. Ecco perché gli stessi studiosi che amano il concetto di momento clinico sono altrettanto propensi a ricordare in molte loro relazioni il concetto di *self government* in medicina. *Self government* non significa anarchia, ma naturale selezione delle professionalità e del leader, al fine di sviluppare il miglior percorso di cura in qualsiasi condizione ambientale esterna. Anche in un ospedale militare da campo si può esercitare una medicina di qualità; è sufficiente che si permetta ai medici di autogovernarsi. Il medico meno esperto chiederà aiuto al medico che lui stesso riconosce più esperto e capace di risolvere insieme una situazione clinica ed organizzativa complessa. Non avrà la stessa sensazione di sicurezza, libertà, responsabilità, autonomia se si troverà costretto a chiedere aiuto ad un leader imposto dagli alti comandi ma non all'altezza di quella situazione clinica ed organizzativa. E da qui si ritorna necessariamente al clima organizzativo. Il professionista deve essere messo nelle condizioni di un uomo libero all'interno di un'organizzazione che ne riconosce l'identità, che lo mette nelle condizioni di scegliere perché è a conoscenza della meta e del fine di una sua azione all'interno della collettività, in sostanza responsabilizzandolo con lo strumento della libertà.

La libertà è come l'aria, diceva Don Luigi Sturzo, se è viziata si soffre, se è insufficiente si soffoca, se manca si muore.

Un serio professionista medico se da un lato riconosce il vero leader, ne rispetta la "gerarchia", determinando un ambiente positivo, collaborativo e con elevato standard di qualità, dall'altro disconosce il leader imposto e la sua funzione "gerarchica", alimentando un ambiente negativo, poco collaborativo e con mediocre standard di qualità.

La crisi di leadership medica in Italia può essere ricondotta proprio a queste criticità e viene ben descritta proprio da Gozzetti e La Rosa nel loro libro ove spiegano che il "modello

organizzativo in sanità è ancora di tipo funzionale”, “a canne d’organo” e soprattutto “fortemente autoreferenziale”.

Negli ultimi decenni si è amplificata l’abitudine di imporre troppi “non leader” ad ogni livello, generando una serie di paradossi: pochi *underskilling* che vengo insigniti a governare molti *overskilling*, amplificando arbitrariamente nel tempo il loro curriculum professionale, non essendo quasi mai soggetti ad una reale valutazione dei loro *outcome*. Troppi professionisti divengono autorevoli senza esserlo.

La loro autorevolezza nasce dalla posizione ottenuta e non dalla reale competenza ed il fatto stesso di aver ottenuto una posizione di *governance* li autorizza a presentarla nel loro curriculum. In questo modo si genera progressivamente un ingiustificato gap formale rispetto gli *overskilling*, difficile da superare nel momento in cui venissero posti a confronto sulla base dei curriculum.

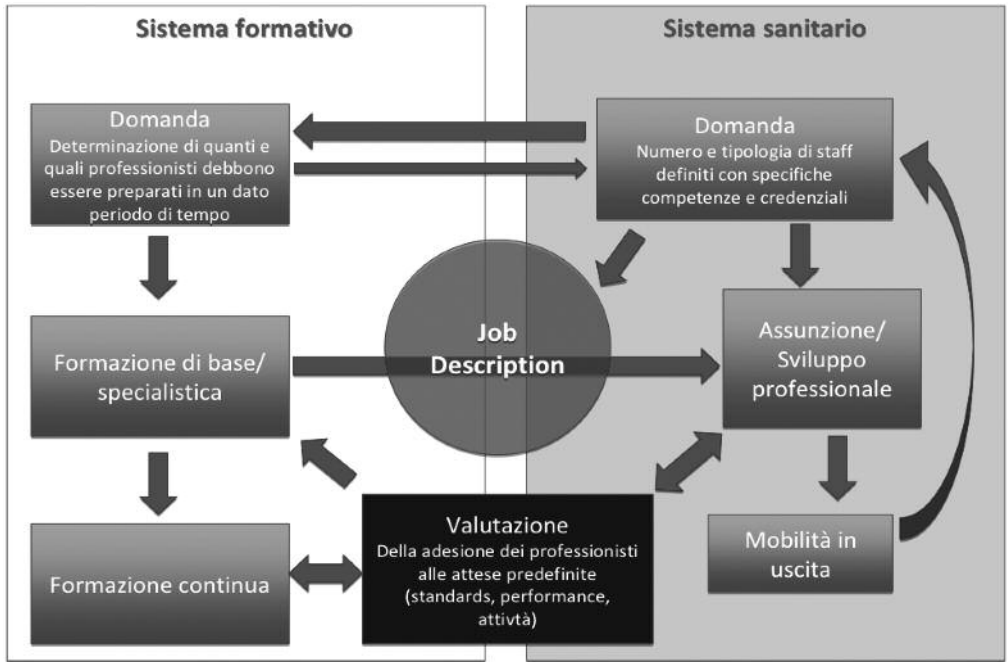
Si determina così una riduzione delle motivazioni nei professionisti di elevato livello ed una scarsa credibilità delle scelte strategiche.

Se a questi fattori aggiungiamo la ormai cristallizzata riduzione del turn over medico negli ospedali va da sé che il prodotto siano nuove generazioni tardivamente formate e soprattutto, una volta assunte, messe in una condizione di difficoltà a reperire medici esperti in grado di supportarli nel loro percorso formativo, o perché demotivati o perché fuoriusciti dal sistema.

*Correttivi necessari,  
semplici e urgenti*

Il risultato è un ambiente “viziato” ed un impoverimento del concetto di leadership medica. Credo che da questa analisi i correttivi siano semplici da dedurre ma di fatto difficili da applicare, se non si opera una repentina e radicale rivoluzione culturale nel senso di alcune formule, per altro già ben consolidate in letteratura, come ad esempio la Job Description.

TABELLA 4  
 LA JOB DESCRIPTION



Formule che non possono però ancora una volta essere interpretate utilizzando modelli economicistici o sviluppate con sistemi di selezione autoreferenziale.

Parallelamente è essenziale che altri elementi innovativi proposti per la fase di reclutamento delle nuove generazioni mediche e per il percorso formativo del medico laureato, fin anche specializzato, vengano rapidamente recepiti soprattutto dal mondo universitario.

Innanzitutto è auspicabile lo sviluppo di un metodo raffinato e credibile che valuti preventivamente gli aspetti vocazionali, cioè l'attitudine alla professione medica.

Quindi è importantissimo che sia nel percorso formativo universitario sia in quello post universitario si individuino spazi adeguati per argomenti quali:

- etica e deontologia;
- Non Technical Skills (NOTTS);
- organizzazione sanitaria;
- leadership;
- comunicazione e relazione.

È necessario inoltre conferire una sempre maggiore dignità al concetto di *Continuous Professional Development* (CPD). Un altro concetto ampiamente condiviso, in funzione della programmazione di una figura medica moderna e leader, è quello dell'integrazione strutturata fra Università e Ssn nel suo percorso formativo.

*Articolare una  
nuova proposta di  
Organizzazione  
Sanitaria*

In ultimo, un accenno ai nuovi modelli di Organizzazione Sanitaria. Fatta salva la necessità già ampiamente argomentata di una profonda rivoluzione culturale e conseguentemente strutturale, ritengo sia opportuno esprimere un concetto che non so quanto sia condiviso in letteratura ma ritengo incontri un discreto consenso tra i teorici esperti. Non è corretto pensare che la politica governi la sanità: è la sanità che negli ultimi decenni si è lasciata governare e non necessariamente dalla politica. Se il mondo sanitario vuole ritrovare una più che lecita e virtuosa autonomia nei processi di Organizzazione Sanitaria, si deve ripartire in modo convinto da uno stretto rapporto tra Università, Società Scientifiche, Organizzazioni Sindacali, Collegi professionali e non ultima Fnomceo. È impellente programmare un percorso che li veda tutti attori, rispettosi l'un l'altro dei ruoli e delle funzioni, di una proposta ben articolata in termini di Organizzazione Sanitaria, che divenga un modello dinamico al quale la politica di qualsiasi colore non possa esimersi dall'uniformarsi.