

# UNA SANITÀ IN TRASFORMAZIONE

SEGRETERIA  
REGIONALE  
ANAAO ASSOMED  
LOMBARDIA

MARZIA  
BONFANTI,  
LAURA  
CORTELLARI,  
DAVIDE CROCE,  
ROBERTA PAGANI,  
EMANUELE  
PORAZZI,  
ANNA VANZAGO

Università  
Cattaneo - LIUC,  
Castellanza (VA)

## Introduzione

Negli ultimi anni il settore sanitario, non solo quello italiano, ha visto il susseguirsi di una molteplicità di cambiamenti essenzialmente dettati da un concetto nuovo o se si vuole “innovativo” di salute che si è affermato all'interno di un contesto chiamato ad affrontare continuamente molteplici sfide. Si pensi, solo per citare alcuni esempi, all'invecchiamento della popolazione, alle risorse decrescenti a fronte di una domanda crescente, allo spostamento delle cure sul territorio...

Si tratta di sfide comuni ai sistemi sanitari dei Paesi avanzati di tutto l'occidente che impongono un imperativo semplice, ma di difficile implementazione: il cambiamento!

Diversi autori hanno cercato di comprendere quali siano i fattori che abbiano portato alla luce quest'esigenza di cambiare sia a livello organizzativo sia nella gestione dei servizi sanitari. Tra gli altri, l'aumento delle aspettative di salute da parte degli utenti e lo sviluppo di nuove tecnologie sanitarie che sempre più rapidamente giungono sul mercato, appaiono essere quelli che hanno trovato consenso tra la maggior parte degli *scholar* (Stevens *et al.*, 1999; Joppi *et al.*, 2009). Il primo fattore ha causato l'indebolimento del “contratto sociale” tra medicina e società (Speranza *et al.*, 2008) che si è costituito nel XIX secolo, rafforzato nella seconda metà del XX secolo e che oggi è messo in discussione dalla trasformazione del paziente in “consumatore” (Giarelli,

2003). Il secondo fattore gioca un ruolo controverso: se è indiscutibile il progresso medico conseguente all'innovazione tecnologica, quest'ultima, se non adeguatamente monitorata, può generare un incontrollato aumento di spesa. Tutto questo determina un momento di transizione che sta interessando ogni servizio sanitario.

Da un lato il paziente è dotato di autonomia gestionale, di razionalità strumentale e gode di maggiori informazioni grazie all'era digitale e all'avvento del *web*, è così sempre più istruito, è in grado di scegliere massimizzando i propri interessi e partecipa sempre più attivamente al processo di cura. Dall'altro, l'incremento della cronicità e il conseguente crescente assorbimento di risorse per questa fascia di utenti (70% della spesa sanitaria per attività ospedaliere, specialistiche e di farmaceutica) ha portato alla necessità di rivedere i meccanismi sanitari in senso lato. Non solo si modifica il concetto di cura con l'affermazione di un nuovo paradigma “si passa dalla cura, al prendersi cura”, ma in discussione sono sia il concetto di *medico-manager*, diffusosi negli ultimi anni del secolo scorso con l'avvio del processo di aziendalizzazione introdotto in Italia con la Legge 502 del 1992, sia la posizione dominante ricoperta per decenni dalla dirigenza medica all'interno del settore sanitario.

In questo contesto di cambiamento a modificare non è solo la figura del paziente, ma anche quella del clinico. La funzione, la struttura di valori e il bagaglio deontologico e scientifico della professione medica non sono, infatti,

stabili nel tempo, ma sono in continua evoluzione. Nonostante ciò i medici continuano a essere formati con i vecchi modelli nozionistici e ciò che contraddistingue maggiormente la classe medica è una forte e generalizzata resistenza al cambiamento (Alfieri, 2007). Il medico si trova al centro dei rapporti tra scienza, società ed economia, e la sua capacità di cogliere le opportunità dalle tensioni che caratterizzano questa relazione è la chiave per una riqualificazione del suo ruolo. Le turbolenze del mondo reale offrono degli spazi di inserimento proprio per la dirigenza medica che però deve essere in grado di ripensare il proprio ruolo e di rafforzare le proprie competenze. In particolare modo la dirigenza medica è chiamata a rivedere e innovare la gestione delle proprie UUOO/Dipartimenti/Aziende, a farsi carico anche di ciò che avviene al di fuori della propria organizzazione, a valorizzare e stimolare tutte le professionalità sanitarie per creare un senso di appartenenza, e a promuovere la fiducia tra medici e pazienti, tra medici e altri professionisti, tra i manager aziendali e i manager regionali, tra pubblico e privato.

In questo contesto appare improcrastinabile la rivitalizzazione e la riaffermazione della centralità del ruolo *medico-manager* così da dimostrare la possibilità che elevati *standard* di competenze gestionali e di competenze tecniche e professionali possano coesistere in un'unica figura o in più figure professionali, purché adeguatamente formate. All'interno del contesto sopra delineato, obiettivo primario dell'indagi-





ne di seguito presentata, è l'analisi dei cambiamenti nel settore sanitario, delle recenti normative e delle ricadute che tutte queste istanze hanno sulla dirigenza allo scopo di individuare possibili aree di intervento per rilanciare la loro immagine all'esterno, migliorare la percezione che essi hanno del proprio ruolo e individuare delle strategie utili a dare delle risposte concrete alle attuali sfide in atto nel sistema.

## Materiali e Metodi

L'indagine svolta da un punto di vista metodologico ha inteso basarsi su una triade di strumenti muovendo da una prospettiva più macro a una micro prevedendo il coinvolgimento di dirigenti medici e non medici della Lombardia che si propone come Regione pilota su cui condurre l'analisi per iniziare a identificare le macro-aree di interesse necessarie al raggiungimento dell'obiettivo sopra citato. Nello specifico l'indagine è stata condotta attraverso un metodo misto basato sulla combinazione di tre strumenti della ricerca qualitativa: il questionario, l'intervista strutturata e la valutazione a punteggio.

Ciò premesso il *file rouge* che ha consentito di utilizzare in modo combinato questi tre strumenti è individuabile nel concetto dell'*expert judgment*, ossia del coinvolgimento dei professionisti, al fine di utilizzare la loro esperienza per leggere meglio la situazione e definire delle proposte di modifica coerenti con le specifiche esigenze di coloro

che di fatto saranno i reali promotori del cambiamento.

Seguendo dunque la logica dal macro al micro, l'indagine ha visto innanzitutto la somministrazione su ampia scala di un questionario strutturato a risposta multipla. Il questionario è stato creato *ad hoc* muovendo da un'iniziale analisi del contesto sanitario, non solo italiano, finalizzata a comprendere i *trend* di sviluppo e indagare eventuali *best practice* internazionali (nuovi modelli organizzativi, *gatekeeping*, HCRM e Telemedicina) applicabili nel nostro Paese.

Inoltre si è indagato circa le principali esigenze delle figure professionali emerse dalla letteratura nazionale e internazionale relativamente ai due filoni coerenti con lo studio, ossia il *New Public Management* (Hood, 1995) e il *Knowledge Management* (Profili, 2004). Il *New Public Management* rivela il suo interesse ai fini dell'indagine per la ricerca di quei problemi scaturiti dal processo di aziendalizzazione che ha interessato il nostro Paese a partire dagli anni '90. Su questo filone si basano eventuali interventi risolutivi e correttivi per sostenere la validità del paradigma del *medico-manager* e permettere la sua completa applicazione in risposta alle esigenze attuali dei servizi sanitari. L'evoluzione della pubblica amministrazione ha fatto emergere le criticità del *New Public Management* che si è visto sostituire prima dal filone del *New Public Governance* e in seguito dal *New Public Service* che definisce nuove funzioni della pubblica amministrazione il cui ruolo principale è quello di aiutare i cittadini a articolare e soddisfare i loro interessi condivisi piuttosto che tentare di controllare o guidare la società (Denhardt, 2000).

Il *Knowledge Management* al contrario rivela la sua utilità per la configurazione di nuove strutture organizzative coerenti con gli attuali bisogni del sistema, per la definizione delle competenze dei ruoli risultanti come figure chiave nella gestione dei cambiamenti in atto e l'eventuale predisposizione di un nuovo sistema di valutazione del personale. Il questionario compilabile *on line* tramite *LimeSurvey* è stato somministrato ai medici e ai dirigenti iscritti ad Anao Assomed della Regione Lombardia per un totale di 368 rispondenti. Nello specifico il questionario composto da 18 domande a risposta chiusa (12 costruite secondo il modello universale di Kolb (1984), adattate all'ambito dell'*health management*, 6 create *ad hoc* in base alla *review* della letteratura (Dunn *et al.*, 1985; Gartell e White, 1996; Reetoo *et al.*, 2005; Lobas, 2006; Sherman *et al.*, 2007; Taylor *et al.*, 2008; Stoller, 2009; Slipicevit e Ma-

sic, 2012)) suddivise in 6 aree di indagine (abilità interpersonali, gestione delle informazioni, capacità analitiche, capacità d'azione, competenze cliniche, competenze per il futuro) tramite una scala *Likert* a 5 livelli, ha inteso indagare il giudizio di importanza di competenze/capacità rilevanti per un ripensamento futuro della dirigenza medica.

I dati raccolti sono stati analizzati attraverso una statistica descrittiva (media/mediana, minimo e massimo ed errore *standard*) finalizzata a evidenziare le competenze/capacità ritenute prioritarie dai rispondenti. Inoltre sono state altresì condotte delle analisi di dettaglio in funzione di specifiche variabili classificatorie quali ad esempio il ruolo ricoperto, le categorie di appartenenza, le fasce d'età, la struttura di appartenenza.

Successivamente, al fine di comprendere più a fondo le problematiche e le esigenze della dirigenza medica, l'indagine è proseguita con lo svolgimento di 20 interviste semi-strutturate effettuate a professionisti in posizioni apicali e non, accomunati da una visione rispetto alla gestione e all'organizzazione dei servizi sanitari di impronta manageriale a lungo termine. Le 32 domande utilizzate durante le interviste hanno preso in considerazione 5 aree di indagine identificate sulla base delle evidenze emerse con la somministrazione del questionario: (i) Formazione: stato attuale *versus desideratum*; (ii) Resistenza al cambiamento: falsi miti e problemi reali; (iii) Modello *medico-manager*: vizi e virtù; (iv) Competenze del futuro: cliniche, gestionali e di *leadership*; (v) Quali figure per il futuro? Di stampo gestionale-direzionale e professionale.

Il contenuto del materiale testuale raccolto tramite le interviste è stato analizzato mediante la metodologia della *content analysis* (Casetti e Di Chio, 1998). Questa tecnica ha il vantaggio di unire un'analisi qualitativa tramite rilettura ripetuta delle interviste trascritte e identificazione delle parole e delle frasi collegate ai concetti chiave stabiliti preventivamente in base all'obiettivo dello studio, a un'analisi invece quali-quantitativa basata sul calcolo della frequenza relativa e assoluta con i quali i termini e le frasi chiave ricorrono nelle interviste. Con riferimento all'indagine ivi presentata, tale analisi è stata condotta per ognuna delle macro-aree identificate a monte, selezionando/raggruppando le domande in funzione delle risposte più ricorrenti fornite dagli intervistati e andando a effettuare una sintesi grafica della frequenza relativa con cui le parole e le frasi chiave ricorrevano.

Infine, con l'obiettivo di arrivare a una sintesi delle evidenze emerse dall'applicazione dei due precedenti strumenti, l'indagine si è avvalsa della metodologia della valutazione a punteggio. Quest'ultima rientra nel filone dei metodi multicriterio e multiobiettivo. Ampia risulta essere la letteratura di riferimento a tal riguardo (Cicchetti *et al.*, 1985; Azzone e Bertelè, 1998; Cooper *et al.*, 2001). I metodi a punteggio sono basati su una lista di requisiti (*criteria*), a ciascuno dei quali viene attribuito un punteggio di valutazione (*score*). Attraverso l'attribuzione di questi *score*, mediante un sistema di pesatura, si perviene a un punteggio finale, che esprime la traduzione numerica della valutazione condotta. Il principale vantaggio di utilizzo di questi sistemi è evidente nella loro capacità di sintesi. Grazie alla traduzione numerica in unico punteggio è possibile arrivare a un'indicazione in grado di unire il giudizio di priorità e di importanza per ciascun *item* oggetto di valutazione.

Relativamente all'indagine, la valutazione a punteggio è stata condotta attraverso la costruzione di una apposita scheda di raccolta dati risultante dalle evidenze emerse nei precedenti *step* di analisi. Dapprima sono quindi state identificate le macro-aree di interventi/esigenze (Formazione, Resistenza al cambiamento, Modello Medico-manager, Competenze e ruoli per il futuro) rispetto alle quali è stato chiesto ai 20 intervistati di esprimere un giudizio di priorità mediante l'utilizzo di una scala *Likert* a 4 livelli. In secondo luogo per ogni macro-area sono state individuati gli *item*/le percezioni di maggior interesse a cui andare attribuire un giudizio di importanza attraverso una scala 3 livelli. Il calcolo del giudizio finale comprensivo di entrambe le valutazioni, secondo un'opportuna pesatura, ha permesso di evidenziare sia la macro-area di maggiore rilevanza per avviare un percorso di cambiamento nel comparto della dirigenza medica in termini di ridefinizione di ruoli e competen-

ze, sia fornire specifici *item* di partenza sui quali intervenire in maniera pratica per concretizzare questo cambiamento in soluzioni ristrutturate.

## Risultati (Prima parte)

Grazie all'applicazione consecutiva dei tre strumenti è stato possibile, seguendo la logica dal macro al micro esplicitata precedentemente, rileggere i risultati in maniera trasversale in modo tale da dare evidenza alle tematiche e alle problematiche di maggiore rilevanza identificabili anche in funzione della loro ricorrenza nei vari *step* di indagine. Ciò premesso, le prime due aree di maggior interesse ai fini dell'obiettivo primario dell'analisi sono risultate essere:

### Formazione

**In particolare è emersa una generalizzata lacuna a livello di formazione manageriale e soprattutto da parte di coloro che ricoprono incarichi meno apicali, una eccessiva focalizzazione su una formazione post base troppo teorica.**

### Capacità relazionali

**È stato riscontrato un forte accordo all'interno dei vari campioni analizzati rispetto a una difficoltà comunicativa in particolare modo nella relazione vertice-junior che si riflette in maniera negativa sul raggiungimento degli obiettivi tanto dei singoli professionisti quanto a livello d'azienda nel suo complesso.**

Tabella 1. Evidenze dal questionario di percezione

Ruolo	Pianificazione		Analisi quantitativa dei dati		Gestione della tecnologia	
	Media	Errore Std	Media	Errore Std	Media	Errore Std
Direttore di Dipartimento	4,70	,153	3,70	,153	3,90	,100
Responsabile di Struttura Complessa	4,51	,100	3,54	,149	3,93	,123
Vertice Strategico	4,40	,400	3,80	,200	3,60	,245
Dirigente non medico	4,32	,160	3,56	,232	4,28	,158
Responsabile di Struttura Semplice	4,17	,102	3,44	,126	3,80	,114
Dirigente medico	4,06	,067	3,14	,072	3,55	,072
<b>Capacità analitiche: valore medio</b>	<b>4,171</b>		<b>3,293</b>		<b>3,698</b>	

Figura 1. Evidenze dalle interviste strutturate

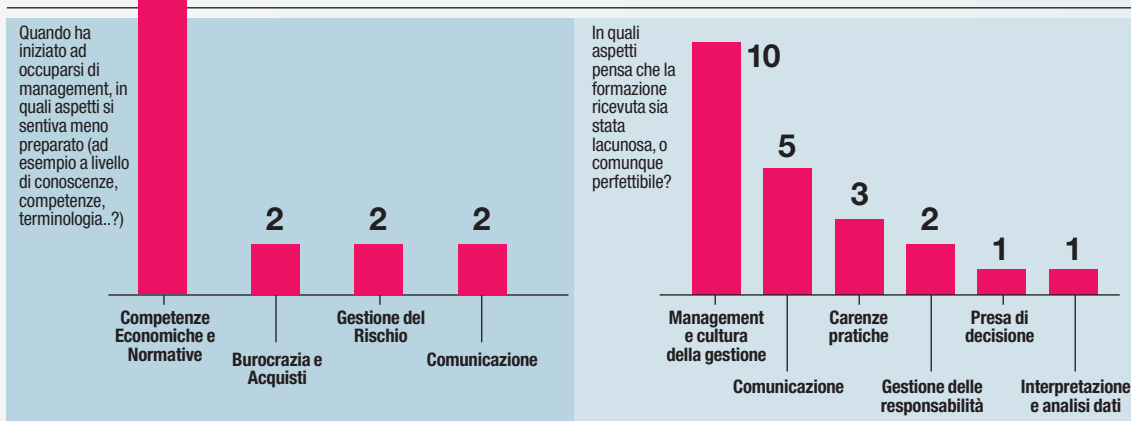
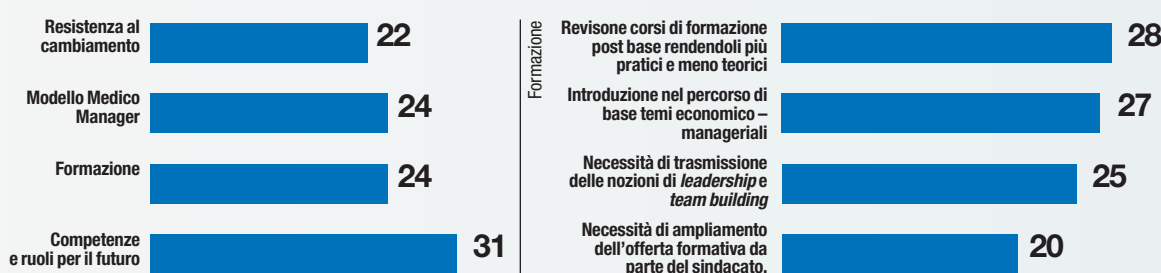


Figura 2. Evidenze dalla valutazione a punteggio

### Giudizio complessivo di priorità e di importanza Identificazione degli item più importanti



Alla luce di quanto emerso verranno passate in rassegna le principali evidenze sorte dall'applicazione dei tre strumenti di indagine, in modo tale da offrire al lettore una panoramica di sintesi, utile a introdurre, nella parte conclusiva che verrà esposta nel prossimo numero, alcune proposte risolutive delle problematiche e delle esigenze palestinate da coloro che hanno preso parte all'indagine.

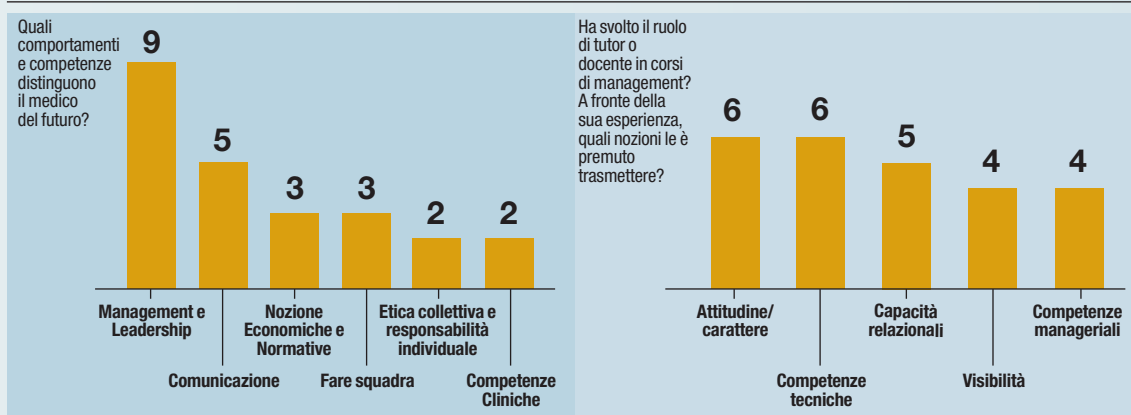
## Formazione

Dalla disamina dei valori medi che i 368 rispondenti hanno attribuito alle capacità analitiche, gli aspetti manageriali sono ritenuti di media importanza: il punteggio medio è, infatti, compreso tra 3 e 4 su una scala *Likert* a 5 livelli. Si osserva inoltre un forte accordo all'interno del campione complessivo. Tale considerazione trova conferma dall'analisi per ruoli: non si registrano forti scostamenti sia nei valori medi sia negli errori *standard* delle diverse categorie professionali considerate. I grafici di Figura 1 evidenziano come

**Tabella 2. Evidenze dal questionario di percezione**

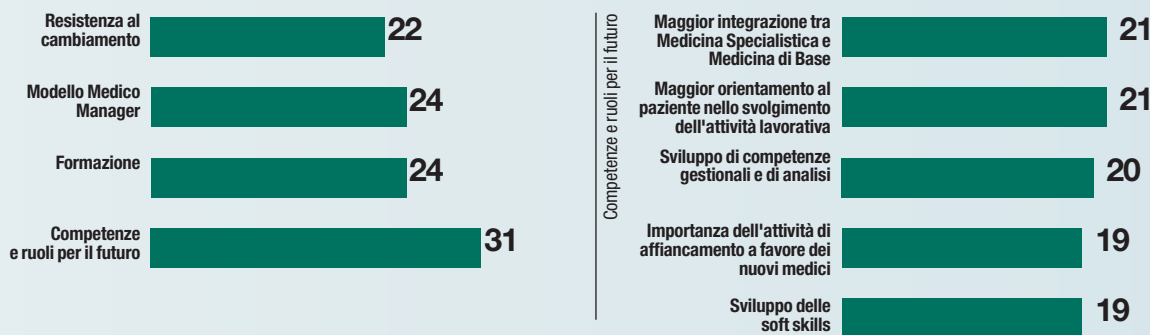
Ruolo	Attitudini alla leadership		Capacità relazionali		Aiuto e delega	
	Media	Errore Std	Media	Errore Std	Media	Errore Std
Direttore di Dipartimento	4,50	,707	4,50	,527	4,30	,483
Responsabile di Struttura Complessa	4,44	,709	4,49	,675	4,34	,617
Dirigente medico	3,76	1,043	4,24	,842	4,07	,905
Dirigente non medico	4,08	,954	4,44	,583	4,32	,748
Responsabile di Struttura Semplice	4,11	,925	4,43	,734	4,30	,805
Vertice Strategico	4,20	,837	4,80	,447	4,40	,548
<b>Abilità interpersonali: valore medio</b>	<b>3,954</b>		<b>4,329</b>		<b>4,174</b>	

**Figura 3. Evidenze dalle interviste strutturate**



**Figura 4. Evidenze dalla valutazione a punteggio**

**Giudizio complessivo di priorità e di importanza Identificazione degli item più importanti**



15 su 20 intervistati abbiano dichiarato di avere delle lacune soprattutto nell'ambito economico e legislativo. Nello specifico si lamenta una generale mancanza di cultura gestionale che difficilmente si apprende sul campo così come lacunosa risulta essere il risvolto pratico della formazione ricevuta nel-

le aule universitarie in particolar modo rispetto agli aspetti comunicativi e relazionali tra professionisti, ma soprattutto tra medico e paziente. La sintesi ottenuta dalla valutazione a punteggio ha messo in evidenza come la formazione si collochi al secondo posto nella scala che unisce il giudizio di

priorità e quello di importanza. Tra gli aspetti più rilevanti su cui occorre intervenire vi sono la revisione dei corsi di formazione post base al fine di renderli più pratici e l'introduzione di tematiche economico-manageriali fin dalla formazione universitaria.

## Capacità relazionali

Nell'ambito delle abilità interpersonali, le capacità relazionali mostrano il valore medio più alto. Tuttavia, rispetto a quanto evidenziato per le abilità analitiche, se si osserva il dettaglio per ruolo professionale emerge una maggior variabilità nei valori medie e degli errori *standard* che appaiono più elevati rispetto alla precedente macro-area analizzata a significare una minore coerenza nei punteggi attribuiti dai singoli rispondenti all'interno dei vari ruoli considerati. Rispetto ai quesiti formulati durante le interviste, i rispondenti sostengono che una delle doti indispensabili per il medico del futuro è rappresentata dalle sue capacità relazionali sia nei confronti dei propri collaboratori sia dei pazienti soprattutto per quanto concerne gli incarichi dirigenziali. La capacità di collaborazione con la propria *équipe* e la *leadership* sono qualità che chi ricopre posizioni apicali deve possedere per cercare di reagire al meglio agli innumerevoli cambiamenti e alle instabilità che caratterizzano il settore sanitario.

A livello complessivo le capacità relazionali si inseriscono all'interno della macro-area delle competenze e dei ruoli per il futuro che, come evidenzia la sintesi fornita dalla valutazione a punteggio, appare essere l'area ritenuta più importante e prioritaria. Tra le esigenze messe in luce dagli intervistati nell'ambito di quest'area particolare attenzione deve essere rivolta alla messa in atto di iniziative *ad hoc* per sviluppo delle *soft skills* soprattutto per quanto concerne gli aspetti relazionali e comunicativi nei confronti di pazienti e utenti.

## Bibliografia

Alfieri R. (2007) *Le idee che nuocciono alla sanità e alla salute*. Milano: Franco Angeli.

Azzone G., Bertelè U. (1998) *Valutare l'innovazione. Analisi e controllo degli investimenti*. Milano: Etaslibri.

Casetti F., Di Chio F. (1998) *Analisi della televisione. Strumenti, metodi e pratiche di ricerca*. Milano: Bompiani.

Cicchetti, D.V., Showalter, D., and Tyrer, P.J. (1985) "The effect of number of rating scale categories on levels of interrater reliability: A Monte Carlo investigation". *Appl. Psych. Meas.*, 9: 31-36.

Cooper R., Edgett S., Kleinschmidt E. (2001) "Portfolio management for new product development: results of an industry practices study". *R&D Management*, 31(4): 361-380.

Denhardt R.B., Denhardt, J.V. (2000), "The New Public Service: Serving Rather than Steering". *Public Administration Review*, 60(6), pp.549-559.

Dunn W.R., Hamilton D.D., Harden R.M. (1985) "Techniques of Identifying Competencies Needed of Doctors". *Medical Teacher*, 7(1): 15-25.

Gartell J., White T. (1996) "Doctors and management - the development dilemma". *Journal of Management in Medicine*, 10(2): 6-12.

Giarelli G. (2003) *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*. Milano: Angeli.

Hood C. (1995) "The "New Public Management" in the 1980s: variations on a theme". *Accounting, organizations and society*, 20.2: 93-109.

Joppi R., Dematté L., Menti A.M., Pase D., Poggiani D., Mezzalana L. (2009) "The Italian horizon scanning project". *European Journal of Clinical Pharmacology*, 65: 775-781.

Kolb D.A. (1984) *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Lobas (2006) "Leadership in Academic Medicine: Capabilities and Conditions for Organizational Success". *Am J Med.*, 119(7): 617-21.

Profili S. (2004) *Il knowledge management*. Milano: Franco Angeli.

Reetoo K.N., Harrington J.M., Macdonald E.B. (2005) "Required competencies of occupational physicians: a Delphi survey of UK customers". *Occup Environ Med*, 62:406-413.

Sherman R.O., Bishop M., Eggenberger T., Karden R. (2007) "Development of a leadership competency model". *The journal of nursing administration*, 37(2): 85-94.

Slipicevit O., Masic I. (2012) "Management Knowledge and Skills Required in the Health Care System of the Federation Bosnia and Herzegovina". *Mat Soc Med.*, 24(2): 106-111.

Speranza L., Tousijn W., G. Vicarelli (2008) *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*. Bologna: Il Mulino.

Stevens A., Milne R., Lilford R., Gabbay J. (1999) "How do new technologies get into practice? Keeping pace with new technologies: systems needed to identify and evaluate them". *BMJ*, 319: 1291-1294.

Stoller J.K. (2009) "Developing Physician-Leaders: A Call to Action". *Journal of General Internal Medicine*, 24(7): 876-8.

Taylor C.A., Taylor J.C., Stoller J.K. (2008) "Exploring Leadership Competencies in Established and Aspirin Physician Leaders: An Interview-based Study". *Journal of General Internal Medicine*, 23(6):748-54.